

Psykosvård mitt i samhället – en beskrivning av en nätverksmodell

Marie Askerstam¹ Maria Sundvall²

¹Sektionschef, socionom, Psykiatricentrum Södertälje, Södertälje sjukhus, 152 86 Södertälje. E-post: marie.askerstam@sl.se. ²Överläkare, specialist i allmänpsykiatri, tidigare Psykiatricentrum Södertälje, numera Transkulturellt centrum, S:t Görans sjukhus, plan 13, 112 81 Stockholm. E-post: maria.sundvall@sl.se.

Sedan psykiatrireformen 1995 har det förts en diskussion om brister i psykiatrin vad gäller innehåll och kvalitet. Artikeln beskriver en modell med samverkan mellan kommun och landsting, som byggts upp för att tillgodose psykiatrisk vård och en tillfredsställande social tillvaro för patienter med långvarig psykisk funktionsnedsättning. Den resonerar också kring i vilken mån den här modellen kommer de mest utsatta till godo och hur den påverkas av förändringar i styrsystem.

Since the reform of the mental health services was introduced in 1995, there has been a discussion on deficiencies of the quality and content of the mental health services. The article describes a model with cooperation between social services and county mental health services, which has been built to guarantee mental health care and satisfactory social conditions for patients with long-term mental disability. We also discuss to what extent the most vulnerable persons benefit from the model and how it is affected by changes in management control systems.

I samhällsdebatten förs det ofta fram kritik av psykiatrin för att den inte klarar av sitt uppdrag. Psykiatrin sägs vara svårtillgänglig, patienter hamnar mellan stolar och ingen myndighet tar ansvar. I spåren av mordet på utrikesminister Anna Lindh 2003 har det framförts att dessa brister hos psykiatrin leder till ökade risker för våld i samhället. Mot bakgrund av detta och andra våldsdåd tillsattes den nationella psykiatrisamordningen, som i sin utredning visserligen betonade att sambandet mellan just våldsbrottslighet och psykisk sjuk-

dom är svagt, men som också kritiserade en rad brister i psykiatrin. Den pekade på brister i innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården. Personer med psykisk funktionsnedsättning rehabiliterades inte till arbete. Samarbetet mellan landsting och kommun fungerade inte (SOU 2006:100).

I debatten har också de mest utsattas situation lyfts fram. Det har förts fram förslag om att socialläkarfunktionen bör återinföras för att minska glappet mellan sjukvård och socialtjänst, och

för att bevaka och förbättra utsatta gruppers situation (Halldin, 2011).

Begreppet ”de mest utsatta” kan tolkas olika, men utan tvekan kan stora delar av gruppen av personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning räknas dit. I psykiatriutredningen betonades att gruppen ”psykiskt störda” tillhör samhällets mest utsatta grupper med betydligt sämre levnadsförhållanden än hela befolkningen och i en del avseenden sämre än grupper med somatiska funktionsnedsättningar (SOU 1992:73). I Nationella psykiatrisamordningens utredning beskrivs att levnadsförhållandena för personer med psykisk funktionsnedsättning är generellt sämre än för befolkningen i stort. Det finns en undergrupp med mycket låga inkomster och vars sysselsättningsgrad är lägre än för alla andra grupper med funktionsnedsättning (SOU 2006:100).

I den här artikeln beskriver vi en modell som byggts upp de senaste 15 åren i Södertälje för att tillgodose behovet av psykiatrisk vård och en tillfredsställande social tillvaro för patienter med långvarig psykisk funktionsnedsättning. Vi resonerar också kring i vilken mån den här modellen kommer de mest utsatta till godo.

Modellens utformning

I samband med psykiatrireformen 1995 inleddes en dialog i Södertälje mellan den kommunala och landstingspsykiatrins företrädare på flera nivåer. Dialogen utgick från psykiatrireformens direktiv. I början sattes medvetet fokus på hur ett gott stöd till en fungerande vardag skulle se ut och man tog

sig tid att arbeta fram en gemensam grundsyn. Resultatet blev den s k Södertäljemodellen med samlokalisering av landstingets och kommunens enheter och med delat ledarskap.

Kärnan i Södertäljemodellen är de verksamheter som vänder sig till personer med psykosjukdom eller liknande problem. De består av tre behandlings/rehabiliteringsenheter (de s k gårdarna) med träfflokal och tillgång till personal på dagtid vardagar och vissa helgdagar. För målgruppens behov finns också samlade boenden på olika nivåer, en enhet för arbetsrehabilitering, ett gästhus med dygnetruntoende i akuta krissituationer, ett korttidsboende för utredning och bedömning av insatser, två heldygnsvårdsavdelningar och ett psykiatriskt beroendeteam. Inom rehabiliteringsenheterna finns också ett speciellt team som arbetar med personer som är nyinsjuknade i psykos. På senare år har arbetssättet också spritts till andra delar av verksamheten som Allmänpsykiatriska rehabiliteringsenheten och Mottagningen för Unga. Kommunen har de senaste åren kraftigt byggt ut stödet för återgång till arbetslivet, med utveckling av modellen ”supported employment/supported education” (Markström, Nygren & Sandlund, 2011).

De flesta av de drygt 500 patienter som för närvarande är inskrivna på gårdarna har diagnoser inom schizofrenispektret. Mellan 15 och 20 patienter per år aktualiseras i nyinsjuknadeteamet, som inte har någon väntetid utan omedelbart tar kontakt med patienten och dennes nätverk. Därutöver kommer

det varje år ca 30 till 40 patienter som redan har en psykosdiagnos; de kommer på remiss från primärvård, andra psykiatriska enheter, socialsekreterare m fl. Varje patient får två samordnare (case manager), en från vardera huvudman. Kring patienten och samordnarna upprättas ett team med bl a läkare och socialsekreterare som fattar myndighetsbeslut direkt på den lokala enheten. Insatserna planeras av patient och samordnare tillsammans. Planeringen görs bl a utifrån en skattning av patientens behov utifrån den sk CAN-skalan (Camberwell Assessment of Needs, Phelan et al., 1995) och mynnar ut i att en individuell rehabiliteringsplan upprättas. Alla gårdens resurser står till förfogande i arbetet med rehabiliteringsplanen. I det arbetet deltar läkare, sjuksköterskor, skötare, socionomer, psykologer, arbetsterapeuter och rehabassistenter/boendestödjare utifrån behov. Patientens övriga nätverk bjuds in till nätverksmöten. Stödet som erbjuds kan vara boendestöd, mediciner, utredning, daglig sysselsättning på olika nivåer, träning av kognitiva funktioner, grupper med psykopedagogiskt innehåll, familjesamtal, psykoterapeutiska insatser, anhörig- och patientutbildning enligt metoden PPI (Gardell et al., 1991) m m. Hembesök och uppsökande arbete för att motivera till kontakt liksom jour dagtid är självklara inslag i arbetet. För patienten ska det finnas en kontinuitet i kontakten från den långsiktiga rehabiliteringsplaneringen till möjligheten till hjälp vid akuta skov.

En grundtanke är att samverkan ska ske på alla nivåer från samordnarparet

till det delade ledarskapet på gården till den styrgrupp där ledningen från psykiatrin och kommunen regelbundet träffas.

Utvärderingar och rapporter

En tidig rapport om psykiatrireformens implementering i Södertälje identifierade framgångsfaktorer för modellen och betonade arbetet med att bygga upp dialog och relationer i en nätverksorganisation med en helhets-syn på uppdraget (Nilsson, 1998). I en uppföljande rapport konstaterades att modellen minskade de samhällsekonomiska kostnaderna för psykisk ohälsa, samtidigt som rapportförfattarna betonade att det fordras en ekonomisk satsning initialt för att genomföra en sådan modell (Nilsson & Wadeskog, 1998).

I en empirisk studie av Södertäljemodellen genomfördes intervjuer med samordnare om stödjande och hinderande faktorer i arbetet med följande behovsområden i CAN: dagliga aktiviteter, psykotiska symtom, pengar, interaktion med familj och anhöriga, droger och alkohol. Bland det som samordnarna särskilt lyfte fram var nätverksmötenas betydelse samt stödet från det specialiserade beroendeteamet. Studien visade också att patientnöjdheten enligt CAN-skalan för samma behovsområden stadigt ökade under perioden 1997/98–2008 (Hansson et al., 2010). Nätverksarbetet beskrivs som djupgående, och en framgångsfaktor som betonas är att det finns samordnare från respektive huvudman i kontakt med klienten. (Hansson, Övretveit &

Brommels, 2011).

I en utvärdering av nyinsjuknadeteamets verksamhet inom Södertäljemo-dellen under perioden 1997-2000 gjordes en jämförelse med en retrospektiv grupp. Det var fler patienter som enbart fick öppenvård (40 % jämfört med 15 % i den retrospektiva gruppen), medelvårdtiden blev kortare, neuroleptikaanvändningen första året lägre och andelen patienter som återgått i arbete efter ett år högre. Psykosociala skattningar visade också att patienterna i den prospektiva gruppen förbättrades påtagligt under första året. En patient- och anhörigenkät visade en positiv inställning till vård och bemötande i det nya behandlingsprogrammet (Götmark et al., 2003).

Det senaste regionala vårdprogrammet för schizofreni och andra psykosjukdomar lyfter fram Södertäljemodellen som ett exempel på en framgångsrik modell för samverkan. Vårdprogrammet hänvisar till Södertäljemodellen som ett sätt att förverkliga psykiatrireformens riktlinjer om de bägge huvudmännens gemensamma ansvar för att sätta behoven hos personen med funktionsnedsättning i centrum och skapa en helhetssyn på den enskildes situation (Stockholms läns landsting, 2008).

Speciella utmaningar

Hur har Södertäljemodellen nått ut till de mest utsatta i målgruppen? Har den lyckats förhindra att personer med stora behov fallit mellan stolarna? Har den tagit sig an de otillfredsställda vårdbehoven och svarat mot brukarnas önskemål?

En av de största utmaningarna är att ge ett gott stöd åt personer med såväl beroende- som psykosproblematik, patienter med s k dubbeldiagnos. Från modellens start fanns det bristande kunskap i personalgruppen på detta område, men flera utbildningsinsatser har genomförts under åren vilket lett till en ökad uppmärksamhet på frågan. Ett särskilt beroendeteam med ansvar för gårdarnas patienter inrättades, och utvidgades 2010 till att ta emot även allmänpsykiatrins patienter. Det finns ett samlat boende med tillgång till personal hela dygnet för personer med beroendeproblematik. Ändå är det fortfarande så att flera av dessa patienter är externt placerade på s k HVB-hem (Hem för vård och boende) av kommunen, därför att man inte klarar av att tillfredsställa behoven på hemmaplan. Tidigare inventeringar av antalet hemlösa i kommunen har visat att få av personerna med psykisk funktionsnedsättning varit helt hemlösa. Utan tvekan är det så att psykiatrin i Södertälje idag känner till fler personer med beroendeproblematik och risk för hemlöshet än före psykiatrireformen. Det finns en bättre kommunikation med socialtjänsten som har lättare att få till stånd psykiatriska bedömningar.

Det finns även en grupp av patienter med kombinerade problem, ofta neurokognitiva funktionsnedsättningar eller hjärnskador kombinerat med psykotiska besvär, som det har varit svårt att hjälpa inom Södertäljemodellen. Internationellt finns liknande erfarenheter av att en grupp av patienter inte klarar ett självständigt liv efter stängningen av mentalsjukhusen. I en tysk

studie intervjuade man patienter och personal vid slutna psykiatriska hem som byggts upp för "svårplacerade" patienter. Forskarna sammanfattade de faktorer som hade lett till att patienterna inte klarat sig utanför institutionerna: att det fanns ett stort behov av kontroll och övervakning av deras beteende, att de var mycket beroende av hjälp i det dagliga livet och att de hade ett uttalat antisocialt beteende och låg social funktionsnivå (Franz et al., 2010).

En grundtanke i psykiatriutredningen var att patienternas delaktighet skulle stärkas liksom anhörigas aktiva medverkan (SOU 1992:73, s. 204). Grunden för patientens/brukarens delaktighet i Södertäljemodellen är att han eller hon själv är med och formulerar sin rehabiliteringsplan. I årsstatistiken har andelen brukare som varit med och formulerat en egen rehabiliteringsplan ofta legat kring två tredjedelar. Det har varit svårt att få rehabiliteringsplanen att bli ett levande instrument som brukarna använder sig av och som efterfrågas av andra. Mot den bakgrunden har kommunens och landstingets psykiatri satsat på att utbilda personer i Case management-metoden och ge en kontinuerlig handledning med fokus på brukarnas delaktighet i sin planering. För att stärka delaktigheten har två brukarrevisioner genomförts varav den första hade fokus på rehabiliteringsenheterna inom psykosöppenvården. Brukarrevisionen följdes upp med arbetsgrupper bestående av brukare, anhöriga och personal med uppdrag att föreslå hur man skulle åtgärda bristerna. Ambitionen är att in-

bjuda anhöriga till nätverksmöten och utbildningar, och anhörigas delaktighet följs upp i årsstatistiken. Under det senaste året har gemensamma patient- och anhörigutbildningar enligt den s k PPI-modellen startats för brukare med psykos och deras anhöriga.

Det finns en ökad kunskap om att personer med psykos i betydligt högre grad än andra drabbas av allvarliga somatiska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar och för tidig död. I Södertälje var den fysiska hälsan något som uppmärksammades genom CAN-skattningarna. Fysisk hälsa visade sig vara ett av de få områden där personalen skattade mindre problem än patienterna själva. Det ledde till ett ökat fokus på fysisk hälsa med regelbundna hälsokontroller, motionsgrupper m m. Satsningen har avspeglat sig i senare CAN-mätningar, där patienterna skattar att de mår bättre somatiskt.

En utmaning är när samverkan måste utvidgas till fler parter. Ett förhållningssätt inom Södertäljemodellen är att inte skapa nya organisationer för nya problem utan att i första hand arbeta i nätverk med dem som berörs av frågan. Det har visat sig värdefullt, men det har ändå funnits svårigheter i kontakterna "över gränserna", t ex när myndigheter behöver samarbeta kring personer med såväl psykos som neurokognitiv funktionsnedsättning. Enligt ett tillägg till Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen 2010 ska landsting och kommun tillsammans upprätta en individuell plan när ena huvudmannen bedömer att insatser från bägge huvudmännen behövs.

Detta kommer förhoppningsvis att underlätta samverkan i fortsättningen.

Diskussion

Södertäljmodellen tycks ha lyckats förverkliga flera av de mål som ställts upp sedan psykiatireformen: bättre samordning av insatserna, bättre kontinuitet, mindre av bollandande med patienter i uppsplittrade vårdkedjor och tillfredsställelse av fler vårdbehov. Men det finns fortfarande brister i behandlingsutbudet och modellen möter utmaningar i omvärlden.

Således är det uppsökande perspektivet centralt i Södertäljmodellen, när man vet att någon far illa, oavsett om personen söker hjälp eller ej. Samtidigt har just den inriktningen utmanats av de senaste årens förändringar i styrningen av vården.

Teamen ger inte upp för att en patient med uppenbara behov av stöd drar sig undan, utan fortsätter att erbjuda hjälp och att lyssna på anhörigas oro och berättelser om förändringar i situationen. Men i Stockholms läns landsting har politikerna och beställarna prioriterat specifika produktionskrav, vilket kan bli ett incitament för att prioritera korta och enkla besök framför en uppsökande verksamhet som kanske under lång tid inte leder till att man får träffa patienten en enda gång och därmed inte får någon ersättning (Hansson, Övretveit & Brommels, 2011). Vi ser en risk att produktionstänkandet leder till en efterfrågestyrd, snarare än behovsstyrd, psykiatri.

På samma sätt som det är viktigt att

garantera att det finns ett utbud av metoder som är evidensbaserade, är det en risk att reducera verksamhetens innehåll till det som går att konstruera evidens för. En modell som den vi har beskrivit måste ses som en helhet med sociala, psykologiska och medicinska aspekter, och låter sig inte reduceras till en checklista av åtgärder.

Modellen har gjort skillnad för de mest utsatta inom målgruppen. Förutsättningen för det har varit en genuin samverkan mellan de två huvudmännen med deras respektive ansvar, samtidigt som man behållit tillgången till hela det utbud som kommunen respektive psykiatrin kan erbjuda medborgarna.

Att bevara det djupa samarbetet mellan socialtjänst och psykiatri på så många nivåer är en utmaning – särskilt i tider av resursbrist och produktivitets-tänkande. Frestelsen för psykiatrin att ”befria sig” från det sociala perspektivet kan då vara stor. Men det vore förödande. Psykiatrin måste vara social, om den överhuvudtaget ska kunna påverka de mest utsattas situation.

Referenser

- Götmark, H., Ohlsson, M., Öhlund, L., Askerstam, M. & Henriksson, M. (2003). Utvärdering av ett behandlingsprogram för nyinsjuknade psykopatienter. ”NIP-projektet” i Södertälje psykiatriska sektor. (FOU-rapport). Södertälje: Stockholms läns landsting.
- Franz, M., Meyer, T., Dubowy, M., Hanewald, B. & Gallhofer, B. (2010). Das Akkulieren „Neuer Langzeitbewohner” in klinikassoziierten psychiatrischen Heimen: eine Herausforderung für die psychiatrische Versorgung. [Accumulation of „New” Long-Stay Patients in Homes Being Part of Psychiatric Hospitals: A Challenge for Psychiatric Care.] *Psychiatrische Praxis*, 37(5): 240-247.
- Gardell, C., Jämting S., Orhagen T. & d’Elia G. (1991). Bättre familjestöd vid schizofreni med hjälp av psykopedagogiska program. *Läkartidningen*, 88(8): 616-7.
- Halldin, J. (2011). Socialläkarna – mellan sjukvård och socialtjänst. *Läkartidningen* 108(10), 551-552.
- Hansson, J., Övretveit, J. & Brommels, M. (2011). Case study of how successful coordination was achieved between a mental health and social care service in Sweden. *International Journal of Health Planning and Management*. doi: 10.1002/hpm.1099.
- Hansson, J., Övretveit, J., Askerstam, M., Gustafsson, C. & Brommels, M. (2010). Coordination in networks for improved mental health service. *International Journal of Integrated Care*, (10): e52.
- Markström, U., Nygren, U. & Sandlund, M. (2011). Arbete för alla? – införande och resultat av supported employment i en svensk kommun. En studie om rehabilitering till arbete för personer med psykiskt funktionshinder. Umeå: Socialpsykiatriskt kunskapscentrum i Västerbotten.
- Nilsson, I. (1998). Vi byggde nätverk. Psykiatireformen i Södertälje – ett lyckat epokskifte samt enstaka bilder från det nya folkhemmet. Järna: Institute for Socio-Ecological Economics.
- Nilsson, I. & Wadeskog, A. (1998). Vårdkedjor, psykiatireformen och ekonomi, fallet Södertälje. Slutrapport – utgåva 1.1. Järna: Institute for Socio-Ecological Economics.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T & Strathdee, G (1995). The Camberwell Assessment of Needs: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167(5): 589-95.
- SOU 2006:100. Ambition och ansvar: nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder: Slutbetänkande. Stockholm: Fritze.
- SOU 1992:73. Valfärd och valfrihet: service, stöd och vård för psykiskt störda: slutbetänkande. Stockholm: Allmänna förl.
- Stockholms läns landsting. (2008). Regionalt vårdprogram. Schizofreni och andra psykossjukdomar. (2. rev. uppl.) Stockholm: Stockholms läns landsting.