



Behovet av lokal samverkan kring individer med sammansatta sociala och medicinska besvär

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2010:24

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

**Författare: Bo Burström, Anja Schultz, Malin Ahrne, Sara Fritzell,
Robert Irestig, Anneli Marttila.**
Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för Socialmedicin
Karolinska Institutet

Foto: Sara Fritzell

ISBN: 978-91-86313-55-5

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan beställas/laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

Förord

Föreliggande rapport har framställts inom Karolinska Institutets folkhälsoakademi på uppdrag av Stockholms läns landsting och ingår i uppdraget att bevaka levnadsvillkor och hälsa bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper.

Individer som är i behov av att myndigheter samverkar kring deras sammansatta sociala och medicinska besvär tillhör ofta de mest utsatta i samhället. I socialt och ekonomiskt utsatta områden finns ofta en större andel individer med sådana besvär. Väl fungerande samverkan mellan flera aktörer kan vara avgörande för individerna. Rapporten belyser de behov och erfarenheter av samverkan kring individer med sammansatta sociala och medicinska besvär som framkommit vid en intervjustudie med företrädare för sociala och medicinska verksamheter i stadsdelen Rinkeby-Kista. Vidare presenteras exempel från andra delar av Stockholms län på hur kommuner och landsting genom samverkan kan förbättra situationen för dessa individer.

Erfarenheterna som beskrivs i rapporten lyfter bl.a. fram olika behov hos skilda grupper och pekar på att insatser därför kan behöva genomföras på såväl individ- som befolkningsnivå. Exempel ges på olika typer av insatser som haft positiva effekter. Individer som har sammansatta sociala och medicinska besvär behöver samordnade insatser på individnivå för sig och sin närmaste omgivning. Befolknings- och områdesbaserade insatser kan vara viktiga för att på ett tidigt stadium förebygga och föregripa en negativ utveckling.

I denna rapport har särskilt samverkan lyfts fram, men det finns givetvis andra faktorer som påverkar ett gott resultat. Rapporten kan användas som diskussionsunderlag vid samverkan mellan kommun och landsting vid t.ex. omorganisationer när hänsyn behöver tas hos flera aktörer.

Rapporten är utförd på uppdrag av HSN-förvaltningen. Författarna står själva för innehåll och slutsatser.

Stockholm i december 2010

Catharina Barkman
Utvecklingschef
Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning
Stockholms läns landsting

Tack till

Alla som tagit sig tid till att intervjuas för denna studie.

Författarna

Bo Burström, professor/överläkare i socialmedicin (projektledare); Anja Schultz, utredare (projektsamordnare). Därefter i bokstavsordning: Malin Ahrne, utredare; Sara Fritzell, utredare och doktorand i folkhälsovetenskap; Robert Irestig, ST-läkare i socialmedicin; Anneli Marttila, utredare och doktorand i folkhälsovetenskap.

Rapporten har tillkommit inom ramen för SLL-uppdraget Hälsa och livsvillkor bland utsatta grupper/områden. Värdefulla kommentarer och bidrag under arbetet med rapporten har getts av andra medverkande i detta uppdrag: Janne Agerholm, Daniel Bruce, Kristina Burström, Diana Corman, Lotta Nylén, Sun Sun, Inga Viberg och Anders Walander.

Elisabeth Johansson har transkriberat intervjuer och formgivit rapporten.

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| TABELL OCH FIGURFÖRTECKNING | 4 |
| SAMMANFATTNING | 5 |
| SUMMARY | 6 |
| INLEDNING | 7 |
| SOCIALMEDICINSK PROBLEMATIK | 7 |
| LANDSTINGETS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SAMT FOLKHÄLSOUPPDRAK | 8 |
| KOMMUNERNAS VERKSAMHETER I RELATION TILL SOCIALA OCH MEDICINSKA BESVÄR | 9 |
| VARFÖR FINNS DET BEHOV AV SAMVERKAN?..... | 10 |
| SYFTE | 12 |
| STUDIENS GENOMFÖRANDE | 12 |
| ARBETET KRING INDIVIDER MED SOCIALA OCH MEDICINSKA BESVÄR I RINKEBY-KISTA | 16 |
| BEFOLKNING OCH HÄLSA I RINKEBY-KISTA | 16 |
| INDIVIDER MED SOCIALA OCH MEDICINSKA BESVÄR | 16 |
| VERKSAMHETER FÖR OLIKA SOCIALA OCH MEDICINSKA BESVÄR | 17 |
| HUR ARBETAR MAN MED INDIVIDER MED SOCIALA OCH MEDICINSKA BESVÄR? | 18 |
| ORGANISATIONSFÖRÄNDRINGAR | 21 |
| KUNSKAP OM OCH TILLTRO TILL VÅRD OCH ANDRA SAMHÄLLSRESURSER | 22 |
| <i>Att verka i ett mångkulturellt område</i> | 22 |
| <i>Hur tänker man kring hälsofrämjande och preventivt arbete?</i> | 24 |
| MODELLER OCH FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SAMVERKAN KRING PERSONER MED SOCIALA OCH MEDICINSKA BESVÄR | 26 |
| <i>Varför samverka?</i> | 26 |
| <i>Vad kan främja samverkan?</i> | 27 |
| <i>Hur kan strukturer för samverkan förbättras?</i> | 29 |
| EXEMPEL PÅ SAMVERKANSINSATSER KRING PERSONER MED SOCIALA OCH MEDICINSKA BESVÄR | 32 |
| FÖREBYGGANDE OCH STÖDJANDE VERKSAMHET RIKTAD TILL FAMILJEN | 32 |
| <i>Familjecentralerna i Jordbro och i Brandbergen, Haninge</i> | 32 |
| <i>Relationsvårdcentrum (RVC), Västerort, Stockholms län</i> | 33 |
| INSATSER MED INRIKTNING REHABILITERING, ARBETE OCH SYSSELSÄTTNING | 34 |
| <i>Samordningsförbundet i Huddinge och Botkyrka: Kugghjulsprojektet</i> | 34 |
| <i>Samordningsförbundet i Haninge: Resursrådet</i> | 35 |
| <i>SE-projektet – systematiska bedömningar och supported employment projektet, Botkyrka</i> | 36 |
| STÖDJANDE OCH BEHANDLANDE INSATSER TILL PSYKISKT SJUKA OCH MISSBRUKARE..... | 37 |
| <i>Södertäljemodellen</i> | 37 |
| <i>ACT-teamet, Huddinge</i> | 39 |
| FAKTORER SOM FRÄMJAR EN FUNGERANDE SAMVERKAN - SAMMANFATTNING | 40 |
| DISKUSSION | 41 |
| REFERENSER | 46 |
| BILAGOR | 51 |

Tabell och figurförteckning

TABELL 1: Exempel på vård och åtgärder som erbjuds personer med sociala och medicinska besvär i Rinkeby-Kista.....19

TABELL 2: Bakgrundsfaktorer i några kommuner och Rinkeby-Kista jämfört med Stockholms län, andel (%)......Bilaga

TABELL 3: Hälsorelaterade faktorer i Rinkeby-Kista jämfört med Stockholms län, kvinnor resp. män, 18-84 år, andel (%)......Bilaga

FIGUR 1: Exempel på verksamheter för personer med sociala och medicinska besvär (här psykisk ohälsa).....18

FIGUR 2: Exempel på samverkan kring personer med psykisk och beroenderelaterad sjukdom.....27

Sammanfattning

Avdelningen för socialmedicin vid institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet har i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f) att bevaka livsvillkor och hälsa bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Denna rapport fokuserar lokal samverkan kring individer med samtida sociala och medicinska besvär i socialt och ekonomiskt utsatta områden och hur sådan samverkan kan utvecklas.

Rapporten består av två delar. Först presenteras intervjuer med tjänstemän vid tio instanser som företräder de sociala och medicinska verksamheterna i Rinkeby-Kista. Syftet var att studera erfarenheter och behov av stöd till individer med sociala och medicinska besvär. I den andra delen rapporteras resultatet av intervjuer med företrädare för framgångsrika samverkansprojekt i kommuner/stadsdelar i Storstadssatsningen där kommun och landsting varit involverade.

Flera faktorer som främjar arbetet och samverkan mellan olika aktörer lyftes fram i intervjuerna:

- *Samlokalisering kan underlätta samverkan mellan landstings- och kommunala verksamheter.*
- *Tydliga avtal om samverkan mellan verksamheter främjar kontinuiteten och legitimiteten.*
- *Att utgå från och fokusera individen och hans/hennes hjälpbehov över verksamhetsgränserna underlättar samverkan och ger bättre stöd till individen.*
- *Gemensamma "kravskisser" som är verksamhetsövergripande och gemensamma vård- och handlingsplaner hjälper individen och leder till mindre dubbelarbete.*
- *Att det finns strukturer för samverkan och stöd för detta i olika beslutsled samt i förekommande fall ekonomiska incitament.*

Förebyggande samverkansinsatser är viktiga, inte minst de som är riktade till barn och familjer inom ramen för t.ex. familjecentraler. Uppsökande verksamhet till vissa grupper kan vara framgångsrik och kan bl.a. bidra till att minska misstro mot samhällsinstanser i förekommande fall. Samverkansinsatser för arbete och sysselsättning behövs eftersom arbete är ofta ett problem för individer med samtida sociala och medicinska problem. Samverkan för stöd och behandling kring individer med samtida psykiska och missbruksproblem är mycket viktig för att t.ex. erbjuda samordnad behandling både för missbruket och för den psykiska sjukdomen. Intervjuerna visar att i socialt och ekonomiskt utsatta områden finns behov av samverkansinsatser både med bredare inriktning, till större grupper av befolkningen, och individinriktade insatser i samarbete mellan bl. a. kommun- och landstingsverksamheter.

Summary

The division of Social Medicine in the department of Public Health Sciences at the Karolinska Institute has been commissioned by the Public Healthcare Services Committee Administration (HSN-f) to monitor living conditions and health among socially and economically vulnerable groups. The present report focuses local collaboration around individuals with simultaneous social and medical needs in socially and economically vulnerable areas, and how such collaboration may be further developed.

The report consists of two parts. First, interviews with officials at ten authorities are presented, representing the local social and medical authorities in Rinkeby-Kista. The aim was to analyze experiences and needs related to working with individuals with social and medical needs. In the second part, the results of interviews with representatives of successful collaboration projects involving both municipalities and county council are presented. These were conducted in municipalities/parts of the city that were party of the Metropolitan initiative (Storstadssatsningen: an effort to improve living conditions in several socially and economically vulnerable areas in Stockholm).

Several factors which promote work and collaboration between different actors were raised in the interviews:

- Joint location may facilitate collaboration between municipal and county council authorities.
- Explicit agreements on collaboration between authorities promote continuity and legitimacy.
- To focus the individual and his/her needs across boundaries of responsibility promotes collaboration and improves the support to the individual.
- Mutual requirements for clients/patients which stretch across boundaries of responsibility and mutual plans of treatment and action helps the individual and results in less double work.
- Structures for collaboration and support for this in different decision levels, also, financial incitements may be necessary.

Collaboration aimed at prevention is important, not least those aimed at children and families, for example within centers for families with small children (familjecentraler). *Outreaching activities* can be successful for some population groups and can contribute to lessening distrust in society where this is a concern. *Work focused collaboration* is needed since getting employment is often problematic for individuals with simultaneous social and medical needs. *Collaboration for support and treatment* to individuals with simultaneous psychiatric morbidity and addiction is important to offer coordinated treatment both for the addiction and the psychiatric morbidity. The interviews show that in socially and economically vulnerable areas there is a need *for collaboration both with a broader focus*, to broader segments of the population and *individual interventions* in collaboration involving both municipalities and county council.

Inledning

Bakgrunden till föreliggande rapport är att det i en tidigare rapport; "Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län" (1) konstaterades att det finns omfattande hälsoproblem bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i länet. I intervjuer med mottagare av ekonomiskt bistånd och med hemlösa personer framkom att vissa upplevde brist på samordning mellan olika samhällsinstanser (sjukvård, försäkringskassa, socialtjänst o.s.v.) och att hanteringen av deras problem föll mellan stolarna.

I rapporten konstaterades också att det fanns behov av mera kunskap om hälsa och livsvillkor bland vissa grupper. För att möta ouppfyllda behov av vård och rehabilitering som beskrevs i intervjuerna föreslogs möjligheter för bättre samordning mellan relevanta myndigheter. Ytterligare föreslogs att en medicinsk instans som bättre kunde handha att dessa personer utreds och behandlas adekvat kunde övervägas. Dessutom underströks vikten av att beakta behov bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper vid förändringar av sjukvårdsstruktur och sjukvårdsutbud och vikten av åtgärder utanför landstingets mandat såsom ekonomisk trygghet och arbetstillfällen även för personer som står utanför arbetsmarknaden. Med tanke på utsatthet i ett livsloppsperspektiv är det också viktigt att vidmakthålla och utveckla kommunala stödsystem av förebyggande karaktär i barnomsorg, skola och andra verksamheter.

Rapporten resulterade i ett uppdrag från Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f) att fortsätta bevakningen av livsvillkor och hälsa bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper, med fokus på lokala förhållanden i socialt och ekonomiskt utsatta områden samt att utreda hur samverkan kring individer med sociala och hälsomässiga besvär kan utvecklas.

Föreliggande rapport är en redovisning av intervjuer med personal och ansvariga för olika relevanta myndigheter och verksamheter i Rinkeby-Kista som i sitt arbete möter individer med sociala och medicinska besvär samt intervjuer med företrädare för projekt som kan betecknas som "goda exempel" inom samverkan.

Intervjuerna inkluderar de intervjuades uppfattning om lokala förutsättningar för arbetet, vilka behov av socialmedicinska insatser de ser, hinder och möjligheter för arbetet samt idag existerande resurser och modeller för samverkan med andra instanser. Urvalet av verksamheter och intervju personer i Rinkeby-Kista inkluderar socialtjänstens verksamheter, olika sjukvårdsmottagningar samt andra instanser som föreslagits under arbetets gång. Fokus har varit på verksamheter i Rinkeby men vissa intervjuer har skett i verksamheter i närliggande områden (bl.a. Kista, Husby och Akalla).

Socialmedicinsk problematik

Socialmedicinska problem används sällan som diagnos i sjukvården, men finns som en diagnoskod i Socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997, avsnittet Z55-Z65 (Potentiella hälsorisker avseende socioekonomiska och psykosociala förhållanden). Avsnittet inkluderar specifika

diagnoskoder som ”Problem som har samband med bostadsförhållanden och ekonomiska omständigheter” (Z59), ”Problem som har samband med social miljö” (Z60) och ”Problem som har samband med vissa psykosociala förhållanden” (Z64). I primärvårdens diagnoskodning finns ”Socialmedicinska problem” (Z65p) (2).

Ohälsopanoramats förändras med tiden, liksom hälso- och sjukvårdsorganisationen och samhällets övriga instanser av relevans för personer med socialmedicinska problem. I arbetet med rapporten har ingen specifik definition eller avgränsning av diagnosen använts. Begreppet ”socialmedicinska problem” har i rapporten beskrivits som en kombination av sociala och medicinska besvär, och använts i vidare bemärkelse. Här avses personer med sjukdomar/hälsoproblem med sociala orsaker eller med sociala konsekvenser vars behov inte helt tillgodoses i befintliga verksamheter. Det finns en stor variation i uttrycken för ohälsa och sjukdom och i orsakerna till dessa. De företrädare för olika verksamheter som intervjuats har ombetts att från sin egen verksamhet ge exempel på personer som de menar har sociala och medicinska besvär. Således har verksamhetsföreträdarna identifierat delvis olika grupper, men med vissa underliggande gemensamma karakteristika (sjukdom/hälsoproblem och sociala problem).

Landstingets hälso- och sjukvård samt folkhälsoupdrag

Hälso- och sjukvårdslagen anger att alla människor har rätt till vård på lika villkor, att vi ska sträva efter jämlikhet i hälsa och att de som har störst behov ska ges företräde (3). Likaså anger lagen att hälso- och sjukvården ska arbeta preventivt för att förebygga ohälsa och att planeringen av vården ska ske i samverkan med övriga aktörer och med utgångspunkt i befolkningens behov av vård.

Stockholms läns landsting (SLL) har antagit en Folkhälsopolicy (4) och en handlingsplan för folkhälsa åren 2008-2010 (5). Folkhälsopolicyn har fem mål:

- Goda livsvillkor
- God miljö
- Goda arbetsförhållanden
- Hälsosamma levnadsvanor
- God psykisk hälsa

Folkhälsopolicyn har också två huvudstrategier: att verka för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård samt att samverka kring hälsa med andra aktörer i länet.

Varje förvaltning inom landstinget ska sätta egna mål för hur folkhälsopolicyn ska genomföras samt integrera folkhälsoarbetet i sin dagliga verksamhet. Hälso- och sjukvården har en särställning i landstingets folkhälsoarbete eftersom den är den enda sektor som utgör ett eget målområde inom ramen för de nationella målområdena. I SLL:s Folkhälsopolicy anges att hälso- och sjukvården ska ha en helhetssyn på patienten, ska arbeta med levnadsvanor, ska sträva efter en mer jämlik hälsa, att man kan delta i insatser på lokal och regional nivå som riktar in

sig på grundläggande orsaker till sjukdom och hälsa och att man även kan tänka sig nya verksamhetsformer för att uppnå dessa mål.

Handlingsplanen för folkhälsa 2008-2010 anger prioriterade insatser att arbeta med sorterade under de fem övergripande målen. Exempel på prioriterade insatser är ökad samverkan kring hälsa mellan landsting och kommuner, ett uppdrag att motverka ojämlikhet i hälsa som är relaterad till sociala faktorer t.ex. genom utbildning och information, hälsoinformation som riktar sig specifikt till utsatta grupper samt upprättande av handlingsplaner för hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Ansvaret för genomförandet av de olika insatserna ligger på olika nivåer inom landstinget, bl.a. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning samt på andra förvaltningar och bolag inom landstinget.

I SLL är Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning beställare av sjukvård och de olika vårdinstanserna är utförare. Verksamheten regleras enligt avtal som förnyas regelbundet. Avtalen preciseras i s.k. regelböcker. Regelboken för vårdcentralerna (6) reglerar alltså verksamheten vid länets vårdcentraler som har avtal med landstinget.

Allmänna utgångspunkter för vårdavtalen är bl.a. att de ska erbjuda vård som ska genomsyras av ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv och att vården skall ges på lika villkor till hela befolkningen. Tillgängligheten och kvaliteten på vården är också viktiga aspekter av innehållet i avtalen. Uppdraget för vårdcentralernas verksamhet omfattar bl.a. att arbeta för att förebygga livsstilsrelaterad ohälsa samt utveckla det förebyggande arbetet mot bl.a. övervikt, rökning, alkohol och psykisk ohälsa. De ska även verka för tidig upptäckt, stöd och behandling av den livsstilsrelaterade ohälsan. Distriktssköterskorna har ett särskilt uppdrag att utföra insatser kring rökning, alkoholförebyggande insatser och insatser mot övervikt. Vårdcentralerna ska även ge kunskap om och stöd till egenvård. Vid behov ska de hjälpa patienterna vidare till rätt instans inom hälso- och sjukvårdssystemet eller till annan huvudman/myndighet och även aktivt bidra till samordning med dessa instanser.

Kommunernas verksamheter i relation till sociala och medicinska besvär

Många kommunala verksamheter har inslag av folkhälsokaraktär. En del verksamheter är renodlat inriktade på detta, medan andra har en mer indirekt påverkan. Till exempel kan socialtjänstens arbete med ekonomiskt bistånd, flyktingmottagande, boendestöd och missbruk, skolhälsovårdens arbete med elevhälsa samt förskola och öppen förskola nämnas. Verksamheter som också mer indirekt handlar om att förebygga ohälsa och främja folkhälsa är till exempel planering av utemiljöer, trafik- och miljöarbete, övergripande brottsförebyggande arbete som syftar till att öka känslan av trygghet och säkerhet, föreningsstöd och fritidsverksamhet o.s.v. Stockholms stad arbetar också aktivt med att öka graden av sysselsättning genom ett ökat och intensifierat samarbete med arbetsförmedlingen, med hjälp av de s.k. Jobbtorgen.

Sjukvårdsinslagen i den kommunala verksamheten är reglerade enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Många kommunala verksamheter har ett upparbetat

samarbete med landstinget när det gäller medicinska frågor. Äldreomsorg är sedan ÄDEL-reformen 1994 ett kommunalt ansvarsområde och kommunen har egen vård- och omsorgspersonal för detta ändamål. Kommunen har dock inte egna läkare utan har avtal och samarbetar i detta avseende med landstingets vårdcentraler.

I och med den nya folkhälsopropositionen (7) har ett större ansvar för folkhälsoarbetet, som tidigare varit nationellt, lämnats över till lokala aktörer. Det finns en rad nationella styrdokument från olika myndigheter som relaterar till folkhälsa.

Vissa kommuner i Stockholms län har folkhälsosamordnare eller folkhälsoplanerare på kommunförvaltningsnivå som samordnar folkhälsoarbete i kommunen och bevakar att folkhälsa blir en integrerad del av all kommunal verksamhet. Åtta kommuner i Stockholms län har en sådan här typ av tjänstebefattning, dock inte Stockholms stad. Folkhälsa är inte någon egen fråga i Stockholm, utan är integrerat i annan verksamhet.

Varför finns det behov av samverkan?

Samverkan har kommit att bli etablerat som arbetsform såväl inom som mellan myndigheter och organisationer i samhället. Många stimulansmedelssatsningar från statligt håll har innehållit förväntningar på samverkan mellan olika aktörer, vilket medfört att samverkansprojekt utvecklats inom ramen för dessa. Under 1990-talet genomfördes t.ex. de stora stimulanssatsningarna Dagmarsatsningen, Handikappreformen, Rehab 300 och Psykiatrireformen. I olika lagar och förordningar har också föreskrifter om samverkan förts in. Landsting och kommuner arbetar t.ex. i samverkan med försäkringskassan och arbetsförmedlingen enligt lagen om finansiell samordning genom finansiella samordningsförbund (8). Syftet är bl.a. att förhindra att personer i behov av rehabiliteringsinsatser faller mellan stolarna genom att erbjuda tidiga och förebyggande insatser.

I Stockholms län finns det Samordningsförbund för rehabiliteringsinsatser i Botkyrka, Haninge, Nynäshamn/Tyresö, Huddinge, Nacka, Södertälje och Värmdö. Samordningsförbunden ägs gemensamt av Stockholms läns landsting, arbetsförmedlingen, kommunerna och försäkringskassan som samordnar rehabiliteringsinsatser för personer som behöver stöd från flera av dessa myndigheter. Verksamheterna/insatserna ska förebygga att problem uppstår i de fall ansvaret kan vara otydligt (ofta vid kombinationer av sociala och medicinska besvär) (9, 10).

Samverkan kan ske på en mängd olika nivåer och utifrån gemensamma uppgifter eller målgrupper. Arbetslivsinriktad rehabilitering är exempel på ett område där samverkan som arbetsform är vanligt förekommande. För personer som varit sjukskrivna länge behövs ofta samordnade insatser från flera olika håll. I en sammanställning av kunskap om arbetslivsinriktad rehabilitering kategoriseras olika modeller för samverkan i form av samlokalisering, finansiell samordning, flerpartsmöten, multidisciplinära team, case management (samordning av olika organisationers insatser för att stötta individer när sådana behov finns) och partnerskap mellan organisationer (11).

I utvärderingar av samverkanssatsningar och samverkansprojekt försöker man ofta definiera hinder och framgångsfaktorer för samverkan. En framgångsfaktor för rehabiliteringssamverkan som konstaterats är stödjande strukturer. Det innefattar att man samverkar kring en tydlig målgrupp och att samverkan omfattar så många som möjligt av relevanta aktörer. Andra framgångsfaktorer som beskrivits är en stark förankring i de samverkande organisationerna och att det finns tydliga incitament. De hinder som konstaterats avser skillnader i professionella och organisatoriska kulturer, bristande kunskap och bristande förtroende mellan inblandade aktörer liksom bristande kommunikation. Förekomst av revirtänkande är ytterligare ett hinder liksom avsaknad av ett för samverkan anpassat ledarskap (11).

Syftet med samverkan kan vara att effektivisera verksamheter, minska samhällskostnader och minska lidandet för den enskilda individen. I utvärderingen av FRISAM (12) framhålls att de individer som är i behov av att myndigheter samverkar kring deras problem ofta tillhör de mest utsatta grupperna i samhället. I utvärderingen beskrivs samverkan ”som att samla samhällets resurser kring en individ i syfte att öka hälsa, livskvalitet och egenförsörjning.” Ofta har dessa individer en kombination av olika stödbehov som rör såväl sociala, psykiska, fysiska och arbetsmässiga dimensioner och behöver kontakter med många olika myndigheter.

Personer med sammansatta behov (kombinationer av medicinska och sociala besvär) kan t.ex. lida av svårbedömda, diffusa symtom och sakna diagnos eller ha haft långvarig kontakt med socialtjänsten och/eller ha psykiska sjukdomar i kombination med beroendeproblematik. Långvarig arbetslöshet, psykiska problem och komplicerade livssituationer på olika sätt är andra exempel på samtidiga medicinska och sociala besvär som kan medföra att patienter/klienter är aktuella hos flera aktörer samtidigt. Med samverkan mellan de olika aktörerna kan det undvikas att personer med svårutredda tillstånd utreds flera gånger för samma besvär alternativt faller mellan stolarna. Ur huvudmännens och myndigheternas synvinkel kan å andra sidan dubbelarbete undvikas. Kunskap från olika kompetensområden kan bidra till att fånga upp frågor i tid och därmed undvika att individen blir långvarigt bidragsberoende, vilket kan medföra ännu mera ohälsa.

Kvalitetssäkring av själva samverkansprocessen kan ske genom att identifiera faktorer kopplade till aktiviteter som inverkar på organisation, regelsystem och synsätt och som därmed påverkar kvaliteten i samverkansprocessen (13). Många utvärderingar av rehabiliteringssamverkan visar på positiva effekter i form av färre sjukskrivningsdagar, ökat antal anställda eller lägre grad av offentlig ersättning (11). I Försäkringskassans åiterrapportering till Socialdepartementet angående samverkansmedel konstateras också att betydelsen av samverkansinsatser ökar med de nya sjukförsäkringsregler som infördes 1 juli 2008 (14).

Syfte

Studiens övergripande syfte är att studera behov och erfarenheter av samverkan kring individer med sociala och medicinska besvär och analysera hur kommuner och landsting genom samverkan kan förbättra situationen för dessa individer och på det sättet hindra att de faller mellan stolarna i sitt hjälpsökande.

Studiens genomförande

Studien består av två delar. I den första delen studeras erfarenheter och behov av arbete med individer med sociala och medicinska besvär i stadsdelen Rinkeby-Kista i Stockholm. I den andra delen presenteras exempel på samverkan kring individer med sociala och medicinska besvär som bedrivs inom Stockholms län. Fokus är på verksamheter som möter de vuxna (18 år och äldre). Förutom samverkan kring individen med sociala och medicinska besvär sökte vi också kunskap om insatser/verksamheter som riktade sig till dennes familj som en följd av individens sociala och medicinska besvär.

Materialet till studien är inhämtat från bostadsområden/kommuner som ingick i Storstadssatsningen 1997-2004. Storstadssatsningen var ett åtgärdsprogram med statliga bidrag till utsatta stadsdelar i Sveriges storstadsområden, som antogs av riksdagen 1997. Målen var dels att motverka och minska segregationen, dels att skapa förutsättningar för tillväxt och att förbättra levnadsvillkoren för boende i socialt utsatta områden. Kommunerna/stadsdelarna bidrog själva med medel till de insatser som genomfördes och aktiviteterna skedde i samverkan med lokala instanser, myndigheter, föreningar o.s.v. Dessa kommuner/stadsdelar valdes ut för studien dels för att många individer som bor i dessa områden har sociala och medicinska besvär och dels för att det inom satsningen bedrevs insatser som baserades på samverkan mellan olika aktörer. Dessa bostadsområden/kommuner kan därför förväntas ha erfarenheter av att samverka kring målgrupperna som berörs av den här studien.

Båda delstudierna baseras på kvalitativt material insamlat genom intervjuer. Genom kvalitativt material är det möjligt att belysa olika perspektiv och infallsvinklar på fenomen och variation i uppfattningar. Kvalitativa metoder är också lämpliga att använda när studiens syfte är explorativt, och när syftet är att förstå världen utifrån de intervjuades erfarenheter (15).

Delstudie 1: Erfarenheter och behov av stöd till individer med sociala och medicinska besvär

I denna delstudie studerades **erfarenheter och behov av stöd till individer med sociala och medicinska besvär** inom landsting och kommun lokaliserade främst inom stadsdelen Rinkeby-Kista. Stadsdelen har beskrivits som ett utsatt område. Karakteristiskt för sådana är ofta höga ohälsotal, låg socioekonomisk nivå med stor andel arbetslösa och personer med sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension). I Stockholm är de mest utsatta områdena byggda under miljonprogrammet på 1970-talet och har en relativt stor andel utlandsfödda. Stockholms stads Utrednings- & statistikkontor USK AB har undersökt den etniska, sociala och ekonomiska segregationen i Stockholm i totalt 328 s.k. närområden i Stockholms län (16). (Närområden är sammansatta av basområden och definieras av USK AB som relativt socialt homogena.) I rapporten beskrivs närområdena Rinkeby och Husby (i Kista) som ”mycket socialt utsatta”, även om vissa förbättringar har skett.

Ett strategiskt urval av intervjupersoner och verksamheter gjordes dels med avseende på relevans för målgruppen och dels efter förslag från någon av de intervjuade. Tio intervjuer med femton personer som var företrädare för verksamheter och insatser riktade mot vuxna genomfördes. Intervjuerna genomfördes vid följande verksamheter:

- Ekonomiskt bistånd och arbetsmarknadsåtgärder; Enheten för stöd och rehabilitering och Enheten för arbetsmarknadsinsatser (socialtjänsten Rinkeby-Kista)
- Enheten för psykosocialt stöd (socialtjänsten Rinkeby-Kista)
- Integration, flyktingmottagande och förebyggande ungdomsinsatser (socialtjänsten Rinkeby-Kista)
- Rinkeby-Kistamottagningen, Beroendecentrum (SLL)
- Rinkeby vårdcentral (SLL)
- Akalla vårdcentral (SLL)
- Arbetsförmedlingen
- Försäkringskassan
- SAMSAS (psykiatri, beroendevården och socialtjänsten)
- Kista öppenvårdspsykiatri (Praktikertjänst)

Ett introduktionsbrev och ett frågeformulär utformades (se Bilagor). I formuleringen av intervjufrågor och vid intervjutillfällena har sociala och medicinska besvär hos individer definierats så att det föreligger något medicinskt problem samtidigt som de sociala komponenterna är starkt bidragande till individens situation, antingen som en bakomliggande orsak till det medicinska problemet, eller ibland delvis som en konsekvens av det medicinska problemet.

Samtliga intervjupersoner fick frågorna sända till sig före intervjutillfället för att ges en möjlighet att fundera över dem. Intervjufrågorna modifierades något, utan att innebörden ändrades, beroende på om de skulle riktas till hälso- och sjukvården eller någon annan instans. Intervjuerna spelades in och samtliga intervjuer transkriberades.

Av varje intervju skrevs ett sammandrag. Inför analysen gjordes en genomläsning av sammandragen i syfte att identifiera relevanta kategorier. I analysen fokuserades sedan följande kategorier/områden:

- Patienter/klienter – vilka är de? Hur blir man patient/klient? Vilken vård/åtgärder erbjuds till patienter/klienter? Har det skett en minskning/ökning av patienter/klienter som har sociala och medicinska besvär?
- Organisation – vilka förändringar har påverkat arbetet? Vad saknas i verksamheterna? Hur är verksamheterna organiserade för att hjälpa patienter/klienter med sociala och medicinska besvär?
- Samverkan – vilka förändringar i samverkan har skett? Vilka är viktiga samverkanspartners? När fungerar samverkan bra? När fungerar det mindre bra?
- Sociala och medicinska besvär – vilka behov uttrycks i verksamheterna?

Ovanstående beskrivna intervjuer i Rinkeby-Kista fokuserade de vuxnas situation. Därefter gjordes kompletterande förfrågningar i syfte att undersöka i vilken mån det fanns insatser som riktade sig till den närmaste familjen kring målgruppen i en intervju med företrädare för Social omsorg i stadsdelen Rinkeby-Kista.

Hakparenteserna i citaten är våra egna förtydliganden utifrån sammanhanget. I samband med citat betyder tre punkter (...) att de delar av citaten som inte varit relevanta för sammanhanget inte återges.

Delstudie 2: Exempel på samverkan kring individer med sociala och medicinska besvär

För att beskriva erfarenheter av arbete med individer med sociala och medicinska besvär samlades information särskilt om **samverkansprojekt, som upplevts som lyckade**. Främst har vi sökt erfarenheter av lyckade samverkansprojekt mellan kommun och landsting, men vissa av de aktörer som vi har kontaktat har också lyft fram samverkan med andra aktörer såsom försäkringskassa och arbetsförmedling. Vi har också sökt kunskap kring vad i projekten/verksamheterna som fungerat bra och vad som kan utvecklas i samverkan.

I den förfrågan som skickades ut till landsting och kommun (se bilagor) beskrevs att uppdraget avser de vuxna (18 år och äldre inklusive deras familj), samt att det bör handla om/relateras till individer med både medicinska och sociala besvär. Vi var intresserade av olika typer av samverkan t.ex. kring individen eller mellan handläggare eller på strukturell nivå. Vidare beskrevs att exemplen på samverkansinsatser kunde vara både förebyggande/främjande och behandlande, men att de bör ha följts upp på något sätt. Förfrågan skickades till företrädare för landsting (HSN-f, avdelningen för närsjukvård) och kommun (socialförvaltningen) i följande kommuner/stadsdelar: Haninge, Huddinge, Södertälje, Botkyrka, Spånga-Tensta, Rinkeby-Kista och Årsta-Enskede-Vantör. Även samordningsförbundet kontaktades om ett sådant fanns i kommunen. Bland de kommuner som inkluderats i studien finns ett sådant i Haninge, Huddinge, Botkyrka och Södertälje. Av de samverkansprojekt som företrädaren

själv föreslog som lyckade exempel och som stämde in på ovanstående kriterier kontaktades sedan ansvarig för respektive projekt/verksamhet för att få mer information.

De kontaktade tjänstemännen gav oss förslag på ett antal exempel på samverkansinsatser som bedrevs. Om de hade fler förslag på lyckade projekt/verksamheter bad vi dem att välja ut ett eller två som de ansåg bäst passade in i våra kriterier. Slutligen valde vi ut sju exempel. Det kriterium som var svårast att fylla var uppföljningskriteriet, många insatser som lyftes fram hade startats ganska nyligen och det fanns ännu inte så mycket kunskap om resultatet. De exempel vi beslöt att redovisa hade pågått en längre tid och också dokumenterats i uppföljning eller utvärdering.

Intervjuer gjordes med de berörda samverkansprojekten/verksamheterna utifrån en frågeguide (se bilagor). Sju intervjuer genomfördes med elva personer som var antingen ansvariga för projekten/verksamheterna såsom projektledare eller verksamhetschef eller arbetade aktivt i projektet/verksamheten, som t.ex. case manager. Företrädare från nedanstående projekt/verksamheter intervjuades. De samverkande aktörerna anges inom parentes:

- Familjecentralerna i Jordbro och Brandbergen, Haninge (utbildnings- och socialförvaltningen inom kommunen, BVC inom landstinget och Österhaninge församling)
- Kugghjulsprojektet, Huddinge och Botkyrka kommun (samordningsförbund, vårdcentral, socialtjänst, arbetsförmedling och försäkringskassa)
- Resursrådet, Haninge (samordningsförbund, kommun, landsting, arbetsförmedling, försäkringskassa)
- Relationsvårdcentrum, Västerortspolisen, Stockholms län (socialtjänst från vissa stadsdelar från Stockholms stad och län, polis, åklagare)
- Supported employment – metod, Botkyrka (samordningsförbund, kommun, landsting)
- Södertäljemodellen, Södertälje (kommun och landsting)
- ACT-teamet, Huddinge (socialtjänsten inom kommun och beroendevården inom landsting).

Intervjuerna transkriberades och användes tillsammans med skriftligt material som källa till beskrivningen av projektet/verksamheten. Särskilt två områden fokuserades i presentationen av exemplen: vad som gjorde projektet/verksamheten till ”lyckad”, d.v.s. framgångsfaktorer samt hur företrädarna själva anser att verksamheten borde utvecklas.

Arbetet kring individer med sociala och medicinska besvär i Rinkeby-Kista

I detta avsnitt beskrivs erfarenheter och behov av stöd till individer med sociala och medicinska besvär i en stadsdel i Stockholm, Rinkeby-Kista.

Befolkning och hälsa i Rinkeby-Kista

Totalt bor det närmare 50 000 personer i Rinkeby-Kista. Andelen invånare med utländsk bakgrund (utrikes födda eller födda i Sverige med två utrikes födda föräldrar) var drygt 77 procent år 2009¹. Största andelarna av dessa kom från Asien och Afrika. Ungefär 60 procent av männen och 53 procent av kvinnorna förvärvsarbetade år 2007. Av samtliga hushåll erhöll nära 13 procent ekonomiskt bistånd år 2008, varav nära 70 procent av dessa var långvariga biståndstagare, d.v.s. från tio månader eller längre².

I Rinkeby-Kista är det 47 procent av kvinnorna och 31 procent av männen som skattar sin hälsa som sämre än god. Nedsatt psykiskt välbefinnande är också vanligt, och rapporteras av 31 procent av kvinnorna och 24 procent av männen.

Det genomsnittliga ohälsotalet i dagar per person (sjukpenning + rehabilitering + sjukersättning, gällande enbart de icke s.k. nollklassade) uppgick år 2009 till drygt 36 för män och knappt 47 för kvinnor.

Hälften av Rinkeby-Kistas invånare saknar fast läkarkontakt jämfört med 35 procent i hela länet. Andelen invånare som avstått sjukvård eller att ta ut läkemedel under de senaste 12 månaderna p.g.a. dålig ekonomi är högst i Rinkeby-Kista (14 procent av kvinnorna och 11 procent av männen) jämfört med övriga länet (7 procent respektive 5 procent).³

Individer med sociala och medicinska besvär

Sociala och medicinska besvär är begrepp som kan vara svåra att definiera. Det finns också ofta en skala med olika grad av utsatthet för dem som är drabbade. I det här avsnittet behandlas vilka grupper och individer som avses när de intervjuade verksamheterna i Rinkeby-Kista talar om personer med samtida sociala och medicinska besvär. Dessa grupper skiljer sig beroende på vilken instans som tillfrågas och hur definitionen av samtidig social och medicinsk problematik ser ut i den specifika verksamheten. Vissa av de intervjuade instanserna har en snäv målgrupp som i sin helhet består av människor som har sociala och medicinska besvär och andra har en verksamhet som riktar sig till befolkningen generellt. Den gemensamma faktorn är att det är personer/grupper

¹ Sammanställningen baseras på källor från USK (17), Folkhälsorapporten 2007 (18) samt en rapport om vårdbehov från Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (19).

² Personlig kommunikation med Ulrika Axelsson verksamhetsområdeschef för ekonomiskt bistånd och arbetsmarknadsåtgärder, socialtjänsten i Rinkeby-Kista, 2009-11-18

³ För dem som är intresserade av ytterligare jämförelser av livsvillkor, levnadsvanor och hälsa mellan olika delar av Stockholm län rekommenderas KFA rapport 2010:4 (20), nedladdningsbar från www.folkhalsoguiden.se

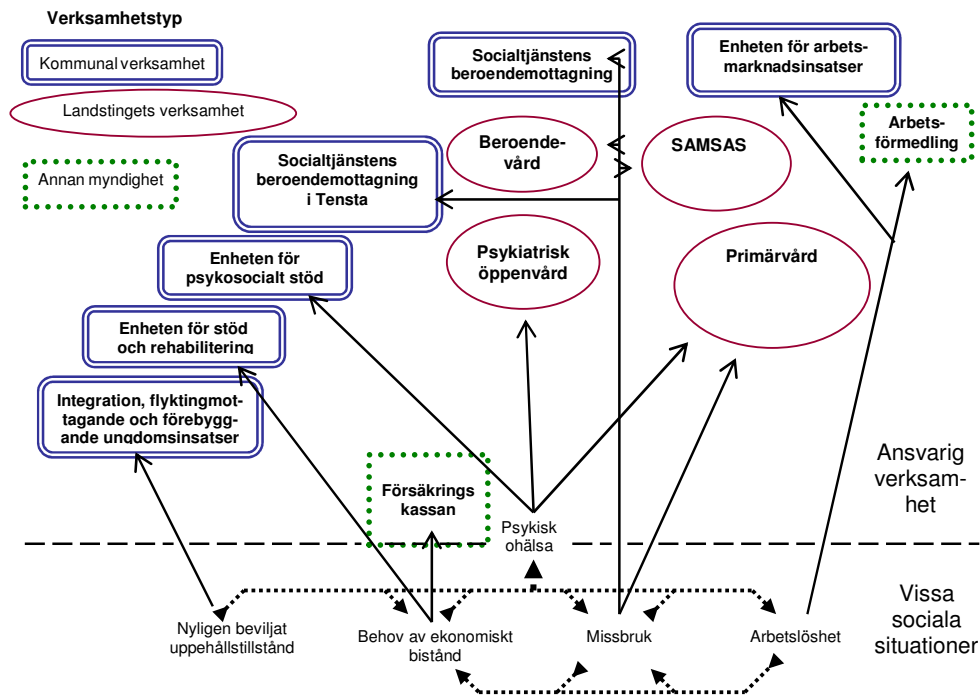
med samtidiga sociala och medicinska besvär (där det förra kan avse missbruk, familjeproblem, dålig ekonomi/arbetslöshet eller liknande). Nedan ges exempel på olika grupper som uppgivits i intervjuerna. De instanser där man möter grupperna är angivna inom parentes:

- Personer med sammansatt social problematik och medicinska symtom där diagnos ofta saknas (Enheten för stöd och rehabilitering, Integration, flyktingmottagande och förebyggande ungdomsinsatser, Enheten för psykosocialt stöd).
- Personer med en komplicerad livssituation samt psykisk ohälsa i form av ångest, depression eller posttraumatisk stress (öppenvårdspsykiatri, vårdcentralerna, arbetsförmedlingen, försäkringskassan).
- Personer med psykisk sjukdom i kombination med beroendeproblematik (s.k. dubbeldiagnos) (Beroendecentrum, SAMSAS).

Många i dessa grupper har varit arbetslösa eller sjukskrivna en längre tid samt har haft kontakt med socialtjänsten. En del har haft många olika myndighetskontakter. Vissa har kontakt med kriminalvården.

Verksamheter för olika sociala och medicinska besvär

För att illustrera vart individer vänder sig eller hänvisas beroende på vilken typ av sociala och medicinska besvär de har skapades en figur som länkar olika typer av sociala situationer med berörd verksamhet. Figuren utgår från typ av social situation och koppling till psykisk ohälsa och ger exempel på verksamheter som kommer i kontakt med problematiska sociala och medicinska förhållanden. Det är enbart den öppna vården inom landstinget som ingår i figuren. Vissa av de kategoriserade sociala situationerna som medför ett hjälpbehov leder lätt vidare till andra vilket har illustrerats med de prickade pilarna (längst ned i figuren).



Figur 1. Exempel på verksamheter för personer med sociala och medicinska besvär (här psykisk ohälsa)

Hur arbetar man med individer med sociala och medicinska besvär?

Nedan redogörs för vilka olika typer av vård och åtgärder som erbjuds individer och grupper med sociala och medicinska besvär genom de intervjuade verksamheterna. Det varierar mycket beroende på verksamhetens art, vilket framkommer i nedanstående tabell. Dessutom beskrivs verksamheternas arbete med dessa grupper något utförligare. Ytterligare information om verksamheterna återfinns i Bilagor.

Tabell 1. Exempel på vård och åtgärder som erbjuds personer med sociala och medicinska besvär i Rinkeby-Kista

| Instans/enhet | Exempel på vård och åtgärder |
|--|---|
| Arbetsförmedlingen | Klargör arbetsförutsättningar, anpassar till arbete med olika åtgärder (lönebidrag, arbetsmarknadsutbildning, arbetsträning), arbetssocial utredning. |
| Beroendevården | Uppsökande verksamhet, medicinering, återfallspreventionskurser. |
| Enheten för arbetsmarknadsinsatser (socialtjänsten) | Arbetsträning, remittering till arbetsmarknadssatningar hos externa aktörer (Jobbtorg). |
| Enheten för psykosocialt stöd (socialtjänsten) | Sysselsättning, gruppboende, motiverande samtal, stödsamtal. |
| Enheten för stöd och rehabilitering (socialtjänsten) | Utredning av rätten till försörjningsstöd, åtgärder i form av arbetsträning eller arbetsförmågebedömning som på sikt kan leda till självförsörjning. |
| Försäkringskassan | Försäkringsmedicinsk utredning av arbetsförmågan (utom av s.k. nollklassade). |
| Integration, flyktmottagande och förebyggande ungdomsinsatser (socialtjänsten) | Introduktionsplan, hembesök, samhällsinformation, hänvisning till andra instanser vid hälsoproblem. |
| SAMSAS | Samlokaliserat omhändertagande utan tidsbokning enligt case management-modellen, hembesök. |
| Vårdcentralerna | Inget särskilt definierat omhändertagande av patienter med sociala och medicinska besvär, (kurator ½ dag/v). |
| Öppenvårdspsykiatri | Psykosmottagning, mellanvård, case management, hembesök, "home information" i samarbete med somaliska hälsoteamet. |

Arbetsförmedlingen i Rinkeby-Kista har fått ökade resurser för att ta hand om inskrivna arbetsökande som har sociala och medicinska besvär och därför upptäcker de också fler och fler med problem. Det finns personal med speciell kompetens för att ta hand om arbetsökande med olika behov. De insatser/stöd som kan erbjudas omfattar lönebidrag, arbetsmarknadsutbildning, arbetsträning, arbetsprövning och praktik på en arbetsplats. Utredningar av arbetsförmågan kan också upphandlas.

Beroendevården erbjuder olika former av stöd och behandling, t.ex. uppsökande verksamhet, hjälp med medicinering, såsom depåinjektioner. De ger också stöd till drogfrihet, genom att man kan lämna prover och återfallspreventionskurser.

Försäkringskassan utreder, bedömer och fattar beslut om sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning även för arbetslösa personer. Vid bedömningen ska försäkringskassan bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Om inte den försäkrade längre har rätt till sjukpenning/sjuk- och aktivitetsersättning erbjuds alltid ett överlämningsmöte tillsammans med arbetsförmedlingen. Försäkringskassan kan vid behov köpa försäkringsmedicinska och arbetslivsinriktade utredningar för att ta ställning till ersättning och behov av arbetslivsinriktade insatser.

En del av verksamheterna inom socialtjänsten i Rinkeby-Kista är speciellt inriktade på att ge stöd till personer med sociala och medicinska besvär. *Enheten för stöd och rehabilitering* fokuserar på att utreda arbetsförmåga i det sjuka. Där avgörs om en person ska söka sjukersättning, kan söka vissa typer av jobb eller vilken typ av rehabilitering som krävs. Därifrån kan en klient slussas vidare till andra enheter internt, till exempel *Enheten för arbetsmarknadsinsatser* som kan remittera till arbetsmarknadssatsningar eller arbetsträning hos externa aktörer såsom Jobbtorg Stockholm. Detta är en arbetsmarknadssatsning som är stadens samarbetssatsning med syfte att ge stöd till arbete för arbetsökande och personer med försörjningsstöd. Förutom arbetsförmedlingen och försäkringskassan samarbetar man bl.a. med föreningar, stiftelser och privata aktörer.

Enheten för psykosocialt stöd kan erbjuda boende och sysselsättning, motiverande samtal och stödsamtal. En ständig ökning av besök rapporteras p.g.a. att personer som det går bra för gör bostadskarriär och flyttar iväg medan de som flyttar till Rinkeby oftare har besvär av social och medicinsk karaktär.

För flyktingar som nyligen fått uppehållstillstånd erbjuder *Integration, flyktingmottagande och förebyggande ungdomsinsatser* samhällsinformation i grupp, hembesök och upprättande av en introduktionsplan. De flyktingar som har sociala och medicinska besvär kan bli hänvisade till enheter inom socialtjänsten eller till primärvården och/eller psykiatrin. Detta ska framgå av introduktionsplanen och det måste finnas läkarintyg för att man ska vara undantagen från SFI och/eller jobb/Jobbtorg.

Vårdcentralerna är första linjens vård när det gäller de flesta somatiska och psykiska sjukdomarna. För personer som har besvär av social och medicinsk karaktär finns ingen speciell organisation. Omhändertagandet av patienter ska ske på lika villkor för alla. Vid en av de intervjuade vårdcentralerna har de

tidigare haft ett strukturerat omhändertagande av patienter som kräver mer än sex veckors sjukskrivning. De försöker också aktivt kalla patienter som de vet har svårt att själva ta kontakt, t.ex. diabetespatienter som har språksvårigheter.

Öppenvård psykiatri har en psykosmottagning, bedriver mellanvård och egen jour- och akutverksamhet. De gör även hembesök tillsammans med beroendevården och har ett team som arbetar med drop-in-verksamhet för unga. Öppenvård psykiatri arbetar enligt case managementmodellen (vård- och stödsamordning) med vårdplaner som upprättas gemensamt med stadsdelsförvaltningen.

SAMSAS erbjuder stöd och vård för dem som har komplicerad social och medicinsk problematik. Klienter ska både ha psykiatrisk och beroendelaterad sjuklighet. SAMSAS strävar efter att vara lättillgängliga för brukarna, med drop-in- och hembesök och arbetar enligt case managementmodell.

Organisationsförändringar

År 2007 slogs Rinkeby stadsdelsnämnd och förvaltning ihop med Kista (inklusive Husby och Akalla). Som en följd av det flyttade hela socialtjänsten från Rinkeby till Kista under år 2008. Rinkeby medborgarkontor finns kvar i lokalerna i Rinkeby Folkets Hus, men med minskad personalstyrka.

Ett flertal stora omorganisationer har skett ungefär samtidigt i Rinkeby-Kista. Sammanslagningen av Rinkeby och Kista stadsdelar ledde till sammanslagningar av interna verksamheter inom Beroendecentrum och socialtjänsten. Även vid arbetsförmedlingen försvann uppdelningen Rinkeby och Kista och de arbetar nu mot hela området.

Förutom ovanstående omorganisationer gjordes en sammanslagning av flyktingmottagningen med Spånga-Tensta, gällande från 1 januari 2009 (Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista flyktingmottagning). I primärvården är Vårdval Stockholm från år 2008 liksom auktoriseringar av privata entreprenörer de mest framträdande organisationsförändringarna. Även försäkringskassan genomförde en stor omorganisation år 2008 som bl.a. medförde att de flyttade från Rinkeby-Kista till lokaler i Stockholms innerstad.

Kunskap om och tilltro till vård och andra samhällsresurser

Att verka i ett mångkulturellt område

Möjligheterna att stötta och hjälpa individer med sociala och medicinska besvär har två betydelsefulla komponenter - dels handlar det om det stöd som samhället kan erbjuda personen i fråga, och dels handlar det om individens egen kunskap om och vilken tilltro man har till att hjälp går att få. Det sistnämnda är en särskilt viktig fråga i områden där en stor del av befolkningen har utländsk bakgrund och både in- och utflyttning är hög. Förebyggande och uppsökande verksamhet har viktiga funktioner både för att informera om vad som finns att tillgå, och skapa förtroende för vård och andra samhällsresurser. I slutet av avsnittet återfinns en sammanställning av de viktigaste faktorerna som framkommit i intervjuerna i punktform.

Att få den vård man har rätt till påverkas av flera faktorer. Det handlar om kunskap om vårdorganisationens uppbyggnad och vilka rättigheter man har i det svenska samhället, men också om sådant som föreställningar om hälsa och sjukdom och hur man uttrycker sjukdom och vårdbehov för att få den hjälp man behöver. På engelska används uttrycket "health literacy" som term för dessa begrepp (21, 22). Att introduceras i den svenska vårdkulturen och samhällssystemet i stort är viktigt för hur hälsoutfallet på sikt blir. Det är emellertid inte alltid lätt att ta till sig denna typ av information som nyanländ, framhåller t.ex. en av de intervjuade vid öppenvårdspsykiatrin:

... man kan inte tro att det går så snabbt som man tror, man har en information eller två och så har man inte förstått hälften utan man sitter och tänker på helt andra saker, det är jag övertygad om, och sen så, och det är ju ett jättekomplicerat system, ibland förstår vi ju inte själva. Hur ska man förstå detta när man är analfabet och inte, alltså det är omöjligt.

Föreställningar om hälsa och sjukdom påverkar hur man söker vård. Kulturella skillnader i synen på psykisk sjukdom och vård har enligt de intervjuade vid öppenvårdspsykiatrin t.ex. medfört att vissa grupper inte söker hjälp, trots att det finns behov:

... det här handlar om personer som inte söker vård, som inte har något förtroende för vården och inte ärligt tror att det finns någon hjälp att få, så det handlar om, kanske man skulle göra insatserna på medborgarkontor, alltså det är väldigt komplext. Speciellt den som har psykiatriska besvär, för det finns inte något förtroende för ökad vård. Och det är människor som verkligen behöver hjälp...

I intervjun med öppenvårdspsykiatrin togs också upp att det finns en misstro och i vissa fall även rädsla för vården, som kan bottna i erfarenheter från det forna hemlandet eller tidigare negativa erfarenheter av vård eller omsorg. Misstro och

rädsla kan även böttna i rykten om diskriminering eller felbehandlingar, som sprids:

... som en kvinna sa att "ja det här att man säger att man bara får göra fyra kejsarsnitt, det är ju för att svenskarna vill inte att det ska födas så många muslimska barn i Sverige" och det säger man ju av hälsoskäl för livmodern kan brista och allt det här, men alltså det är ju inte så utan det är hennes föreställningsvärld och det är massa så na saker.

Okunskapen om det svenska vårdssystemet och bristen på tilltro till vården förstärks av bristande integration och små möjligheter att få arbete, vilket i sin tur leder till ökad isolering. Den somaliska gruppen beskrivs av de intervjuade vid öppenvårdspsykiatrin som särskilt utsatt på olika sätt. Som ett exempel nämns att det förekommer att D-vitaminer till barnen hålls ut eftersom det finns föreställningar inom gruppen att de kan framkalla autism.

Bilden av misstro mot samhällsresurser bekräftas också av socialtjänstens verksamhetsområde social omsorg, där man beskriver att det finns en rädsla för socialtjänsten som böttnar i att man inte känner till verksamheten och vad de kan göra för att stötta individer och familjer. Okunskapen får konsekvenser på så sätt att många som skulle behöva stöd avstår, eller kommer i kontakt först när behoven blivit akuta och en anmälan har gjorts. Man vill därför arbeta med att förbättra kunskapen i befolkningen, genom att öka kontaktytorna och arbeta utåtriktat med förtroendeskapande processer.

Vi måste vara mer kreativa (...) om vi ska vara framgångsrika, måste vi utöka kontaktytan mer än vad vi gör, att vi bara tar emot deras anmälan är inte good enough.

I ett mångkulturellt samhälle är det viktigt att få med även frivilligorganisationerna i samverkan, för att kunna nå ut till befolkningen och skapa förtroende. Vid social omsorg har man exempelvis samverkan med moskén. Integration och flyktingmottagande samarbetar med många olika aktörer vid den samhällsintroduktion de erbjuder nyanlända flyktingar. En lite mera okonventionell typ av samverkan i form av uppsökande verksamhet beskrivs av den psykiatriska öppenvården. De arrangerar s.k. Home information tillsammans med det somaliska hälsoteamet i Rinkeby-Kista ungefär tre tillfällen per termin då de bjuder in somaliska kvinnor till en gemensam måltid och diskuterar psykisk ohälsa. Mellan tjugo och trettio kvinnor brukar delta och de träffas oftast hemma hos någon.

Det finns också exempel på att man arbetar med nätverket kring individer. Den intervjuade vid social omsorg framhöll att det nätverksarbete man bedriver är mycket positivt för att stötta exempelvis vid psykisk sjukdom. Och vidare att det är något som kan vara särskilt bra i en stadsdel som Rinkeby-Kista. Arbetet innebär att man ber klienten beskriva sitt nätverk och frågar vem den vill bjuda in som stöd.

Det finns behov av rådgivning kring vård och andra samhällsresurser, hur de fungerar samt hur man rent praktiskt fyller i blanketter. Vid

öppenvårdspsykiatrin trycker en av de intervjuade på olika problem i detta avseende:

På alla håll och kanter så dras dom där stödfaktorerna in och det är inte bra. Det där måste man ju ha här, jag menar en verbal person på Östermalm eller Norrmalm klarar ju det här direkt med handläggaren, det gör dom inte här. Mycket mer förklaring, allting tar mycket, mycket längre tid.

SAMSAS och öppenvårdspsykiatrin arbetar med case managers (vård- och stödsamordnare) som för SAMSAS del bistår patienterna där det behövs och också fungerar som kontaktpersoner i förhållande till övriga samhällsinstanser omkring individen.

Hur tänker man kring hälsofrämjande och preventivt arbete?

En del av de aspekter som ingår i sociala och medicinska besvär skulle kunna förebyggas. Detta är särskilt viktigt ur ett barn- och ungdomsperspektiv för att förhindra att barn ”ärver” sina föräldrars hälsoproblem och även ser att det finns hjälp att få. I dessa fall är barnvårdscentraler, familjecentraler, barnomsorg och skola viktiga arenor. De intervjuade vid öppenvårdspsykiatrin är en av aktörerna som lyfter fram detta:

...en bra barnomsorg för våra patienter kan ju vara det som skiljer mellan att man blir psykiskt sjuk senare i livet eller inte liksom. Jag menar det är en av riskfaktorerna när man lever med psykiskt sjuk förälder, att man inte har någon annan vuxen som man kan lita på, så det är jätteviktigt. Alltså, bra barnomsorg här det är värt hur mycket som helst.

I de fall det finns barn i familjen gör socialtjänsten alltid en utredning, som utgår från hela familjen. Att förebygga ohälsa och att kunna fånga upp olika frågor i tid har betydelse för en utveckling i positiv riktning. Ett exempel på när samverkan fungerat bra är kring unga vuxna, anser de intervjuade vid socialtjänsten. De menar att orsaken till detta är att de unga vuxna är en grupp som är prioriterad från samtliga håll. Medan det finns gott stöd för ungdomar är barn i åldern 0-10 en grupp som man skulle vilja arbeta mer med. Den intervjuade vid social omsorg önskar att man hade mer förebyggande arbete, med investeringar tidigt i föräldraskapet – ett arbete med flera fördelar enligt honom. Familjecentralen nämns som ett bra exempel på att man lyckades fånga upp problem innan de blev allvarliga och samtidigt nådde många och därmed skapade förtroende och ökade kunskapen om den hjälp som står att få. Många sociala frågor togs också upp där, som hot om utvisning, att inte ha pengar, känna sig hotad, bekymmer med barnen osv. Man hade en samlad kompetens kring småbarns hälsa, och bra kanaler för att ge stöd till de föräldrar som behövde det, vare sig det handlade om psykisk ohälsa, sociala besvär eller missbruk.

Ett annat exempel på en samverkansmodell med förebyggande syfte är MYS-gruppen (Myndigheter i samverkan) som är ett samarbete mellan skola, polis

och socialtjänst och har till syfte att skapa aktiviteter bland ungdomar som syftar till att höja framtidstron och höja jämställdhetsnivån.

När det gäller förebyggande insatser påpekar flera intervjuade att vårdcentralerna kan spela en viktig roll, för att fånga upp t.ex. kvinnor med värk, eller flyktingar med PTSD. Förebyggande insatser i samarbete med primärvården har tidigare gett positiva resultat enligt den intervjuade vid Integration, flyktingmottagande och förebyggande ungdomsinsatser.

Den nu nedlagda Krismottagningen nämns av flera aktörer som en resurs som fungerade mycket bra ur preventivt perspektiv. Krismottagningen bedrevs utan remissförfarande och där utfördes också mycket socialt arbete såsom hjälp med att skriva intyg av olika slag. Där fanns det yrkeskompetens i form av psykologer och kuratorer som avlastade vårdcentralerna och psykiatrin genom att göra såväl bedömningar, kortare behandlingar och hembesök när så behövdes. Den intervjuade vid öppenvårdspsykiatrin beskriver:

... och kunde ringa till psykosociala teamet och säga att "du, här behöver ni göra ett hembesök för den här kvinnan går inte ur huset men hon är jättedepimerad, det är ni som ska göra första insatsen här". Och det går ju inte att säga till en primärvårdsdoktor att dom ska göra det, det hinner dom ju inte och det gör dom inte heller. Det var en så'n där grej som föll bort.

En av de intervjuade vid vårdcentralerna beskriver Krismottagningens roll för området :

Ja Krismottagningen den var ju guld värd. Ja det är mycket krisproblematik. Det är asylsökningar, ansökningsavslag, det är utvisningsshot, det är arbetslöshet, det är avsked...

Några av de intervjuade lyfter fram att områdets karaktär gör att det behövs extra resurser, jämfört med andra områden. En av de intervjuade vid öppenvårdspsykiatrin säger att:

... dom [beslutsfattarna] hade sagt att man behöver inte mer pengar till barnen här än man behöver på Östermalm. Så man har ju gjort en del nedskärningar tror jag, Stockholms stad har gjort omfördelningar på samma sätt som vårdval. Och det tycker jag man ska titta på. Allting så'n't, det ska inte vara rättvist, det ska vara mycket mer här. Det ska vara fruktansvärt orättvist faktiskt. På rätt sätt.

I Rinkeby-Kista har man erfarenheter av samverkan för att reducera brottsligheten i området i form av ett brottsförebyggande råd i stadsdelen. Den intervjuade vid Integration, flyktingmottagning och förebyggande ungdomsinsatser föreställer sig att en liknande verksamhet skulle kunna fungera när det gäller resurser för personer med sociala och medicinska besvär:

... vi har ju brottsförebyggande råd som är ett annat sätt där man samlar alla aktörer; där är poliser, fastighetsägare det är kommunen (...) jag menar man kan ju lika gärna jobba med hälsoförebyggande frågor ju.

Att öka befolkningens kunskap om och tilltro till vård och andra samhällsresurser

- Mer uppsökande verksamhet för att skapa kontaktytor och arbeta med förtroendeskapande processer
- Utökad samhällsintroduktion till flyktingar
- Hälsoinformation och rådgivning i hur man som individ ska navigera i vården och hjälp att förstå hur instanser som försäkringskassan och arbetsförmedlingen fungerar och hur man rent praktiskt fyller i blanketter
- Case managers som kan bistå patienter när det behövs och fungera som kontaktpersoner till samhällsinstanser omkring individen
- Öka möjligheterna för särskilt utsatta/isolerade grupper att komma in i arbetslivet
- Bra familjestöd i form av familjecentraler och barnomsorg
- Hälsöfrämjande verksamhet

Modeller och förutsättningar för samverkan kring personer med sociala och medicinska besvär

I texten nedan redovisas faktorer som de intervjuade anser främjar samverkan, samt hur strukturer för samverkan kan förbättras kring personer med sociala och medicinska besvär. I slutet av avsnittet återfinns en sammanställning av de viktigaste faktorerna i punktform.

Varför samverka?

Samverkan mellan olika huvudmän eller verksamheter är ofta nödvändigt och utgör egentligen grunden för en stor del av arbetet, konstateras vid flera av de intervjuade verksamheterna i Rinkeby-Kista. Personer som befinner sig i komplicerade livssituationer och samtidigt lider av ohälsa utan att ha någon diagnos är ett exempel där hanteringen av problemen annars riskerar att falla mellan stolarna. Ofta är det många olika faktorer som påverkar hälsan samtidigt och när det handlar om sociala och medicinska besvär hos en individ behöver hänsyn tas till hela livssituationen. De olika aktörerna som intervjuats lyfter fram att det är viktigt med helhetssyn kring individer för att kunna hjälpa dem bättre. Samverkan mellan olika instanser är ett nyckelbegrepp för att uppnå helhetssyn kring individers livssituation.

Olika modeller för samverkan med andra aktörer beskrivs av de intervjuade verksamheterna i Rinkeby-Kista, såväl internt som externt. Vem man samverkar med och skälen till samverkan är relaterade till verksamhetens mål. Integration, flyktingmottagande och förebyggande insatser samarbetar t.ex. mycket med arbetsförmedlingen och Jobbtorg beroende på att deras främsta mål är att flyktingfamiljen ska bli självförsörjande. I andra fall kan syftet vara att upprätta *gemensamma handlingsplaner* eller *samarbetsrutiner*, att ha *gemensam*

kompetensutveckling eller *rehabiliteringsmöten*. Även *finansiell* samverkan förekommer.

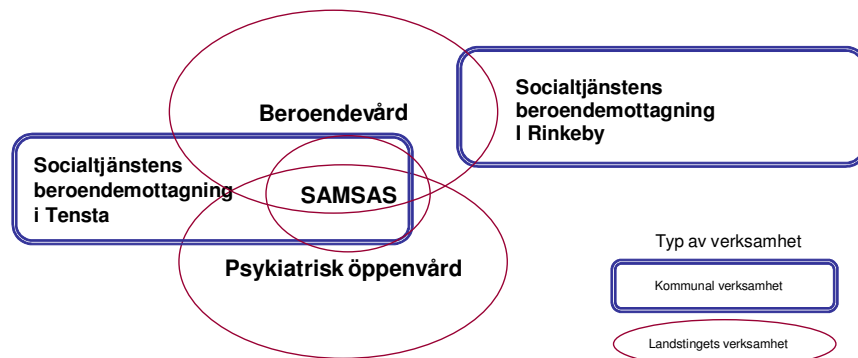
Vad kan främja samverkan?

Samlokalisering

Samlokalisering av verksamheter nämns av flera intervjuade som något som underlättar samverkan och också skulle kunna bidra till utredningar som godkänns av alla inblandade instanser. Att sitta under samma tak gör att man lättare förstår varandras verksamheter och kan hjälpa varandra för klienternas/patienternas bästa. För grupper med beroenderelaterade tillstånd har samlokaliseringen mellan SLL:s beroendevård och socialtjänstens samt SAMSAS verksamhet, där även psykiatrin ingår, lyfts som bra exempel. Den intervjuade vid SAMSAS pekar på att en av fördelarna är att man förstår varandra bättre:

Och då blir det ju den där sociala terminologin och medicinska terminologin. ... det är oftast den som är problemen har alltid varit mellan samarbete mellan olika socialtjänsten och landstinget att man vill detsamma men terminologin är så olika. Och nu slipper man det, därför att det blir inte dom diskussionerna.

Överlappningarna i figuren nedan visar vilka instanser inom kommunen och landstinget som samverkar inom ramen för SAMSAS.



Figur 2. Exempel på samverkan kring personer med psykisk och beroenderelaterad sjukdom

De tidigare familjecentralerna har lyfts fram som ett lyckat exempel på samlokalisering. Där fanns både landstings- och kommunala verksamheter representerade. BVC, MVC, socialtjänst, och öppna förskolan återfanns i samma lokaler som barnläkare och representant för BUP, och hade nära samverkan med föräldrarnas samtycke.

Tillgång till många olika yrkeskompetenser

Multidisciplinära team eller tillgång till många olika yrkeskompetenser vid samverkan kan behövas beroende på den många gånger komplicerade problematik som finns kring personer med sociala och medicinska besvär. Att aktörer med olika kompetenser och ansvarsområden arbetar tillsammans kring och med individer kan bidra till att positiva resultat snabbare uppnås och att onödigt lidande kan undvikas. Den intervjuade vid Integration, flyktmottagande och ungdomsinsatser säger:

Alltså om vi inte har den här samverkan med psykiatrin eller försäkringskassan alltså. Vi behöver ha kvar den. Så kan man ju säga. Det är ju viktigt för oss och där kan det ju finnas många olika resurser menar jag, olika kompetenser. När man inte kommer vidare och personen blir långvarigt bidragsberoende. Det är ju det vi vill undvika för det blir ännu mera ohälsa av det, faktiskt.

Vilja och möjligheter att samverka

Att samverkan är sanktionerat från ledningshåll är viktigt och kan vara ett pådrivande villkor. Den intervjuade vid Enheten för psykosocialt stöd säger till exempel:

Jag tycker vi har aktivt arbetat med det här, alltså försökt ha möten på högre nivå för att ha en bra samverkan och det tror jag, det känns liksom att det har gett resultat. Det har funnits i våra mål under året också att vi (...) ska redovisa att samarbetet fungerar. Det tycker jag att det gör nu.

Försäkringskassan uttrycker att samarbetet med arbetsförmedlingen har förbättrats i och med det regeringsuppdrag man haft sedan år 2000. Enligt detta strävar man efter att jobba tillsammans för att individen ska få den hjälp som behövs. Det finns en känsla av att man nu bättre lyckas hindra att hanteringen av personers besvär faller mellan stolarna, exempelvis personer som inte kan söka jobb själva på grund av medicinska skäl.

Att ha folkhälsoplanerare nämndes vid Social omsorg som ett bra sätt att "tvinga" landsting och kommun att tänka tillsammans kring hälsofrågor, för att minska social isolering och psykisk ohälsa bland annat.

Vid omorganisationer och förändringar i ägarförhållanden kan det uppstå oklarhet i hur man ska samverka. Intervjuerna i Rinkeby-Kista ägde rum under en turbulent tidsperiod för de flesta av verksamheterna. Det skedde t.ex. omfattande omorganisationer på flera håll ungefär samtidigt, ägarförhållanden inom vården ändrades och flera verksamheter flyttade till nya lokaler. Konsekvensen av alla förändringar blev att mycket av samverkan avstannade. En av de intervjuade vid socialtjänsten berättar dock att man fortsatt samverkan

med försäkringskassan på chefsnivå för att hålla liv i nätverket även efter omorganisationen, så att man är beredda den dagen samverkan kan återupptas.

Många av de intervjuade påpekar vikten av kontinuitet och att det tar tid att få till stånd god samverkan. Regelbundna träffar (samverkansmöten) på de olika organisationsnivåerna och med individen underlättar för att alla aktörer får samma information samtidigt. I övrigt uttrycks att samverkan fungerar väl när det finns tydliga kanaler för samverkan. Att mötas över organisationsgränser och gemensamt diskutera klienters/patienters situation, och gärna då individen själv kan delta, lyfts av flera aktörer som ovärderligt i arbetet. Det ger mer av en helhetsbild och därför större möjligheter att effektivare hjälpa individen, i synnerhet om de som samverkar dessutom har mandat att genomföra det man kommer fram till. En av de intervjuade vid öppenvård psykiatri säger att:

Det är ju lättare att samarbeta när man har suttit i en styrgrupp och haft ganska bra stämning och så. Då löser man ju så'na här problem lättare än om man liksom bara håller på och skickar remisser till varandra utan att ha något ansikte på personen. Så det har gett ringar på vattnet...

Hur kan strukturer för samverkan förbättras?

I detta avsnitt beskrivs frågor där de intervjuade ansåg att det behövdes förändringar och förbättringar för att underlätta samverkan mellan olika instanser, och kring individer.

Behov av gemensam "kravskiss"

Ibland har aktörerna som arbetar med personer med sociala och medicinska besvär olika definitioner och olika infallsvinklar beroende på vad som är deras huvudsakliga uppgift. Tydliga och gemensamma krav på vad utredningar kring patienter/klienter ska innehålla och hur de ska tolkas över organisationsgränserna underlättar vid samverkan. Flera av de intervjuade påpekar de onödiga kostnader och onödigt lidande för individer som uppstår när verksamheter underkänner varandras bedömningar och utredningar, exempelvis gällande arbetsförmåga. Bristen på gemensam "kravskiss" för de olika aktörerna leder till att man överprövar varandras bedömningar, anser bland andra en av de intervjuade vid socialtjänsten och önskar att det fanns en utredning som var giltig på alla olika myndigheter. Inte minst för individens skull som annars tvingas bli utredd flera gånger och kan behöva vänta länge på slutgiltiga beslut:

Jag skulle önska att vi olika myndigheter som ..., har samma typ av klienter på olika sätt ... skulle bestämma att om man har gått igenom dom här momenten och tittat, och det har varit personer med den och den utbildningsbakgrunden och erfarenheten som har gjort det. Alltså någon form av kravskiss, då ska det vara giltigt, det som har kommit fram. Oavsett om dom har varit hos mig, hos försäkringskassa... eller på arbetsförmedlingen eller psyk...

Samverkan reglerat i avtal

Även om de intervjuade vid verksamheterna i många avseenden är nöjda med samverkan omkring personer med sociala och medicinska besvär, visar också

intervjuerna på olika svårigheter i detta avseende. Hög arbetsbelastning är en faktor som har stor betydelse; när tiden är pressad kommer samverkan i andra hand. Det finns generellt en stor förståelse mellan organisationer för att det är svårt att samverka när arbetsbelastningen är för hög. Samtidigt försvårar det arbetet med patienter/klienter.

Den intervjuade vid en av vårdcentralerna beskriver att de tidigare haft bra rehabiliteringsmöten med uppföljning av ärenden med försäkringskassa, kommun, psykiatrisk mottagning och arbetsförmedling, men att dessa nu är lagda på is eftersom det inte finns tid. Från primärvårdens sida beskriver de också vid en av de intervjuade vårdcentralerna att den höga arbetsbelastningen försvårar samarbete med andra aktörer:

Det finns en väldigt enkel förklaring till en svårighet och det är att alla har mycket att göra. Det innebär att när ska egentligen jag ringa till någon? När hinner jag ringa? Jag har ingen tid att ringa till någon. Jag har en timmes telefontid om dagen, men då blir ju jag uppringd hela tiden och har egentligen ingen chans att ringa ut. Om det är någon patient som uteblir, så får jag tid att ringa och det är egentligen samma sak med de andra som vi samarbetar med och det är en brist ... Alla har väldigt pressat.

Många av de intervjuade skulle gärna samverka med primärvården i högre utsträckning än vad som sker idag, i allt från t.ex. antabusbehandling till information om vården till nyanlända flyktingar.

Flera aktörer lyfter upp betydelsen av att det uttryckligen står som ett krav i upphandlingen av tjänster att den nya utföraren måste samverka med andra aktörer, samt att det finns pengar som är avsatta enligt kravspecifikation. Den intervjuade vid social omsorg säger angående konkurrensutsättningar och privatiseringar att:

...utmaningen är, hur försäkras att samverkan kan komma till stånd för de klienter som inte kan förmå sig att knacka på dörren och komma till oss?

Godkända medicinska intyg

Något som försvårar arbetet kring individer med sociala och medicinska besvär är problem med medicinska intyg. Problemen kan vara att läkaren inte är godkänd hos försäkringskassan, att intyget är undermåligt, eller rent av att det saknas medicinska intyg. Ofta gäller detta svårutredda och svårbedömda ärenden där det finns psykiska problem i bakgrunden. Detta får effekter på möjligheterna att samverka. Budgetramar kan medföra att diagnoser blir en viktig faktor på så sätt att personer utan diagnoser riskerar att skickas vidare till annan verksamhet. En av de intervjuade vid socialtjänsten lyfter fram detta:

...alltså faktiskt tycker jag man måste säga i ärlighetens namn att alla värnar om sitt och de sina, och har man då inte en diagnos exempelvis, då är det lättare att säga, nej, nej men den hör inte till oss än i alla fall, kom igen när han har fått den här diagnosen.

Föreslagna modeller och strukturer för samverkan

- Samlokalisering när så är möjligt
- Individutredningar som kan godkännas av alla inblandade aktörer, för att därmed förhindra att individer ”vandrar runt” mellan olika instanser
- Team med yrkeskompetenser från flera olika verksamheter som samverkar omkring personer med socialmedicinsk problematik
- Reglera samverkan i avtal

Exempel på samverkansinsatser kring personer med sociala och medicinska besvär

I detta avsnitt redovisas sju exempel på samverkansinsatser som bedrivs i de kommuner som valdes ut till delstudien. Exempelen avser samverkan riktad till personer med sociala och medicinska besvär och som ofta faller mellan stolarna i sitt hjälpsökande. Vi har kategoriserat exemplen i tre kategorier: de två första exemplen handlar om *förebyggande eller stödjande verksamhet riktad till familjen*, följande tre exempel berör *rehabilitering och arbetsmarknadsinriktad verksamhet* och de två sista exemplen *stödjande och behandlande verksamhet till personer med psykisk sjukdom och missbruk*.

Förebyggande och stödjande verksamhet riktad till familjen

Familjecentralerna i Jordbro och i Brandbergen, Haninge

Familjecentralen (FC) är en mötesplats för familjer med små barn. Hälsöfrämjande arbete bedrivs i samverkan mellan landsting, kommun och svenska kyrkan. Vid Familjecentralen finns barnavårdscentral, öppen förskola och förebyggande socialtjänst. Syftet är att stärka friskfaktorer, arbeta förebyggande, lösa problemen när de är små och hitta hjälp hos olika myndigheter när det behövs. Syftet är vidare att erbjuda barn och familjer förebyggande hälsovård, social service och pedagogisk verksamhet samt uppmärksamma och följa upp barn i riskzon och stärka föräldrarollen. Hög grad av tillgänglighet präglar verksamheten. Familjecentralerna har även riktad verksamhet till bl. a. unga föräldrar, föräldrar som inte kan svenska och som har särskilda behov (23, 24).

Enhetschef och samordnare, socialsekreterare och förskolelärare arbetar på varje familjecentral tillsammans med BVC:s sjuksköterskor samt kommunens familjebehandlare. Samarbetet mellan aktörerna sker i det dagliga arbetet genom t.ex. föräldragrupper och språkgrupper. BVC erbjuder hälsovård till alla barn i åldrarna 0-6 år. Öppna förskolan är en mötesplats där barn och föräldrar kan träffas. Tillfälle ges till lek, sångstunder och att träffa andra. Arbetssättet är förebyggande. Mycket arbete sker kring att främja den tidiga anknytningen mellan barn och föräldrar (23, 24).

Socialsekreterarna erbjuder samtal, råd och stöd både enskilt och i grupp. Socialtjänsten inom FC hade år 2009 kontakt med drygt 90 familjer i Brandbergen och omkring 160 familjer i Jordbro. De stödjande kontakterna handlade om relationer, uppfostringsfrågor, nedstämdhet, dålig självkänsla m.m. Socialsekreterarna har också enskilda samtal med barn. Olika barngrupper bedrivs i kommunen för barn som upplevt våld i familjen, har föräldrar med psykisk ohälsa, skilda föräldrar eller föräldrar som missbrukar. Riktat arbete till asylsökande familjer samt familjer som fått uppehållstillstånd sker också på familjecentralerna. Detta arbete är en del i att stärka familjernas sociala nätverk (personlig kommunikation, Westerlund, 2010).

Utvärderingen (25), där särskilt måluppfyllelse inom familjecentralerna granskats visar att familjecentralernas verksamhet används av barn och föräldrar i närområdet och särskilt av familjer med yngre barn. Även barn och familjer som har problem med relationer nås. Föräldrarna är nöjda med bemötandet och tillgängligheten på familjecentralen och den verksamhet som erbjuds. I utvärderingen lyfts bl.a. fram att målen för verksamheten kan tydliggöras ytterligare.

Framgångsfaktorer

- Samlokalisering gör att man har nära till samarbetet. Engagemang hos de som arbetar och vilja att samverka.
- Intresse för verksamheten i olika beslutsled.
- Hög grad av tillgänglighet, öppenhet i verksamheten – mötesplats där man kan träffas.
- Hälsofrämjande arbetssätt, stärka det friska och lösa problemen när de är små är utgångspunkter som upplevs som positiva.

Utmaningar

- Osäkerhet med finansiering från år till år – anpassa verksamheten och samarbetsformer till den rådande ekonomiska situationen.
- Utveckla sociala insatser för att motverka och hålla nere placeringar utanför hemmet.
- Utveckla den riktade verksamheten t.ex. till föräldrar som har speciella behov.

Relationsvårdcentrum (RVC), Västerort, Stockholms län

Relationsvårdcentrum (RVC) är en råd- och stödverksamhet för personer över 18 år som varit utsatta för partnervåld och som gjort en polisanmälan vid Västerorts polismästardistrikt i Stockholms län. Samverkan sker främst mellan Stockholms stad, Sundbybergs stad, Ekerö kommun samt polismyndigheten i Stockholms län, åklagarmyndigheten och Länsstyrelsen i Stockholms län. Syftet är ett bättre omhändertagande av våldutsatta som gjort en polisanmälan om relationsvåld vid Västerorts polismästardistrikt. RVC erbjuder stödsamtal under brottsutredningen, rådgivning, information, praktisk hjälp som att fylla i ansökningar och följa med till domstolen, sjukvården, socialtjänsten o.s.v.

Verksamheten skulle bedrivas som en treårig utvecklingsverksamhet (år 2007-2009), men inom kort kommer ett beslut att tas om verksamhetens permanentning. Länsstyrelsen i Stockholms län har tillsammans med samverkande kommuner och Västerorts polismästardistrikt finansierat projektet hittills. Personalstyrkan minskade från tre till två socionomer under år 2010. Meningen är att verksamheten ska bestå av två socionomer vid eventuell permanentning. Socialsekreterarna är samlokaliserade med polisen.

Under åren 2007-2008 har RVC haft 435 klienter, ca. 500 stödsamtal, ca. 2000 telefonsamtal och 1800 samtal till våldutsatta. Samlokalisering av socialtjänst och polis gör att man har möjlighet att ge stöd snabbt och på detta sätt avlasta varandras verksamheter. Enligt utvärderingen som gjorts i tre delar, efter varje

verksamhetsår (26, 27, 28) fyller RVC en viktig funktion i att motivera de våldutsatta att medverka i rättsprocessen och lotsa dem vidare till mer långsiktigt stöd. Med projektet har socialtjänsten också lyckats nå kvinnor som annars är svåra att nå. Från samverkande parter sida har samverkan inneburit avlastning i den egna verksamheten samtidigt som de våldutsatta fått ett bättre stöd under rättsprocessen.

Framgångsfaktorer

- Tydlig projektidé som bygger på andras erfarenheter.
- Samverkanspartners står bakom projektet.
- Väl förankrat på alla nivåer, stort engagemang för frågorna.
- Samlokalisering gör samverkan enkelt då man sitter nära varandra.
- Snabb hjälp till de våldutsatta.
- Samverkanspartners avlastar varandra och har tydliga roller sinsemellan.

Utmaningar

- Hålla igång engagemanget.
- Avgränsa målgrupp och lotsa vidare.
- Många samverkande parter och byte av personal ställer krav på att intern kommunikation fungerar.
- Olika myndigheter har olika rutiner och resurser.
- Från projekt till permanent verksamhet.
- Hitta boende till de våldutsatta.
- Hitta stöd t.ex. terapi till de våldutsatta som behöver det mer långsiktigt.

Insatser med inriktning rehabilitering, arbete och sysselsättning

Samordningsförbundet i Huddinge och Botkyrka: Kugghjulsprojektet

Kugghjulet startades som en arbetsmodell vid Vårby vårdcentral år 2000. Därefter har fler vårdcentraler inkluderats successivt i arbetet både i Huddinge och i Botkyrka kommun. Projektet bedrivs via Samordningsförbundet i Huddinge och Botkyrka och arbetet bedrivs från vårdcentralerna. Syftet är att snabbt identifiera patienter som har multifaktoriell problematik, d. v. s. medicinska och sociala besvär och rehabilitera, förkorta sjukskrivningar och rundgång mellan myndigheter.

Patienter med över fyra veckors sjukskrivning remitteras till Kugghjulet. Vårdcentralerna har en nyckelroll i Kugghjulsmodellen. Ansvarig läkare ansvarar för att ingen behandling påbörjas innan en helhetsbedömning har gjorts. Bedömningen görs under Kugghjulsmöten där vårdgivande läkare och

handläggare från försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten går igenom ärendet. Därefter vidtas åtgärder för rehabilitering. Frågor som fokuseras är: vad är egentligen problemet och vem äger vilket problem. Flexibilitet präglar arbetsmodellen med mottot ”varje vårdcentral äger sitt Kugghjul”. Syftet är också att rätt ersättning skall betalas från rätt myndighet. Kugghjulet har anpassats under åren med de förutsättningar som uppstått i respektive organisation och i samhället i övrigt. Kugghjulet har i utvärderingar (29) visat sig bidra till minskat antal sjukdagar, samtidigt som de berörda aktörerna upplevt modellen som ett bra arbetsverktyg.

Framgångsfaktorer

- Anpassning av modellen utifrån de rådande ekonomiska och organisatoriska förutsättningarna – flexibilitet.
- Vårdcentralen som utgångspunkt – naturlig arena att nå de sjukskrivna.
- Engagemang hos de berörda aktörerna.
- Snabbhet att fånga upp patienter som har både medicinska och sociala besvär och ta upp med berörda aktörer.

Utmaningar

- Arbeta mot revirtänkande hos olika myndigheter.
- Få individen mer delaktig i Kugghjulsmetodiken; individen skall aktivt godkänna sin handlingsplan.
- Tydliga ekonomiska incitament för samverkan skulle underlätta.
- Bättre tillgång till sociala arenor där individer som står långt ifrån arbetsmarknaden har möjlighet att tränas upp arbetslivsinriktat.
- Fånga upp ärenden ännu snabbare.

Samordningsförbundet i Haninge: Resursrådet

Samordningsförbundet i Haninge arbetar via Resursrådet (startades under SOCSAM år 2003) med personer som inte får sina behov tillgodosedda inom befintliga verksamheter. Syftet är att efter en gemensam bedömning mellan olika berörda myndigheter (kommunens individ- och familjeomsorg och Arbetscentrum, primärvården inom landstinget, arbetsförmedlingen och försäkringskassan) föreslå åtgärder, initiera eller köpa insatser som underlättar deltagarnas återgång till arbete.

Målgruppen har under år 2009 bestått av 103 personer som tagits upp i Resursrådet för bedömning (personlig kommunikation med Halvarsson 2010). Många som deltagit i Resursrådets verksamhet har haft psykisk ohälsa och trassliga sociala förhållanden. De flesta som deltagit har haft ekonomiskt bistånd, en del har sjuk- eller aktivitetsersättning eller a-kassa. Remittering till Resursrådet sker av samverkande aktörer och den remitterande handläggaren är ansvarig att följa upp de insatser som initieras av Resursrådet. Resursrådet köper in rehabiliterings-, utbildnings- och arbetsmarknadsinsatser efter behov, t.ex. arbetsträning och arbetsförmågebedömning, körkortsutbildningar,

neuropsykiatriska utredningar, terapisaamtal och försäkringsmedicinska utredningar.

Av Resursrådets 87 deltagare som bedömdes fram till år 2007 hade 47 personer vid uppföljningstillfället (30) passerat 18 månader och 25 procent var inte kvar i någon offentlig försörjning. De bästa resultaten har uppnåtts med de personer som haft ekonomiskt bistånd eller a-kassa, få av dem med sjuk- eller aktivitetsersättning har ändrat sin ersättningsform. Det kan bero på att de har övergått till samverkan mellan arbetsförmedling och försäkringskassa och därmed fortfarande var kvar i försäkringskassans system när uppföljningen gjordes. Resursrådet har visat sig minska rundgången mellan myndigheterna och beskrivs som en ”kraftsamling kring de svåraste ärendena” där arbetet kräver långsiktighet (31, personlig kommunikation Halvarsson, 2010).

Framgångsfaktorer

- Gemensam bedömning mellan myndigheter minskar rundgången.
- Möjlighet att köpa in insatser (egen budget), behandling, utbildning, arbetsprövning m.m. efter behov.
- Teamets gemensamma kunskap om ordinarie verksamheter lotsar deltagarna ”rätt” i befintliga hjälpsystem.
- Individen sätts i fokus - delaktig om han/hon så vill när ärendet behandlas i Resursrådet.
- Arbetsgruppen sammansvetsad – närhet till varandra.

Utmaningar

- Hålla sig uppdaterad kring utbudet av insatser, behandling o.s.v. som motsvarar deltagarnas behov.
- Fördjupad kunskap om skillnaderna mellan grupperna när det gäller utfallet d.v.s. ingen offentlig försörjning – hur kan insatsen bli mer lyckad bland dem som uppbär sjuk- eller aktivitetsersättning.

SE-projektet – systematiska bedömningar och supported employment projektet, Botkyrka

I Botkyrka kommun driver Samordningsförbundet Botkyrka ett samverkansprojekt sedan år 2007: SE-projektet - systematiska bedömningar och supported employment projektet. Syftet är att ge stöd i relation till arbetsmarknaden till personer som har psykiska funktionshinder och stärka deras livskvalitet och självständighet. Målgruppen är personer som p.g.a. psykiska funktionshinder står långt ifrån arbetsmarknaden. Samverkan sker framförallt mellan landsting och kommun, men även mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Intresseföreningen för schizofreni och andra psykosjukdomar deltar också i projektet. Under hösten år 2010 tas beslut om projektets fortsättning.

Projektmetoden består av två steg: det första steget innefattar en funktionsbedömning gjord av en arbetsterapeut anställd av landstinget. I det

andra steget görs en insats som inspirerats av metoden Supported employment genom en arbetsmarknadskonsulent anställd av kommunen. När projektet startades arbetade arbetsterapeuten och arbetsmarknadskonsulenterna tätt ihop. Snart delades dock arbetet upp tydligare i dessa två steg. Supported employment metoden innebär att deltagaren och arbetsmarknadskonsulenterna tillsammans kartlägger deltagarens förutsättningar, behov och önskemål. Syftet är att deltagaren skall komma ut i en lämplig sysselsättning. Inledningsvis förmedlas en praktikplats. Deltagaren får omfattande stöd från arbetsmarknadskonsulenterna under praktikperioden utifrån behov. Arbetsmarknadskonsulenterna är också tillgängliga för arbetsgivaren om det uppstår behov under praktikperioden. Utifrån deltagarens behov trappas stödet ner successivt samtidigt som arbetstiden ökas successivt.

I genomsnitt omfattar metoden tre praktikperioder för deltagarna och pågår ca. 1,5 år. I november år 2008 hade 66 personer varit aktuella i projektet. Utvärderingen (32) visar att deltagarna upplevt bättre livskvalitet och ökad självständighet efter deltagandet. Under åren 2009 och 2010 har 17 ärenden avslutats varav ca hälften har gått till arbete/studier och hälften till fortsatt samverkansinsats inom arbetsförmedling och försäkringskassa (33).

Framgångsfaktorer

- Fungerande tät samverkan mellan landsting och kommun kring målgruppen ligger till grund för projektet.
- Välfungerande samverkan i projektgruppen.
- Fungerande samverkan kring de enskilda deltagarna hos olika aktörer.
- Engagemang för målgruppen hos olika aktörer.
- Individens behov i fokus.
- Tydliga avtal för samverkan.

Utmaningar

- Målgruppen har inte varit prioriterad när det gäller arbetsmarknadsinriktade insatser.
- Kräver långsiktighet.
- Bättre uppföljning av deltagarna efter projektiden.
- Implementera projektet till ordinarie verksamhet – beslut behöver tas.

Stödande och behandlande insatser till psykiskt sjuka och missbrukare

Södertäljemodellen

Samverkan påbörjades mellan landsting och kommun i samband med psykiatrireformen år 1995. Målgruppen var ursprungligen personer med långvarig och allvarlig psykisk sjukdom, t.ex. personer med psykos. Syftet har varit att bygga upp en samarbetsmodell utan murar och gränser mellan kommun

och landsting. En modell där individen sätts i fokus, där man inte skickar hjälpbehövande mellan olika myndigheter och där behovet av kontinuitet och långsiktiga kontakter uppmärksammas. Syftet har också varit att bygga upp en verksamhet som inte stänger ute de personer som har de svåraste psykiska funktionshindren. Tre rehabiliteringsenheter vänder sig till ca. 500 psykiskt funktionshindrade personer som bor i Södertälje, Salem och Nykvarn. Varje enhet har också en träfflokal med café. I träfflokalen erbjuds även olika former av strukturerad verksamhet (34).

Syftet med samverkan är att minska slutenvård och institutionsvård och ha nära till öppenvård och stödjande insatser där man bor. Personalen består av både landstingets och kommunens anställda. Samverkan har utvidgats också till allmänpsykiatri, till personer som har kontakt med allmänpsykiatri och behöver stöd från kommunen (för närvarande ca. 200 personer) och till unga vuxna med psykisk ohälsa som behöver samtidigt stöd från kommunen (ca. 200 personer). Samverkan har stöd i alla beslutsled bland medverkande parter och har pågått i ca. 15 år. Respektive huvudman anställer och bekostar sin personal. Kostnaden för vissa tjänster - till exempel receptionspersonal samt hyran för de gemensamma lokalerna och driftkostnaderna - delas mellan kommunen och landstinget (34). Principerna för fördelning av de gemensamma kostnaderna är fastlagda i särskilda avtal för respektive rehabiliteringsenhet och för psykiatriska beroendeteamet (35, 36). Samverkan sker även med psykiatriskt beroendeteam som har funnits i kommunen sedan 1990-talet och arbetar med personer med allvarlig psykisk ohälsa/psykisk sjukdom och samtidig beroendeproblematik.

Framgångsfaktorer:

- Individens delaktighet och behov i fokus.
- Samarbete och gemensam planering för att undvika s.k. rehabiliteringsgap.
- Strävan mot oberoende och normalisering.
- Stöd i öppenvård och eget boende för att undvika inläggningar i psykiatrisk heldygnsvård/institutionsvård.
- Flexibilitet.
- Tillgänglighet.
- Långsiktighet, samverkan kring målgruppen har pågått i 15 år.
- Samverkan har stöd i alla beslutsled.
- Tydliga avtal för samverkan.

Utmaningar

- Utveckla brukarinflytandet på rehabiliteringsenheterna genom att på ett ännu mera aktivt sätt få med brukarna i planering av verksamheten.
- Fortsätta att höja grund- och specialkompetensen hos medarbetarna.
- Förbättra informationen till brukarna.
- Utveckla och fördjupa samordnar-/case managerrollen.

ACT-teamet, Huddinge

ACT-teamet (Assertive Community Treatment eller uppsökande integrerad samhällsbaserad behandling) hjälper vuxna som är psykiskt sjuka och missbrukare och har komplexa vårdbehov. Tillkomsten av ACT- teamet föregicks av en intensiv planering och startades år 2005. Huddinge kommun och Stockholms läns landsting samverkar i teamet, som idag är en permanent verksamhet. Verksamheten leds av en styrgrupp som består av representanter från socialtjänsten, beroendevården, psykiatrin och regleras genom samverkansavtal. En lokal samverkansgrupp som har mandat att fatta beslut i aktuella ärenden träffas regelbundet.

Hittills har 35 klienter fått hjälp av teamet. Arbetet är långsiktigt och kontakterna med klienterna ofta fleråriga. Teamet består av fyra case managers med olika yrkesbakgrund som socialsekreterare, sjuksköterska, boendestödare och skötare samt en läkare. Syftet är att ta ett helhetsgrepp på klientens situation och samordna alla vårdkontakter. Behandlingen mot missbruk och psykisk sjukdom ska ske samtidigt. Arbetssättet är icke-konfrontativt och motiverande och fokuserar det friska hos klienten. Uppföljningen (37) visar att livskvaliteten hos klienterna har förbättrats. Drygt 80 procent av deltagarna har tagit sig ur ett aktivt missbruk varav drygt 30 procent är helt drogfria. Hälften av deltagarna har en förbättrad psykisk hälsa med mindre utnyttjande av psykiatrisk slutenvård.

Framgångsfaktorer

- Noggrann planering innan verksamheten startades.
- Ingen myndighetsutövning, stödjande arbetssätt med lång framförhållning.
- God förankring hos huvudmännen.
- Samordning och samtidiga insatser till klienterna ger resultat.
- Engagemang på olika nivåer.

Utmaningar

- Bygga upp förtroende och tillit hos målgruppen tar tid – arbetet långsiktigt och kräver uthållighet.
- Olika journal- och dokumentationssystem hos olika huvudmän ger extra jobb.
- Klienter har olika vårdplaner och behandlingsplaner hos olika myndigheter, en gemensam plan skulle underlätta, kräver förbättrad samverkan mellan olika aktörer.
- Liten personalgrupp, om t.ex. en i gruppen slutar, påverkar det även andras arbetssituation.

Faktorer som främjar en fungerande samverkan - sammanfattning

Det finns faktorer som lyftes fram i intervjuerna som grundstenar för lyckad samverkan. Strukturer och stöd i olika beslutsled togs upp som en grundförutsättning för samverkan. Viljan att samverka för målgruppen dels hos olika samverkanspartners och dels hos de berörda personalgrupperna är också en förutsättning. Samlokalisering underlättar om viljan att samverka finns. Tydliga avtal som reglerar samverkan är viktiga för kontinuiteten och legitimiteten att samverka. Gemensamma "kravskisser" och vård- och handlingsplaner mellan de olika aktörerna underlättar både för den som söker hjälp eller vård och de berörda aktörerna då rundgången mellan myndigheterna minskar. Ekonomiska incitament kan behövas för att få igång och upprätthålla samverkan mellan olika myndigheter.

Bland dem som har samtidiga sociala och medicinska besvär finns det många som behöver behandling och stöd under en lång tid vilket för med sig att insatserna riktade till dem bör vara långsiktiga. Det lyftes också fram att det underlättar om man kan ge stöd och behandling så tidigt som möjligt istället för att vänta tills besvären och problemen blir större. Gemensamt i de sju exemplen som togs upp var att individen med hjälpbehov stod i fokus och syftet var att hitta fungerande lösningar i situationen istället för att fokusera de enskilda verksamheternas ansvarsområden.

Diskussion

Syftet i studien var att studera behov och erfarenheter av insatser bland personer med sammansatta sociala och medicinska problem i Rinkeby-Kista och samla erfarenheter av insatser till dessa målgrupper också från andra områden i Stockholms län. I bostadsområden som är socialt och ekonomiskt utsatta, d.v.s. områden med hög omflyttning, där en stor andel av befolkningen är utlandsfödda, en lägre andel förvärvsarbetar, en hög andel är arbetslösa och ohälsotalen är höga blir grupperna av personer med sammansatta sociala och medicinska problem större än i andra områden. Detta medför att både individinriktade och befolkningsinriktade insatser kan behövas.

De individinriktade insatserna har individen i fokus och anpassas efter situationen och dennes behov. I en del fall kan det också handla om att stödja hela familjen runt omkring individen, inklusive barnen. Ett exempel på individinriktade insatser är case managers som kan bistå patienter när det behövs och fungera som kontaktpersoner till samhällsinstanser omkring individen.

Befolkningsinriktade insatser kan ha mer förebyggande karaktär med inriktning mot hela befolkningen eller bredare grupper. Boende, utbildning och sysselsättning är alla viktiga bestämningsfaktorer för hälsa och satsningar på dessa områden kan bidra till att minska ojämlikhet i ohälsa. Järvalyftet och Vision Järva 2030 är en satsning som Stockholms stad startade hösten 2007 i stadsdelarna kring Järvafältet, d.v.s. Akalla, Hjulsta, Husby, Kista, Rinkeby och Tensta (38). Staden beskriver det som en långsiktig investering för att förbättra levnadsvillkoren i dessa stadsdelar inom fyra huvudområden: 1) bra boende och en mer varierad stadsmiljö, 2) trygghet i vardagen, 3) förstärkt utbildning och bra språkundervisning och 4) fler jobb och ökat företagande. En rad partners samarbetar inom Järvalyftet, bl.a. bostadsföretag, näringslivet och föreningar. Satsningar av denna typ är viktiga komponenter i befolkningsinriktade insatser för förbättrade livsvillkor.

Befolkningsinriktade insatser kan också innefatta ökad tillgänglighet till tidiga psykosociala insatser för unga vuxna med oklara diagnoser, eller insatser via familjecentraler. Dessa insatser är viktiga också vad gäller förekomsten av mera allvarliga sociala och medicinska problem, eftersom de har potential att förebygga att lättare besvär övergår i svårare och mera långvariga problem. Befolkningsinriktade insatser och verksamheter fyller en viktig funktion för information, men kan även slussa personer med särskilda behov till andra instanser. Omfattningen av sådana insatser behöver motsvara behoven och bör alltså vara större i områden där dessa problem är vanligare.

Grupper med sociala och medicinska besvär

Intervjuerna med tjänstemän i Rinkeby-Kista visade på flera grupper med samtidiga sociala och medicinska besvär, bl. a. personer med sammansatt social problematik och medicinska symptom där diagnos saknas, personer med en komplicerad livssituation samt psykisk ohälsa (ångest, depression eller posttraumatisk stress) och personer med psykisk sjukdom i kombination med beroendeproblematik. Problemens omfattning skiljer sig också mellan grupper och individer, liksom möjligheterna till framgångsrika insatser.

Flyktingars hälsa är ett stort och viktigt område. Förutom risken för psykisk ohälsa och PTSD på grund av traumatiska upplevelser och stress och psykisk ohälsa i samband med själva migrationen (39), löper flyktingar en kraftigt ökad risk för ett flertal somatiska sjukdomar som hjärt-, kärlsjukdomar och diabetes (40). PTSD ökar dessutom risken för somatiska sjukdomar som metaboliskt syndrom (41) och kan störa språkinläring bland flyktingar (42). Riskerna kvarstår under en lång period, både för psykisk och fysisk ohälsa.

Behovet av åtgärder skiljer sig mellan grupperna, men en gemensam nämnare är oftast en svag eller obefintlig anknytning till arbetsmarknaden. Dessa grupper finns inte enbart i Rinkeby-Kista, området valdes som ett exempel för intervjuer med tjänstemän om vilka grupperna är och hur man idag samverkar kring dem. Såväl i Rinkeby-Kista som i övriga delar av Stockholms län varifrån exempel hämtats, finns exempel på framgångsrika samverkansinsatser för olika grupper. Framgångsrika insatser har delvis olika karaktär, men vissa gemensamma nämnare kan observeras.

Flera faktorer som främjar samverkan mellan olika aktörer lyftes fram i intervjuerna, bl. a. att det finns strukturer och stöd i olika beslutsled; vilja hos samverkanspartners och de berörda personalgrupperna att samverka; att samlokalisering kan underlätta samverkan samt behovet av tidiga insatser och långsiktighet. En annan viktig aspekt för framgångsrik samverkan är att utgå från och fokusera individen och hans/hennes hjälpbehov över verksamhetsgränserna. Detta gör det lättare att på bästa sätt stödja individen. En gemensam bedömning av individens förutsättningar och problem kan också minska rundgång och öka chansen till lyckad insats.

I vissa avseenden drabbar sociala och medicinska problem inte bara individen, utan också hans/hennes familj och barn, på ett negativt sätt. Om individen/familjen dessutom inte har ett optimalt fungerande socialt nätverk och stöd omkring sig uppstår en ökad sårbarhet och effekterna av individens sociala och medicinska problem kan bli extra kännbara, både för individen och familjen. Ur ett barnperspektiv är det viktigt att sociala och medicinska problem inte ”ärvs”. Människor som lever under ekonomisk osäkerhet upplever en ökad stress. Detta kombineras ofta med mindervärdeskänslor, skam och skuld orsakade av oförmågan att påverka sin situation (43, 44, 45).

Det är inte ovanligt att dessa erfarenheter förmedlas mellan olika generationer i familjen. Barn som växer upp i familjer under sådana förhållanden har större sannolikhet att följa samma väg som sina föräldrar. Ofta innebär det en kort och tidigt avslutad skolgång, tidigt och oplanerat föräldraskap, tidig övergång mellan skola och arbete, arbetslöshet, ekonomisk osäkerhet, brutna relationer o.s.v. (46) Individer i dessa positioner blir både mer exponerade för sociala stressfaktorer och samtidigt, på grund av effekten av tidigare negativa erfarenheter, mera sårbara för stressfaktorernas effekter. Erfarenheter av detta slag kan medföra en förstärkt negativ spiral och öka den totala effekten av stress på individen. Individen försöker ibland hantera denna situation av stress, ångest och osäkerhet med olika former av droger, initialt upplevda som avstressande (tobak, alkohol, narkotika), men som på sikt är skadliga för hälsan (46). I dessa fall är det särskilt betydelsefullt att samhällets insatser stödjer hela familjen, inklusive barnen, vilket belystes av flera av de intervjuade både i Rinkeby-Kista och i andra

områden. En ansats att åstadkomma detta är genom förebyggande insatser. Studier har också visat att det är vanligare att ha upplevt kränkningar i vissa sociala grupper än i andra. Kränkningar hänger samman med låg tilltro till samhällsinstanser (47) och kan bidra till sämre hälsa (48).

Förebyggande samverkansinsatser, uppsökande verksamhet

Förebyggande insatser är viktiga, inte minst de som är riktade till barn och familjer. Vid familjecentraler bedrivs hälsofrämjande och förebyggande arbete i samverkan mellan barnavårdscentralen, öppna förskolan, socialtjänsten samt andra aktörer. Familjecentralerna i Haninge som ingick i den här studien erbjuder barn och familjer vård, social service och pedagogisk verksamhet, men har även riktade insatser till unga föräldrar, föräldrar som inte kan svenska och som har särskilda behov. Familjecentraler kan också fungera som en kanal för att informera nyanlända flyktingar och invandrare om möjligheter till stöd och hjälp från samhället och stärka familjen i den nya livssituationen.

Framgångsfaktorer för verksamheten utifrån intervjun vid Familjecentralen i Haninge är bl. a. samlokalisering av de medverkande, engagemang och vilja att samarbeta, hög grad av tillgänglighet och öppenhet samt att familjecentralen utgör en fysisk mötesplats. Vidare utgår man från att stärka det friska och lösa problem när de är små – ett hälsofrämjande arbetssätt som uppskattas. Två familjecentraler har funnits även i Rinkeby-Kista och varit uppskattade verksamheter, men för närvarande saknas ekonomiska förutsättningar för att upprätthålla verksamheten. I intervjuerna påpekades att sociala insatser inom familjecentralen kan bidra till att motverka och hålla nere placeringar utanför hemmet och begränsa den totala samhällskostnaden för en familjecentral.

I flera av intervjuerna i Rinkeby-Kista påtalades också betydelsen av att befolkningen känner till och har tilltro till samhällsinstanser, för att få adekvat stöd. Att ordna mötesplatser för människor kan skapa arenor för information och utbyte samt öka kontakter och minska social isolering. Förebyggande och uppsökande verksamhet kan vara särskilt viktig i områden där andelen nyanlända utlandsfödda är stor, omflyttningen är hög och nätverk för information därmed inte är optimala eller saknas. Språksvårigheter och tidigare dåliga erfarenheter av myndigheter kan bidra till misstro mot samhällsinstanser, så att man avstår från att söka hjälp eller vård. I Rinkeby-Kista finns flera exempel på samverkan mellan offentliga aktörer och frivilliga organisationer, bl. a. inom socialtjänsten med olika frivilliga aktörer vid samhällsintroduktion för nyanlända flyktingar, och öppenvårdspsykiatrien med det somaliska hälsoteamet för att nå somaliska kvinnor för att diskutera psykisk ohälsa. I Södertälje och i Malmö har ”Hälsoskola” för nyanlända flyktingar varit ett framgångsrikt forum för att diskutera fysiska och psykiska reaktioner i samband med migration samt att introducera de nyanlända till hur hälso- och sjukvården fungerar i Sverige (49).

Förmågan att tolka symtom på ohälsa och sjukdom varierar stort liksom förståelse och attityder till olika typer av sjuklighet. ”Health literacy” är en engelsk term för begrepp som har fått allt större utrymme för att förklara skillnader i hur personer med olika kulturell bakgrund och med olika utbildningsnivå förstår sin egen hälsa, tolkar kroppsliga och psykiska symtom samt vilken konsekvens detta får för både prevention och förväntningar på vård

och behandling samt hur man söker vård (21, 50). Användning av enklare terminologi, förbättrad dialog och olika pedagogiska tekniker kan öka patienters förståelse för deras egen roll i behandling av sjukdom (50).

Flera faktorer samspelar när det gäller anpassningsförmågan, ”resilience” (att fungera bra under svåra förhållanden), (51) och graden av integration, som till exempel utbildning, arbetslivserfarenhet, familjesituation o.s.v. Inledningsvis, i samband med att en person beviljas uppehållstillstånd, upplever många individer en period av större välbefinnande under en övergångsfas, en sorts ”smekmånad” (52). Ohälsa kan komma i ett senare skede, och kanske inte alltid förknippas med händelser som har med flykten att göra.

I Rinkeby-Kista fanns tidigare Krismottagningen som förutom behandlingsinsatser till personer med psykisk ohälsa/sjukdom också kunde bidra med praktiskt och konkret stöd i personernas kontakter med andra samhällsinstitutioner, såsom vid asylärenden. Även SAMSAS och öppenvårdspsykiatrien fyller liknande viktiga funktioner för sina patienter/klienter. Primärvården har tidigare medverkat i förebyggande insatser, bl. a. kring flyktingar med posttraumatiskt stressyndrom och kvinnor med värtillstånd, tillsammans med socialtjänstens verksamhet Integration, flyktingmottagande och förebyggande ungdomsinsatser. Möjligheterna för primärvården att medverka uppgavs dock ha minskat de senaste åren.

Samverkansinsatser för arbete och sysselsättning

Brist på arbete och sysselsättning är ofta ett problem för individer med samtidiga sociala och medicinska problem. I rapporten redovisas flera exempel på framgångsrika samverkansprojekt och verksamheter på olika håll i länet som fokuserar olika grupper med denna problematik. De flesta inbegriper både landstinget (bl.a. primärvård, psykiatri), kommunen (ofta socialtjänsten) samt försäkringskassa och arbetsförmedling. Vissa insatser avser att tidigt fånga upp personer som har arbete men blir sjukskrivna, för tidig rehabilitering. Andra fokuserar på personer med sociala och medicinska besvär som länge varit utanför arbetsmarknaden, och deras gradvisa återgång i arbete. Ytterligare insatser är inriktade på att stödja personer med långvariga psykiska funktionshinder (med eller utan missbruk), antingen till ett arbete eller till ökad självständighet och förbättrad livskvalitet på annat sätt. Insatser av dessa slag kräver långsiktighet och befrämjas av personalkontinuitet. En viktig åtgärd är att skapa mötesplatser för människor, också för att minska social isolering.

Samverkan för stöd och behandling

Stöd till personer utsatta för relationsvåld är en annan typ av samverkan, mellan socialtjänst och polis, i verksamhet som kan ge stöd både till de individer som utsatts för våld och deras familjer. Relationsvåldcentrum i Västerort i Stockholm har haft en treårig utvecklingsverksamhet som varit framgångsrik. En verksamhet för våldsutsatta kvinnor finns även i Rinkeby-Kista.

I Rinkeby-Kista finns också verksamheter som ger stöd och behandling till personer med psykisk sjukdom och missbruk, bl. a. SAMSAS. På andra håll i länet finns andra goda exempel, såsom Södertäljemodellen i Södertälje och ACT-teamet i Huddinge. Gemensamt för insatserna är att genom samverkan mellan verksamheter i kommun och landsting främja individers delaktighet och

erbjuda stöd och behandling. Viktiga aspekter är tillgång till träfflokaler och regelbunden kontakt för att ge möjligheter till stöd. Personer med psykisk sjukdom och missbruk får samordnad behandling både mot missbruk och av den psykiska sjukdomen.

Kombination av insatser riktade till individer och till befolkningen

Denna rapport har genom intervjuer med tjänstemän i relevanta verksamheter med olika huvudmän belyst olika grupper av personer med sociala och medicinska besvär i Rinkeby-Kista. Området valdes som ett exempel på ett mera socialt och ekonomiskt utsatt område och intervjuerna visar att i områden av denna karaktär finns behov av samverkansinsatser både med bredare inriktning, till större grupper av befolkningen, och individinriktade insatser i samarbete mellan bl. a. kommun- och landstingsverksamheter. Behov av samverkansinsatser lyftes fram även vid intervjuer med tjänstemän i andra områden. De grupper av personer som de intervjuade nämnt inkluderar personer med sammansatt social problematik och medicinska symtom där diagnos ofta saknas; personer med en komplicerad livssituation samt psykisk ohälsa; samt personer med psykisk sjukdom i kombination med beroendeproblematik. Gemensamt för de flesta personer är att de varit arbetslösa eller sjuka en längre tid samt haft kontakt med socialtjänsten.

Exempel på samverkansinsatser redovisas både från Rinkeby-Kista och från andra områden som ingick i den tidigare Storstadssatsningen. Vissa gemensamma nämnare för framgångsrika samverkansinsatser redovisas. Gemensamt i de sju exemplen som togs upp var att individen med hjälpbehov stod i fokus och syftet var att hitta fungerande lösningar i situationen över verksamheternas ansvarsområden.

Utåtriktade och uppsökande verksamheter med hög tillgänglighet kan vara värdefulla i områden där behoven av stöd är stora men befolkningen inte har samma kunskap om och förtroende för samhällsinstanser som i andra områden. Att ordna mötesplatser för människor kan skapa arenor för information och utbyte samt öka kontakter och minska social isolering. Samverkansinsatser bör ha individens förutsättningar och behov i fokus. En gemensam bedömning av individens förutsättningar och problem kan minska rundgång och öka chansen till lyckad insats. Samverkan kräver strukturer och stöd för detta i olika beslutsled samt vilja till samverkan bland alla medverkande. Långsiktighet och uthållighet krävs när man arbetar med utsatta grupper. Tidiga insatser av mera förebyggande karaktär kan göra att man undviker senare, mer resurskrävande åtgärder.

Referenser

1. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, Lynne N, Marttila A, Sun S. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa. Enheten för socialmedicin och Enheten för hälsoekonomi, 2007. (Rapport 2007:5).
2. Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning. Uppsala: Almqvist & Wiksell, 1996.
3. Hälso- och sjukvårdslag 1982:763 [090605].
<http://www.notisum.se/rnp/sls/LAG/19820763.htm>
4. Folkhälsopolicy för Stockholms läns landsting [090605]. Stockholms läns landsting 2008.
<http://www.folkhalsoguiden.se/upload/folkh%c3%a4lsoarbete/Folkh%c3%a4lsopolicy%202008.pdf>
5. Handling för hälsa. Handlingsplan för landstingets folkhälsopolicy 2008 – 2010 [090605]. Stockholms läns landsting, 2005.
<http://www.sll.se/Handlingar/Landstingsstyrelsen/2008/ls080916/hplan0649.pdf>
6. Regelbok för husläkarverksamhet 2009 [090610]. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting, 2009.
<http://www.uppdragsguiden.sll.se/Hantera-avtal/Auktorisering--Vardval-Stockholm/Regelbocker-2009/Regelbok-for-huslakarverksamhet-och-basal-hemsjukvard-2009/>
7. Socialdepartementet. Regeringens proposition 2007/08:110. En förnyad folkhälsopolitik, 2008.
8. Socialdepartementet. Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser [100527], 2003.
<http://62.95.69.3/sfsdoc/03/031210.pdf>
9. Nationella nätverket för samordningsförbund [100604].
<http://www.nnsfinsam.se/naetverket-nns.aspx>
10. Jansson B, Hedman G. Svenska exempel på lokal samverkan mellan myndigheter. [100607], 2008.
<http://www.sou.gov.se/lokalservice/pdf/Sverige-rapport%20slutversion.pdf>
11. Andersson J, Axelsson R, Bihari Axelsson S, Eriksson A, Åhgren B. Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering – En sammanställning

- av kunskap och erfarenheter inom området. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV), 2010.
12. Socialstyrelsen. Samverkan för särskilt utsatta. Utvärdering av frivillig samverkan FRISAM. Linköping: LTAB Linköpings tryckeri AB, 2001.
 13. Danermark B, Germundsson P. Nya vägar till arbetsmarknaden – kvalitetssäkring av samverkan. Sundsvall: Kaltes Grafiska AB, 2007.
 14. Återrapportering samverkansmedel [100528]. Politikområde Ersättning vid arbetsförmåga – Återrapportering enligt regleringsbrevet, Försäkringskassan 2008.
http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/docs/fk_publishing/Dokument/Rapporter/svar_pa_regeringsuppdrag/rupp_42409_08_rapport_0808_finansiell_samordning.pdf
 15. Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur, 1997.
 16. Stockholms stads Utrednings- & statistikkontor AB på uppdrag av SLK. Har segregationen ökat i Stockholms stad? En studie om områdets sociala utsatthet. Stockholm: Stadsledningskontoret, Stockholms stad, 2006.
 17. Stockholms stads Utrednings- & statistikkontor AB, områdesfakta 2007, 2008 [090601]. <http://www.stockholm.se/OmStockholm/Fakta-och-kartor/Statistik-om-Stockholm-/Statistik-efter-amne/>
 18. Centrum för folkhälsa. Stockholms läns landsting. Folkhälsorapport. Folkhälsan i Stockholms län 2007. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, 2007.
 19. Behov av hälso- och sjukvård i Stockholms län utifrån ett befolkningssperspektiv [090601]. Avdelningen för Uppföljning och utveckling. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting, 2007.
http://www.sll.se/upload/Rapporter/behov_av_vardsept07.pdf
 20. Burström B, Hemmingsson T, Burström K, Corman D, Farah A, Gustavsson A, Jensen J, Sun S, Sundlöf P. Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län – öppna jämförelser 2010. Stockholm: Karolinska institutets folkhälsoakademi på uppdrag av Stockholms läns landsting, 2010. (Rapport 2010:4)
 21. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67:2072-2078.
 22. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, Beilby JJ. Health literacy: A new concept for general practice? Aust Fam Physician 2009;38:144-147.

23. Verksamhetsberättelse för familjecentralerna i Brandbergen och Jordbro 2008, Haninge kommun.
24. Verksamhetsplan 2010. Familjecentralerna i Brandbergen och i Jordbro. Haninge kommun.
25. Niklasson Laila. Måluppfyllelse inom familjecentraler – verksamhet i Jordbro och i Brandbergen. Haninge kommun, 2006.
26. Ekström V, Berg L. Utvärdering av Relationsvåldcentrum. Första verksamhetsåret. Ersta Sköndal högskola. Stockholm, 2008.
27. Ekström V, Berg L. Utvärdering av Relationsvåldcentrum. Andra verksamhetsåret. Ersta Sköndal högskola. Stockholm, 2009.
28. Ekström V. Utvärdering av Relationsvåldcentrum. Tredje verksamhetsåret. Ersta Sköndal högskola. Stockholm, 2010.
29. Engström L-G, Lundberg T, Pütsep M. Kugghjulet – Ett samverkansprojekt kring den ”vansklige patienten”. Värmlands läns allmänna försäkringskassa. Karlstad, Rapport nr 17, 1999.
30. Sjöstrand, KM. Resursrådet – förändring i försörjningsstatus efter 12 och 18 månader. Arbetsmaterial från Samordningsförbundet i Haninge 2009-06-06.
31. Nytt från Samordningsförbundet nr 3/april 2009 [100818].
<http://www.samordningsforbundethaninge.se/web/page.aspx?pageid=29077>
32. Björk C, Månsson Å. Arbetsinriktad rehabilitering. En utvärdering av projektet Systematiska bedömningar och Supported employment. Konkludo AB, april 2009.
33. Botkyrka kommun. Delårsredovisning av projektet ”Systematiska bedömningar och Supported employment” projektnummer 5288. April 2010. Arbetsmaterial 2010-05-05. Socialförvaltningen.
34. Forslund H. Södertäljemodellen – samverkan som startade med psykiatrireformen. Södertälje kommun. Arbetsmaterial 2009-08-18.
35. Södertälje kommun. Samverkansöverenskommelse kring missbruks- och beroendevård för vuxna. Arbetsmaterial 2009-04-06.
36. Södertälje kommun. Samverkansöverenskommelse mellan Södertälje kommun, Social- och omsorgskontoret och Psykiatricentrum Södertälje. Arbetsmaterial 2009-05-26.
37. Huddinge kommun. Social- och äldreomsorgsförvaltningen. ACT-teamet i Huddinge. Samlat stöd för personer med psykisk sjukdom och missbruk. Stockholms läns landsting och Huddinge kommun, 2009.

38. Vision Järva [090605]. <http://www.stockholm.se/Fristaende-webbplatser/Fackforvaltningssajter/Stadsledningskontoret/Jarvalyftet/Vision-Jarva-2030/>
39. Lindencrona F, Ekblad S, Hauff E. Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: The impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:121-131.
40. Kinzie JD, Riley C, McFarland B, Hayes M, Boehnlein J, Leung P, Adams G. High prevalence rates of diabetes and hypertension among refugee psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:108-112.
41. Heppner PS, Crawford EF, Haji UA, Afari N, Hauger RL, Dashevsky BA, Horn PS, Nunnink SE, Baker DG. The association of posttraumatic stress disorder and metabolic syndrome: A study of increased health risks in veterans. *BMC Medicine* 2009;7:1.
42. Söndergaard HP, Theorell T. Language acquisition in relation to cumulative posttraumatic stress disorder symptom load over time in a sample of resettled refugees. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2004;73:320-323.
43. Starrin B, Rantakeisu U, Hagquist C. In the wake of recession – economic hardship, shame and disintegration. *Scand J Work Environment and Health* 1997;23 Suppl 4:47-54.
44. Underlid K. Poverty and experiences of insecurity. A qualitative interview study of 25 long-standing recipients of social security. *Int J Social Welfare* 2006;15:1-10.
45. Wilkinson R. The impact of inequality. How to make sick societies healthier. New York: The New Press, 2005, pp 57-100.
46. Pearlin LI, Schieman S, Fazio EM, Meersman SC. Stress, health and the life course: Some conceptual perspectives. *J Health Social Behavior* 2005;46:205-219.
47. Irestig R, Burström K, Wessel M, Lynöe N. How are homeless people treated in the health care system and other societal institutions? Study of their experiences and trust. *Scandinavian Journal of Public Health* 2009;38(3):225-31.
48. Wamala S, Boström G, Nyqvist K. Perceived discrimination and psychological distress in Sweden. *Br J Psychiatry* 2007;190:75-76.
49. Ekblad S, Asplund M, Jaafar G, Johnson N, Linander A. Hälsoskola för nyanlända. *Invandrare och Minoriteter* 2009;6:40-41.

50. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, Beilby JJ. Health literacy: A new concept for general practice? *Aust Fam Physician* 2009;38:144-147.
51. *Capability and Resilience: Beating the Odds* [091022]. Edited by Professor Mel Bartley. UCL, Dep. of Epidemiology and Public Health, 2006.
<http://www.ucl.ac.uk/capabilityandresilience/beatingtheoddsbook.pdf>
52. Ekblad S, & Roth G: *Transkulturell psykiatri och flyktingpsykiatri*. I: (Herlofson J, Åsberg M, Ekselius L, Lundin A, Mårtensson B: red). *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur; 2008. s. 703-711.

Bilagor

Beskrivning av de intervjuade instanserna

Socialtjänsten Rinkeby-Kista; Ekonomiskt bistånd och arbetsmarknadsåtgärder (Enheten för stöd och rehabilitering och Enheten för arbetsmarknadsinsatser). Verksamhetsområdet Ekonomiskt bistånd och arbetsmarknadsåtgärder bedrivs genom fem enheter: 1) en mottagningsenhet, 2) Enheten för unga vuxna, 3) Enheten för nära arbete, 4) Enheten för stöd och rehabilitering och 5) Enheten för arbetsmarknadsinsatser. Verksamheten är den största i Stockholm med avseende på antal klienter och utbetalt bistånd. Målgruppen för Enheten för arbetsmarknadsinsatser är de som står så långt från arbetsmarknaden att de inte är aktuella för Jobbtorg. De erbjuds t.ex. arbetsträning vid en ramverkstad, ett utelager eller ett målarlag. Det finns också något som heter Husbygårdsteamet med bl.a. snickeriverkstad.

Enheten för stöd och rehabilitering riktar sig till dem som står långt från arbetsmarknaden av sociala och medicinska skäl. Enheten utreder om klienten har arbetsförmåga trots att han/hon t.ex. har en psykiatrisk- och/eller missbruksdiagnos och gör en bedömning av hur långt från arbetsmarknaden klienten kan anses vara samt vilka typer av insatser som behövs. De kan också remittera till en tioveckors evidensbaserad bedömning av arbetsförmågan (kallad "Hela människan") hos en extern aktör.

Socialtjänsten Rinkeby-Kista; Enheten för psykosocialt stöd

Vid enheten arbetar två gruppleadare och tolv socialsekreterare som kom från fyra olika enheter när Rinkeby och Kista slogs samman (unga vuxna, socialpsykiatri i Kista, vuxendelen i Rinkeby och socialpsykiatri och funktionshinder i Rinkeby). Socialsekreterarna är indelade i två grupper där den ena främst är inriktad mot unga (arton till tjugofem-trettioåringar) och den andra har hand om alla övriga.

Huvuddelen av klienterna har diagnoser för psykisk sjukdom, men enheten har även hand om unga vuxna utan psykisk problematik där det kan handla om t.ex. kriminalitet eller problem i hemmet istället. Verksamheten är främst inriktad mot boende och sysselsättning. Enheten ansvarar också för Sveriges största gruppboende för psykiskt sjuka.

Beroendecentrum Rinkeby (SLL)

Beroendecentrum har sin verksamhet i lokaler intilliggande socialtjänsten, som de har ett tätt samarbete med. De har t.ex. återfallspreventionskurser och planeringsdagar tillsammans med socialtjänsten. Två beroendeläkare, fyra sjuksköterskor och två mentalskötare arbetar vid verksamheten. För patienter som har både psykisk sjukdom och beroendeproblematik finns ett mobilt dubbeldiagnosteam med personal både från socialtjänsten och från landstingssidan. Teamet bedriver uppsökande verksamhet vid t.ex. härbärgen och hjälper patienter att komma till Beroendecentrum för läkarbesök eller depåinjektioner.

Rinkeby vårdcentral

Vårdcentralens arbete bedrivs traditionellt - med en extra resurs i form av en kurator som kommer och tar emot patienter en halv dag per vecka. De vanligaste hälsoproblemen bland patienterna är smärta, diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, depression och fetma.

Socialtjänsten Rinkeby-Kista; Enheten för integration, flyktingmottagande och förebyggande ungdomsinsatser

Enheten tar emot klienter som har beviljats uppehållstillstånd efter anvisning från Migrationsverket. Sex flyktingsekreterare arbetar vid enheten. Flyktingsekreterarna gör inledningsvis ett hembesök och skriver en introduktionsplan där det ska framgå om en person är aktuell för arbetslivet och svenskundervisning eller om annan planering är aktuell p.g.a. sjukdom till exempel. Mottagningen erbjuder också samhällsinformation i samarbete med t.ex. polisen, arbetsförmedlingen och andra aktörer. Verksamhetens främsta uppdrag är att flyktingfamiljen ska bli självförsörjande under en introduktionsperiod på arton månader och därför samarbetar man mycket med arbetsförmedlingen och Jobbtorg. Det finns också en kommunövergripande verksamhet som heter "Flytt till annan kommun" dit flyktingarna kan vända sig om de vill flytta till en annan kommun där det kanske är lättare att få en bostad. Rinkeby-Kista flyktingmottagning slogs ihop med Spånga-Tensta flyktingmottagning den 1 januari 2009.

Arbetsförmedlingen

Området som de intervjuade arbetar med kallas "klargöra och anpassa", d.v.s. att klargöra arbetsförutsättningarna hos de arbetssökande och sedan anpassa till arbete med hjälp av olika åtgärder. Det finns ett team med tre handläggare (arbetsförmedlare) som har tillgång till en grupp s.k. specialister. Specialistgruppen arbetar på internkonsultativ basis. Den består av en arbetspsykolog, en socialkonsulent och en arbetsterapeut som de delar med Spånga-Tensta (och har nu fått förstärkning av ytterligare en socialkonsulent). De får ärenden med socialmedicinsk problematik från arbetsförmedlarna och gör olika typer av utredningar. Ärendena kan också komma från andra arbetsförmedlingar eller från socialtjänsten eller vården i form av remisser och underlag. Det kan t.ex. resultera i en arbetssocial utredning som inkluderar bl.a. uppväxtvillkor, skolgång, missbruk, kriminalitet och arbetserfarenhet. Arbetspsykologerna gör arbetspsykologiska tester för att bedöma om de arbetssökande är arbetsföra. En av handläggarna tar emot arbetssökande med olika typer av funktionshinder där även socialmedicinsk problematik ingår. PTSD och fibromyalgi är andra vanliga diagnoser bland dessa arbetssökande. De åtgärder som erbjuds efter utredning är ergonomisk anpassning av arbetsplatser, lönebidrag, arbetsprövning, praktik, arbetsmarknadsutbildningar och förberedande yrkesutbildningar. Arbetsförmedlingen i Rinkeby stängdes den 30 juni 2008 och verksamheten flyttades över till Kista.

Försäkringskassan

Vid organisationsförändringen år 2008 infördes Nationella Försäkringscenter dit alla nya sjukfall kommer. Enheten som heter Tidig bedömning gör den första bedömningen i ett sjukfall. Om sjukfallet pågår mer än sextio dagar lämnas det över till ett av de Lokala Försäkringscenter (LFC) som gör en fördjupad utredning och planering för återgång i eller till att söka arbete. I den nya

organisationen är handläggarna uppdelade så att de arbetar mot stora arbetsgivare med samarbetsavtal, övriga anställda samt arbetslösa och egna företagare. Försäkringskassan har försäkringsmedicinska rådgivare (tidigare försäkringsläkare) som hjälper handläggarna att tolka läkarintyg och annan medicinsk information. Rådgivarna har även en utbildande roll och hjälper handläggarna att se när det behövs kompletteringar samt att föra en bra dialog med vården.

Enheten för sjukförsäkring Arbetslösa är en av sex s.k. ohälsoenheter vid LFC Stockholm City. Sedan februari 2008 tillhör Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta, Hässelby-Vällingby och Bromma en enhet för arbetslösa och en för anställda hos LFC City och kontoret i Rinkeby stängdes därefter.

Akalla vårdcentral

Vid intervjutillfället arbetade fyra läkare vid vårdcentralen, men från den 1 juli 2009, i samband med Vårdval Stockholm, skulle de bli två heltidsanställda och en halvtidsanställd läkare samt en ST-läkare. En psykoterapeut arbetar vid vårdcentralen en halv dag i veckan. Hjärt-, kärlsjukdomar och diabetes hör till vanligaste hälsoproblemen bland patienterna.

SAMSAS i Tensta (landstinget; psykiatrin och socialtjänsten; beroendevården)
SAMSAS är ursprungligen ett samarbetsprojekt som bedrivits med Miltonmedel och omfattat Beroendecentrum Stockholm, Allteamet, Spånga psykiatri och socialtjänsten i Rinkeby. Syftet var att ha ett mera lokaliserat omhändertagande av s.k. dubbeldiagnospatienter med sociala problem som inte fullföljde sina behandlingar, istället för att använda ett mobilt team. Patienterna behöver inte boka någon tid, utan kan komma när de själva vill mellan kl. 8.00-16.30. Vid intervjutillfället fanns det drygt tjugo aktuella patienter och de flesta var män i åldern 30-35 år. Fyra personer (sjuksköterskor och socialsekreterare) är verksamma i projektet och man arbetar enligt case managementmodellen. Läkaren är på plats en dag i veckan. Remiss till SAMSAS kan endast skrivas av beroendevården, psykiatrin eller socialtjänsten och patienterna ska höra till Spånga-Tenstas upptagningsområde.

Psykiatrisk öppenvårdsmottagning Rinkeby

Verksamheten privatiserades sommaren 2008 och hör till Praktikertjänst, men bedrivs i stort sett med samma personal som tidigare. Mottagningen har områdesansvar för Rinkeby-Kista och Spånga-Tensta vad gäller allmänpsykiatri (inklusive mellanvård) och psykosöppenvård. Man har arbetat med att öka tillgängligheten bl.a. genom att bedriva egen jourmottagning och byggt ut mellanvården. Tillsammans med socialtjänsten ger mottagningen en case managementutbildning för psykosomvårdnadspersonalen. De driver också ett projekt tillsammans med Enheten för psykosocialt stöd omkring gruppboendet för psykiskt sjuka i Akalla för målgruppen HIV-patienter samt har uppsökande verksamhet tillsammans med det somaliska hälsoteamet. Sin verksamhet beskriver man som transkulturell psykiatri.

Socialtjänsten Rinkeby-Kista; Social omsorg

Verksamheten riktar sig till barn och ungdomar under tjugo år i behov av stöd och skydd. Oftast är det skolan eller polisen som gör en anmälan om detta. Man samverkar med Rinkeby-Kistamottagningen när problemen rör missbruk och Kvinnofridsenheten när det handlar om våld och hot mot kvinnor. Vid

verksamheten ger man också stödinsatser till pappor som utövat våld, kallat Caring dads och utreder föräldraförmåga samt gör familjehemsplaceringar vid behov.

Introduktionsbrev till de intervjuade

2008-06-04

UTREDNING AV MEDICINSK RESURS

Verksamheten vid avdelningen för socialmedicin, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet (KI) är i stor utsträckning inriktad på bevakning av levnadsvillkor, hälsa och vårdutnyttjande bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Under 2007 presenterades en rapport baserad på senare års arbete ("Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län, SLL 2007:5"). Förutom att belysa dessa frågor baserat på enkät- och registerdata gjordes intervjuer med vissa grupper. Intervjuerna visar bl.a. behov av bättre samordning mellan myndigheter och behov av att utveckla en medicinsk instans.

Avdelningen har nu fått i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (Stockholms läns landsting) att utveckla förslag på fungerande och kostnadseffektiva sätt att arbeta med personer med socialmedicinska besvär på lokal bostadsområdesnivå i Stockholm. En huvudfråga är hur man bäst ska kunna stötta klient-/patientgrupper med den här typen av problematik. Resultatet av utredningen kommer att presenteras i en rapport som de medverkande, politiker och övriga beslutsfattare får ta del av.

Vi vänder oss därför till relevanta aktörer som på olika sätt arbetar med dessa grupper med en förfrågan om medverkan i en intervju. Intervjun innehåller verksamhetsinriktade frågor och frågor om möjliga åtgärder för att förbättra hälsan och kommer att ta ca. 1-1½ timme.

Med vänliga hälsningar,

Anja Schultz

Utredare
Avd. för socialmedicin
Inst. för folkhälsovetenskap
KI
Norrbacka, plan 2
171 76 Stockholm
Tel: 08-737 38 04

Malin Ahrne

Utredare
Avd. för socialmedicin
Inst. för folkhälsovetenskap
KI
Norrbacka, plan 2
171 76 Stockholm
Tel: 08-737 38 91

Bo Burström

Professor/överläkare
Avd. för socialmedicin
Inst. för folkhälsovetenskap
KI
Norrbacka, plan 2
171 76 Stockholm
Tel 08-737 38 16

*Frågeformulär (version till medicinska aktörer)***Enheten för Socialmedicin (Anja Schultz, Robert Irestig & Bo Burström)**

2008-10-08

**UTREDNING AV BEHOVET AV SOCIALMEDICINSK RESURS FÖR
PATIENTER MED EN STARK SOCIAL KOMPONENT I SINA
SJUKDOMSTILLSTÅND**

(Med social komponent avses missbruk, familjeproblem, ekonomi/arbetslöshet, socialt stöd eller liknande.)

1. Organisationen

Hur har ni organiserat arbetet med denna patientgrupp (olika vårdteam)?

Kan ni beskriva kort hur ni arbetar i dessa vårdteam? Placeras de patienter som har socialmedicinska besvär i ett särskilt vårdteam? Har organisatoriska förändringar påverkat ert arbete med denna patientgrupp? I så fall hur?

2. Patienterna

Hur många patienter brukar ni ha i genomsnitt per månad? Vilka insatser utöver de hälsomässiga erbjuder ni patienterna?

Hur stor andel av era patienter har socialmedicinska problem? Har dessa patienter stöd från samhället eller någon annan organisation utanför sjukvården? Vilka medicinska problem/hälsoproblem är de vanligaste bland era patienter i denna grupp?

3. Samverkan

Vilka är era viktigaste samverkanspartners?

Hur samverkar ni med Arbetsförmedlingen?

Hur ---- med Försäkringskassan?

Hur ---- med landstinget (primärvården, psykiatri, specialistmottagningar)?

När uppstår svårigheter med samverkan?

Hur uppstår svårigheter med samverkan?

Med vilka har ni svårigheter med samverkan?

Har ni exempel på när det fungerat bra med samverkan?

Har samverkan med olika aktörerna förbättrats eller försämrats under de senaste åren? På vilket sätt?

4. Behov av medicinsk resurs?

Finns det grupper av patienter som ni anser ”faller mellan stolarna”, skulle behöva mer insatser/hjälp? Vilken typ av stöd/hjälp/insatser erbjuder ni dem?

Hur skulle man bäst kunna stötta dem som ”faller mellan stolarna” av sociala skäl? Vilken typ av resurs/kompetens skulle behövas?

Ser ni något behov av ytterligare sociala insatser i primärvårdens arbete? Vad är det som fattas?

Hur skulle man organisera denna resurs - vem skulle vara huvudman? Hur mycket skulle de arbeta? Var skulle de arbeta?

Skulle de träffa patienter eller träffa personal?

Frågeformulär (version till icke medicinska aktörer)

Enheten för Socialmedicin (Anneli Marttila, Anja Schultz & Bo Burström)
2008-06-04

FRÅGOR – UTREDNING AV MEDICINSK RESURS - SOCIALTJÄNSTEN

1. Organisationen

Hur har ni organiserat arbetet med ekonomiskt bistånd (olika arbetsgrupper)?
Kan ni beskriva kort hur ni arbetar i dessa arbetsgrupper? Placeras de klienter som har hälsobesvär i en särskild grupp?
Sammanläggningen mellan Kista och Rinkeby – hur har det påverkat ert arbete med ekonomiskt bistånd?

2. Klienterna

Hur många klienter brukar ni ha i genomsnitt per månad? Vilka insatser utöver det ekonomiska biståndet erbjuder ni klienterna?
Hur stor andel är långvariga biståndstagare (mer än ett år)?
Hur stor andel av era klienter har sjukdom eller hälsoproblem? Har dessa klienter fast läkarkontakt (i primärvård, psykiatri, sjukhusmottagning)? Vilka medicinska problem/hälsoproblem är de vanligaste bland era klienter?

Finns det grupper av klienter som ni anser ”faller mellan stolarna”, skulle behöva mer insatser/hjälp? Vilken typ av stöd/hjälp/insatser erbjuder ni dem?

3. Samverkan

Vilka är era viktigaste samverkanspartners?
Hur samverkar ni med Arbetsförmedlingen?
Hur ---- med Försäkringskassan?
Hur ---- med landstinget (primärvården, psykiatrin, specialistmottagningar)?
Hur samverkar ni inom den egna organisationen (socialtjänsten)?
Kommunen i övrigt?
När uppstår svårigheterna med samverkan?
Hur uppstår svårigheterna med samverkan?
Med vilka har ni svårigheter med samverkan?
Har ni exempel på när det fungerat bra med samverkan?

Har samverkan med olika aktörerna förbättrats eller försämrats under de senaste åren? På vilket sätt?

4. Behov av medicinsk resurs?

Hur skulle man bäst kunna stötta dem som ”faller mellan stolarna” av hälsoskäl? Vilken typ av resurs/kompetens skulle behövas?
Vilka klientgrupper tänker ni speciellt på?
Ser ni något behov av ytterligare medicinska insatser i socialtjänstens arbete? Vad är det som fattas?
Hur skulle man organisera denna resurs - vem skulle vara huvudman? Hur mycket skulle de arbeta? Var skulle de arbeta?
Träffa klienter eller träffa personal?

2010-04-08

FÖRFRÅGAN TILL LANDSTING OCH KOMMUN OM SAMVERKAN KRING INDIVIDER MED MEDICINSKA OCH SOCIALA BESVÄR

Hej!

Vi arbetar med ett uppdrag från Stockholms läns landsting som handlar om *samverkan kring individer som har både medicinska och sociala besvär* och som ofta faller mellan stolarna i samband med myndighetskontakter. *Uppdraget avser de vuxna och unga vuxna (18 år och äldre inklusive deras familjer), viktigt är att det ska handla om/relateras till individer med både medicinska och sociala besvär.* Projektansvarig i detta arbete är Bo Burström, professor/överläkare vid Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för Socialmedicin.

Vi samlar information särskilt om lyckade samverkansinsatser och också kunskap kring vad som fungerat bra och vad som kan vara hinder i samverkan kring individer med både medicinska och sociala besvär. Jag undrar om ni har något/några exempel ni skulle vilja lyfta fram som sådana ”goda” exempel eller om ni har möjlighet att förmedla era erfarenheter av samverkan kring dessa grupper generellt? Vi är främst intresserade av *samverkan mellan kommun och landsting*, men också t ex Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Vi söker exempel på samverkansinsatser, både förebyggande/främjande och behandlande som *har följts upp på något sätt*. Det kan handla om samverkan som skett kring individen eller t ex mellan handläggare eller på strukturell nivå.

Vi skulle vara tacksamma om ni kan föreslå möjliga exempel på samverkansinsatser som ni bedömer som ”lyckade” och personer som jag kan kontakta för vidare information. Vi kommer gärna och intervjuar de personer som kan berätta mer om ämnet.

Med vänlig hälsning

Anneli Marttila
Utredare
Socialmedicin
Institutionen för folkhälsovetenskap
Karolinska Institutet
Norrbacka, plan 3
171 76 Stockholm
Tel: 08-524 83 669

2010-04-15

INTERVJUFRÅGOR – KUGGHJULSPROJEKTET – HUDDINGE OCH BOTKYRKA/SAMORDNINGSFÖRBUNDET

Kugghjulsprojektet

- Vad är Kugghjulsprojektet? Vad är målsättning med projektet?
- Vad är bakgrunden till projektet – varför startades det? Vem startade och var?
- Vilken målgrupp riktas projektet till?
- Innehållet i projektet? Hur arbetar ni?
- Hur skiljer sig Kugghjulsmetoden från det sättet man annars arbetar med på vårdcentralen med denna målgrupp?
- Hur länge har ni arbetat med projektet?
- Vilka arbetar med projektet?
- Vilka resultat har ni fått? Finns det uppföljning?
- Vilka styrkor finns i projektet?
- Vilka svårigheter/hinder har ni mött i ert arbete med Kugghjulsprojektet?
- Har projektet varit lyckat och på vilket sätt?

Samverkan

- Vilka aktörer samverkar i projektet? Hur finansieras projektet?
- Hur har samverkan fungerat?
- Vilka svårigheter/hinder har funnits i samverkan?
- Vad har fungerat bra i samverkan?
- Hur kunde man utveckla samverkan kring denna målgrupp?

Insats – ordinarie verksamhet

- Hur länge är Kugghjulsprojektet tänkt att bedrivas?
- Vad händer efter projekttiden är slut?
- Hur används den kunskapen/erfarenheterna ni har från projektet i fortsatt arbete med denna målgrupp?

Tabell 2. Bakgrundsfaktorer i några kommuner och Rinkeby-Kista jämfört med Stockholms län, andel (%).

| Förvärvsarbetande, boende i området | Andel (%) | Åldrar | År |
|--|------------------|---------------|-----------|
| Botkyrka | 71,0 | 20-64 år | 2008 |
| Haninge | 78,0 | 20-64 år | 2008 |
| Huddinge | 77,0 | 20-64 år | 2008 |
| Rinkeby-Kista | 56,4 | 20-64 år | 2008 |
| Södertälje | 73,0 | 20-64 år | 2008 |
| Stockholms län | 78,0 | 20-64 år | 2008 |
| Arbetslösa | Andel (%) | Åldrar | År |
| Botkyrka | 4,4 | 16-64 år | 2009 |
| Haninge | 3,1 | 16-64 år | 2009 |
| Huddinge | 3,3 | 16-64 år | 2009 |
| Rinkeby-Kista | 6,9 | 18-64 år | 2009 |
| Södertälje | 5,6 | 16-64 år | 2009 |
| Stockholms län | 3,1 | 16-64 år | 2009 |
| Sjuk-/aktivitetsersättn. | Andel (%) | Åldrar | År |
| Botkyrka | 9,1 | 16-64 år | 2008 |
| Haninge | 8,4 | 16-64 år | 2008 |
| Huddinge | 7,1 | 16-64 år | 2008 |
| Rinkeby-Kista | 11,4 | 19-64 år | 2008 |
| Södertälje | 8,1 | 16-64 år | 2008 |
| Stockholms län | 6,8 | 16-64 år | 2008 |
| Utrikes födda | Andel (%) | År | |
| Botkyrka | 36,5 | 2009 | |
| Haninge | 21,2 | 2009 | |
| Huddinge | 25,1 | 2009 | |
| Rinkeby-Kista | 55,6 | 2009 | |
| Södertälje | 30,7 | 2009 | |
| Stockholms län | 20,8 | 2009 | |
| Ekonomiskt bistånd | Andel (%) | År | |
| Botkyrka | 4,7 | 2009 | |
| Haninge | 4,3 | 2009 | |
| Huddinge | 4,2 | 2009 | |
| Rinkeby-Kista | 12,8 | 2009 | |
| Södertälje | 11,4 | 2009 | |
| Stockholms län | 3,8 | 2009 | |

*Källor:*Statens folkhälsoinstitut, *faktablad 2010, vår*.Stockholms stads utrednings- och statistikkontor AB, *Statistik om Stockholm, Områdesvis statistik, Områdesfakta, Statistik efter ämne, Statistisk årsbok för Stockholm 2010*.Regionplanekontoret, *Befolkningsutvecklingen 2009 i Stockholms län, Årsstatistik 2010 för Stockholms län och landsting*.Arbetsförmedlingen, *Arbetslösa och i program, andelar av befolkningen*.Socialstyrelsen, *Sveriges officiella statistik*.

Tabell 3. Hälsorelaterade faktorer i Rinkeby-Kista jämfört med Stockholms län, kvinnor resp. män, 18-84 år, andel (%)

| Andel i befolkningen | <i>Kvinnor</i> | | <i>Män</i> | |
|---|----------------|----------------|---------------|----------------|
| | Rinkeby-Kista | Stockholms län | Rinkeby-Kista | Stockholms län |
| Deltar i sociala aktiviteter | 44,1 | 58,3 | 54,7 | 60,5 |
| Motionerar och tränar regelbundet | 8,9 | 15,0 | 16,3 | 19,8 |
| Stillasittande fritid | 30,9 | 12,4 | 23,9 | 13,2 |
| Fetma (BMI \geq 30) | 17,3 | 9,3 | 10,8 | 10,0 |
| Dagligrökare | 21,7 | 17,5 | 24,0 | 15,2 |
| Risikonsumtion av alkohol | 6,9 | 7,5 | 20,5 | 20,4 |
| Långvarig begränsande sjukdom | 32,8 | 23,8 | 27,9 | 21,0 |
| Sämre än god självskattad hälsa | 47,2 | 28,0 | 30,6 | 25,4 |
| Nedsatt psykiskt välbefinnande enligt GHQ12 | 31,0 | 22,1 | 24,0 | 15,2 |

Källa: Stockholms läns landsting, *Folkhälsoenkät 2006.*

ISBN: 978-91-86313-55-5

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**