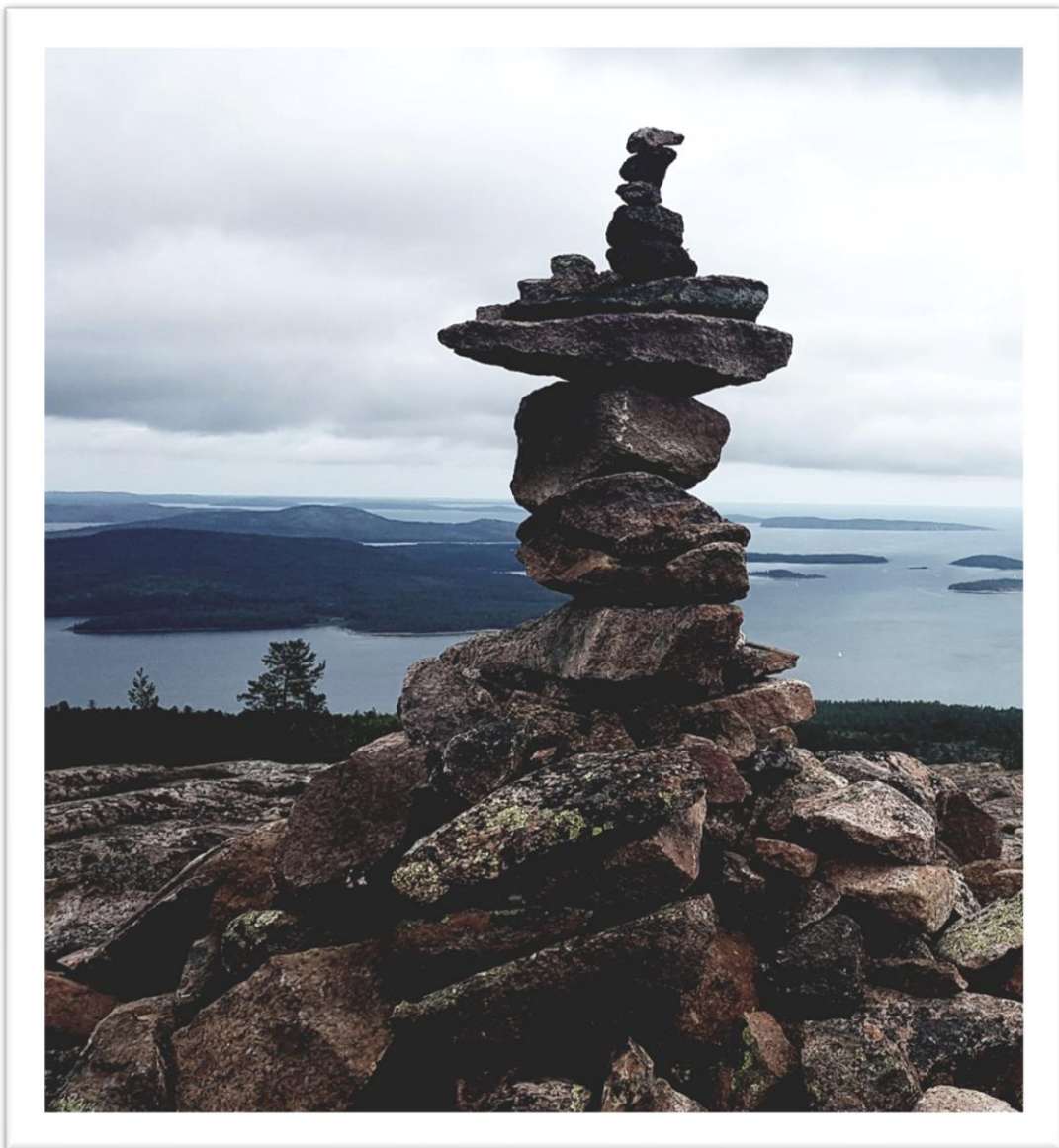


# Integrerade arbetssätt

*vid psykisk ohälsa och/eller samsjuklighet*





## Bakgrund

Gruppen individer som har både missbruk och psykisk ohälsa har en allvarlig problematik med bland annat ökad risk för suicidförsök och suicid, och behandlingsutfallet är vanligtvis sämre än för andra grupper. Målgruppen kräver samverkan mellan socialtjänst och sjukvård, vilket även är reglerat i lagstiftningen. Mellan regionen och de ingående kommunerna finns ett hälso- och sjukvårdsavtal och en överenskommelse. Framför allt är samverkan viktig för att individen ska få rätt insatser utifrån sina individuella behov. För de som har både psykosjukdom och substansberoende är en avgörande faktor att åtgärder för den psykiska sjukdomen ges integrerat med åtgärder för beroendesjukdomen. Integrerad behandling är mer gynnsamt än sekventiell eller parallell psykiatrisk behandling inom psykiatri och missbruksbehandling inom missbruksvården. Alla dessa modeller förutsätter att olika verksamheter samarbetar, vilket kräver tydliga rutiner, exempelvis för kontaktvägar och dokumentation. Enligt nuvarande regler är det inte möjligt med gemensam dokumentation för hälso- och sjukvårdsåtgärder och socialtjänstens insatser. Men om individen samtycker till att information överförs mellan verksamheter finns det inga juridiska hinder för det. Därför är det mycket viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten skapar rutiner för överföring av information mellan verksamheter och för att fråga patienter och brukare om samtycke till detta (Socialstyrelsen 2018; Socialstyrelsen 2019).

Dels är de så kallade integrerade modeller vilka kräver en tät samverkan mellan i första hand socialtjänst och psykiatri, men också med försäkringskassa, arbetsförmedling och andra aktörer som brukarorganisationer och arbetsgivare. De brukar också beskrivas som komplexa modeller, på så sätt att de till skillnad från exempelvis en avgränsad terapiform som kan utföras av en enda professionell, snarare representerar en typ av program som består av ett flertal professionella som ska kunna erbjuda olika insatser utifrån brukarnas behov. I och med detta innebär en implementering av dessa modeller att nya arbetsgrupper eller team behöver byggas upp för att kunna utföra det praktiska arbetet. Dessutom anses modellerna ligga väl i linje med moderna strömningar där social inkludering, återhämtning och personcentrerad vård värderas högt (Markström & Lindqvist, 2015).

## Samsjuklighetsutredningen

*Regionen och kommunerna i länet ska gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet för personer som har behov av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras (SOU 2021:93).*

Syftet med verksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor. Verksamheten ska ha en gemensam ledning och styrning. Personalen ska arbeta mot gemensamt uppsatta mål för att säkerställa samordning av insatser för deltagarna i verksamheten. Den föreslagna lagstiftningen styr inte vilka metoder eller modeller för integrerad vård som ska användas i verksamheten. Med begreppet integrerad vård avses i detta sammanhang att ett vård- och omsorgssystem länkas samman i syfte att skapa



kontinuitet för personen som får insatser. Det finns flera evidensbaserade metoder för sådan integrering av insatser till målgruppen, såsom ACT och FACT, men det är upp till regioner och kommuner som ingår i regionens område att avgöra vilken kunskapsbaserad metod som är lämplig för verksamheten. Verksamheten ska bedriva hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta innebär att de ska bedriva verksamhet enligt hälso- och sjukvårds och socialtjänstlagstiftningen, vilket även gäller för den samordnade vård- och stödverksamheten. Insatser i verksamheten ska ske i öppen form, men kan i vissa fall vara riktade till personer som befinner sig i heldygnsomhändertagande inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Insatserna i verksamheten är frivilliga men ett motiverande arbete kan behöva ske för att förmå personer i målgruppen att ta emot hjälp (SOU 2021:93).

Det är upp till huvudmännen att säkerställa att de invånare som har behov av insatserna också erbjuds det. Det finns en risk att förslaget kan leda till mer centralisering av framförallt sådana insatser som i dag ges i kommunen. För att det inte ska innebära en försämring för enskilda som tillhör verksamhetens målgrupp, är det viktigt att verksamheten, när det är möjligt och lämpligt, kan arbeta mobilt och flexibelt och finnas där deltagarna befinner sig (SOU 2021:93).

Det finns i både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen krav på att regioner och kommuner ska ingå överenskommelser om samverkan, dels kring personer med psykisk funktionsnedsättning, dels kring personer med ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. I samsjuklighetsutredningen konstateras också att krav på överenskommelser inte hittills åstadkommit tillräckliga förbättringar när det gäller samverkan inom skadligt bruk- och beroendområdet. Överenskommelserna finns inte överallt trots lagkravet, och reglerar i liten grad finansieringen och ansvaret för faktiska insatser. Av det drar vi slutsatsen att kravet på överenskommelser inte är en reglering som är tillräcklig för att möta behoven hos personer med de största samordningsbehoven.

## Men räcker det inte med SIP?

Det finns en rad bestämmelser i svensk lagstiftning som åligger olika välfärdsverksamheter att planera sina insatser för den enskilde. Av särskilt stor vikt är bestämmelserna om individuell plan (2 kap. 7 § socialtjänstlagen och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen). Bestämmelserna om individuell plan i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen utvärderades på initiativ av socialutskottet 2017. Utvärderingen såg en rad utmaningar kring arbetet med individuella planer som till exempel bristande tid och kunskap, bristande samsyn mellan aktörer och otydlig ansvarsfördelning när det gäller vem som gör vad i upprättandet av planer och genomförande av insatser. Samsjuklighetsutredningen beskriver utifrån sina dialoger med personer med samsjuklighet och anhöriga erfarenheter av individuell planering. Där har det bland annat framförts att man kan känna sig ensam i mötet med ett stort antal myndighetsföreträdare och att möjligheten att sätta upp egna mål är begränsad. Ibland upplevs det vara organisationernas behov av ekonomisk ansvarsfördelning, snarare än den enskildes situation, som hamnar i fokus. Detta har även framförts av patient och brukarorganisationer inom området. Utredningen mötte personer med samsjuklighet och anhöriga som beskrev hur den individuella planen har bidragit till att de fått



en mer samordnad vård och omsorg. Sammantaget tycker flertalet personer utredningen pratat med att det är positivt med ett krav på att en individuell plan ska upprättas, men att det inte fungerar i praktiken. Representanter i samsjuklighetsutredningens expertgrupp och personer som arbetar i vård och omsorg har lyfte även att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens olika språkbruk och mandat i många fall försvårar en bra samverkan kring enskilda personer (SOU 2021:93)

Samsjuklighetsutredningens slutsats av de utredningar och uppföljningar som har gjorts är således att bristerna när det gäller mandat, roller, arbetssätt och den enskildes ställning är så stora att det krävs andra regleringar och strukturer för att möta samordningsbehoven hos individer där de är som störst och där de själva har begränsade möjligheter att svara för samordningen. Utredningen menar att förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet fyller det behovet. Utredningen menar att en individuell plan ska upprättas för personer som får insatser i den samordnade verksamheten. Vi anser att planen kan bidra till ett arbete utifrån den enskildes mål när den upprättas inom ramen för en verksamhet där många av insatserna ges i samma organisation.

### Förutsättningar för en fungerande integrering – oavsett form – Samtycke hos patienten/brukaren

Alla modeller/metoder/arbetssätt eller organisationsformer beskrivna ovan förutsätter att olika verksamheter samarbetar. Detta kräver i sin tur tydliga rutiner, exempelvis för kontaktvägar och dokumentation. Nuvarande regelverk gör det inte möjligt med gemensam dokumentation för hälso- och sjukvårdsåtgärder och socialtjänstens insatser. Men om individen samtycker till att information överförs mellan verksamheter finns det inga juridiska hinder för det. På grund av detta är det viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten utvecklar rutiner för överföring av information mellan verksamheter eller huvudmän, vilket i sin tur kräver rutiner att fråga patienter och brukare om samtycke till informationsöverföring.

## Nationella riktlinjer

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för **missbruk och beroende** rekommenderas att hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder case-management i form av integrerade eller samverkande team enligt ACT-modellen till personer med missbruk och beroende och samtidig svår psykisk sjukdom. Riktlinjerna rekommenderar även att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska erbjuda individuell case manager i form av strengths model till personer med missbruk och beroende med behov av samordning. Detta är en modell som fokuserar på individens förmågor och där case-managern arbetar uppsökande, men modellen har en lägre grad av intensitet och samordning än ACT-modellen. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden enligt vetenskapliga studier bidrar till ökning av antalet dagar med betalt arbete och kan bidra till avhållsamhet från alkohol och narkotika (Socialstyrelsen 2019).

Även i de nationella riktlinjerna för vård och behandling av **schizofreni och schizofrenliknande tillstånd** rekommenderas att case management genom ACT-modellen erbjuds dem med



omfattande funktionshinder och nedsatt förmåga att delta i vård och medverka i samhällslivet. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden enligt vetenskapliga studier bidrar minska antalet dagar på sjukhus och ökar boendestabiliteten jämfört med vanlig vård (Socialstyrelsen 2018).

## Integrerade arbetssätt eller integrerad verksamhet - Begreppsdefinition

**Begreppet integrerade insatser** - syftar vanligtvis på insatser som ges av ett multiprofessionellt team, vilket oftast (åtminstone i en svensk kontext) innebär att flera huvudmän behöver integreras för att kunna erbjuda insatserna (Bergmark, 2017).

**Integrerade verksamheter** - personal som arbetar tillsammans, på samma enhet, men är anställda av olika huvudmän.

**Integrerade arbetssätt** - ett aktivt uppsökande arbetssätt, gör hembesök, mobila, multiprofessionella - består av flera olika professioner som arbetar tillsammans.

## Olika former av integrering

### Integrerade verksamheter

Det finns inte exempel på särskilt många olika typer av integrerade verksamheter (enligt definition ovan) att lyfta. De absolut tydligaste exemplen är de familjecentraler och ungdomsmottagningar som finns i landet. Men för målgruppen som denna rapport gäller finns det färre tydliga exempel på där man valt att integrera arbetet fullt ut i en gemensam verksamhet. Ett exempel värt att lyfta finns dock och en kort beskrivning av detta följer nedan.

#### *Gemensamt HVB (Värmland)*

Ett exempel på en integrerad verksamhet på området skadligt bruk beroende och psykisk hälsa är det gemensamma HVB-hem som finns i Värmland. Riddarnäset är ett länsgemensamt HVB-hem där Region Värmland och länets alla kommuner samarbetar. HVB-hemmet drivs av Värmlands läns vårdförbund.

- Huvudman för Riddarnäset HVB är Värmlands läns vårdförbund.
- Riddarnäset bedrivs i samarbete med Region Värmland, BUP, är huvudman för hälso- och sjukvårdsverksamheten, anpassad till målgruppens behov (barnpsykiatri).
- Verksamheten ska bedrivas med personal som har lämplig utbildning och erfarenhet såsom behandlingspedagoger, psykolog, sjuksköterskor och läkare på enheten.
- Enhetschef för HVB är tillika föreståndare för verksamheten och tillika enhetschef för hälso-och sjukvården på Riddarnäset.



Riddarnäset ska erbjuda ungdomarna ett individualiserat och planerat stöd, omvårdnad, kartläggning, utredning och behandling utifrån sitt riskbruk, missbruk/beroende och/eller med tillhörande normbrytande beteende i kombination med neuropsykiatriska funktionsvariationer (NPF) eller andra psykiatriska problem. Ungdomarna och i förekommande fall anhöriga ska få verktyg och övriga förutsättningar till att hantera riskbeteenden, beroende och andra normbrytande beteenden/psykosociala problem. Arbetet tillsammans med den unge ska ske i nära samarbete med socialtjänsten, skola och anhöriga. Vi förutsätter att planering av vad som ska ske efter tiden på HVB kommer i gång tidigt under vistelsen på Riddarnäset. Verksamheten ska ha ett fokus på hälsa och psykiskt mående. Vi behöver ha särskilt fokus eventuell samsjuklighet och hur den påverkar den unge. Här har Riddarnäsets personal ett särskilt ansvar för att se till att ungdomarna får adekvat vård (som är möjlig på Riddarnäset) eller blir remitterade till annan vårdgivare (<https://varmlandsvardforbund.se/riddarnaset>).

Gemensamma HVB-hem är en fråga som diskuterats i och med samsjuklighetsutredningens förslag och om detta skulle vara av intresse så är Riddarnäset ett exempel som är värt att titta på. Riddarnäset lyfts även av SKR som ett exempel på integrerad verksamhet (SKR 2024).

### Integrerade arbetssätt

Att arbeta integrerat i form av teamarbete där medlemmarna i teamet har olika professioner och arbetar mobilt och uppsökande är betydligt vanligare än integrerade verksamheter. Detta är troligtvis för att det ställer lägre krav på organisatoriska förändringar och samtliga teammedlemmar behöver nödvändigtvis lägga all sin arbetstid på teamarbetet utan kan även ha andra uppgifter i "ordinarie" verksamhet. Nedan följer exempel på olika typer av integrerade arbetssätt.

#### *MGT – Myndighetsgemensamma team*

Att arbeta i myndighetsgemensamma team är en typ av samordning eller integrering av verksamhet som går att hitta i flera delar av landet. Liv Nordström gjorde 2022 en utvärdering av de myndighetsgemensamma team man startat genom Samordningsförbundet i Södertälje. Syftet var att utarbeta och pröva en form av samverkan som skulle fungera som ett komplement när ordinarie samverkansalternativ för att få människor närmare arbetsmarknaden är prövade och inte fungerar eller räcker till (Nordström 2022).

Utifrån en omvärldsanalys, där erfarenheter från andra samordningsförbund samlats in, ville Samordningsförbundet i Södertälje forma, utveckla och pröva ett myndighetsgemensamt team (MGT) som skulle utgöra en struktur för samverkan över myndighetsgränser med fokus på helhetslösningar för individerna. Det myndighetsgemensamma teamet skulle möjliggöra en gemensam information och planering mellan myndigheterna, och tillsammans med individen skulle representanterna bygga upp en helhetslösning baserat på kunskap och information. Teamet skulle under ett år utveckla arbetssättet och samtidigt utvärderas för att eventuellt utvecklas till en mer långsiktig satsning med stöd av samordningsförbundet. Bakgrunden är behovet av bättre samordning mellan myndigheterna kring personer som har en komplex problematik och som riskerar att falla mellan stolar och bli bollad mellan myndigheterna. Ett myndighetsgemensamt team, där representanter från myndigheterna arbetar tillsammans med individen, skulle kunna komplettera befintlig samverkansstruktur genom att löpande arbeta med samsyn,





kunskapsöverföring och individuella lösningar i de fall ordinarie alternativ är prövade och inte fungerar eller räcker till (Nordström 2022).

**Teamet** träffas en dag varannan vecka och består av representanter från kommunen (Arbete och försörjning), Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och vården (Vårdcentral och psykiatri).

**Målgruppen** är personer som behöver ett samordnat och/eller ett fördjupat stöd och när ordinarie insatser och samverkan redan är prövade t.ex. personer vars ärende går runt i systemet, personer som varit sjuka lång tid, personer som står långt ifrån arbetsmarknaden osv. Ambitionen är att främja återgång och inträde i arbete/studier för personer som befinner sig en bit från arbetsmarknaden och där samordning mellan olika myndigheter krävs. **Övergripande mål** för MGT (Samordningsförbundet Södertälje, 2022):

- Involvera medborgaren i sin process för att främja återgång och inträde i arbete/studier.
- Hitta gemensamma lösningar utifrån möjliga vägar fram.
- Främja ökad kunskap och förståelse för verksamheternas ansvar och uppdrag för att skapa bättre och tydligare flöden, arbetsgång och processer.
- Stödja handläggaren för fortsatt planering
- Identifiera brister i samverkan runt målgruppen

Ärenden remitteras till teamet genom en aktualisering hos respektive representant. Alla som arbetar hos någon av samordningsförbundets medlemmar och möter målgruppen kan remittera till MGT. Remittenten ansvarar för att förbereda deltagaren, dokumentera mötets resultat samt följa upp mötet med deltagaren. Ett möte med MGT ska vara frivilligt, och individen ska ha lämnat sitt samtycke innan ärendet aktualiseras. Mötet följer en särskild struktur där fokus ligger på deltagarens aktuella situation och önskemål. Resultatet beror på syftet och i vilket skede mötet med MGT sker t.ex. klargöra alternativa vägar, sprida information, en sammanhållen planering eller hjälp att välja nästa steg (Nordström 2022).

*Case management, Resurgrupps Assertive Community Treatment – RACT & Vård- och stödsamordning*

Case management (CM) är ett samlingsnamn för flera typer av stödmodeller som ska fungera som ramverk för att dels se till att en individ får tillgång till de vård- och stödinsatser som hen behöver, dels bidra till att insatserna ger bästa möjliga effekt och att individen därmed kan leva ett så självständigt liv som möjligt. Samtliga modeller av CM har en vård- och stödsamordnare (case manager) med en koordinerande funktion med ansvar för att utredning, planering och adekvata insatser genomförs och följs upp med patienten eller brukaren. En komponent i arbetssättet är hur man involverar den närmaste gruppen runt individen. Inom många verksamheter i Sverige bildar man en så kallad resursgrupp, där brukaren väljer vilka som ska ingå i gruppen. Gruppen träffas regelbundet och hjälps åt att arbeta i riktning mot de mål som brukaren sätter upp. En vanlig sammansättning är brukaren, en vård- och stödsamordnare från psykiatrin respektive socialtjänsten, läkare, närstående och eventuella övriga som brukaren väljer, exempelvis



handläggare från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller en god man (Socialstyrelsen 2017 & Socialstyrelsen 2019).

### *Individual Placement and Support - IPS*

IPS är en modell som designats för att stödja människor med allvarlig psykisk sjukdom till att kunna få och behålla arbete. Modellen kallas ibland för "den evidensbaserade varianten av Supported Employment". IPS-modellen fokuserar på att deltagaren tidigt i processen ska komma ut i arbete, och har blivit känd för sin "anställa och sedan träna-approach". Detta innebär att det inom IPS-metodiken inte finns behov av screening av arbetsförmåga och anställningsbarhet. Inom mer traditionella rehabiliteringsprogram är det vanligt att fokusera på träning i första hand, för att därefter bedöma om individen är redo för en anställning på en arbetsplats. Stöd enligt IPS-modellen innebär istället att deltagaren direkt får stöd av sin så kallade arbetsspecialist, vilken är nyckelpersonen i IPS. Arbetsspecialisten är ofta en arbetsterapeut eller socionom, eller någon med liknande uppdrag inom psykiatri eller kommun. Stödet ska vara personcentrerat, och ges uteslutande utifrån de principer IPS-modellen är uppbyggd kring. I korta drag handlar det om att arbetsspecialisten först bygger upp en fungerande relation där deltagaren är den som i första hand styr utformningen av stödet. Relationen mellan arbetsspecialisten och deltagaren är det som ses som bärande, och utifrån deltagarens vilja och mål med arbete på den öppna arbetsmarknaden ger arbetsspecialisten stöd så länge deltagaren vill det (Bergmark 2017).

Till arbetsspecialistens uppgifter hör bland annat att integrera IPS med den psykiatriska vården, försäkringskassan och arbetsförmedlingen, samt att utveckla en relation med arbetsgivaren för att göra arbetslivet så optimalt som möjligt för deltagaren. Enligt ett antal randomiserade kontrollerade studier är IPS effektivare än andra insatser för att stödja individer ur målgruppen i att förbättra sina chanser till arbete (Bergmark 2017). Ett hinder som har rapporterats när det gäller att implementera IPS i Sverige är att det för en hög programtrohet krävs att socialtjänst och psykiatri etablerar en nära samverkan, eller i princip smälter samman sina insatser till ett gemensamt team. Detta är något som har visat sig vara väldigt svårt att åstadkomma. Dessutom har Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen betydelsefulla roller när det gäller att omsätta IPS-principerna i praktiken, vilket har försvårat implementeringen ytterligare då modellen utmanar deras existerande regelverk och traditioner (Bergmark 2017).

### *Assertive Community Treatment - ACT*

ACT-modellen beskrivs som en evidensbaserad, högintensiv variant av så kallad Case Management (CM). Generellt förväntas en case manager hålla kontakt med sina brukare, bedöma deras behov, och tillse att behoven tillgodoses. Insatser där case managers ansvarar för ett begränsat antal brukare som de också förser med högintensivt stöd, brukar kallas för Intensive Case Management (ICM). ACT-modellen är uppbyggd av en rad beståndsdelar, och ICM-verksamheter i vilka dessa ingår kan benämnas som ett ACT-team. ACT har sitt ursprung i behandlingsprogrammet Training in Community Living, vilket beskrevs redan 1980. ACT-team erbjuder stöd i medicinering, boende, privatekonomi och vardagsproblem, och uppges förutom minskad sjukhusvård leda till ökad stabilitet i brukarnas boendesituation samt även minskad symptombelastning och en förbättring i livskvalitet. Teamen består av personal med olika utvalda professioner, som psykiatriker,





sjuksköterskor och socialarbetare. Dessutom förutsätts teamen ha tillgång till specialister inom missbruksbehandling och arbetsrehabilitering. En annan utgångspunkt är att brukarna ska ha stöd tillgängligt dygnet runt, alla dagar i veckan (Bergmark 2017; CEPI 2015).

Enligt flertalet randomiserade kontrollerade studier genomförda i Nordamerika, Europa och Australien är ACT effektivare än traditionellt stöd när det gäller att minska sjukhusvård, förbättra chanser till anställning, samt att minska hemlöshet och avhopp från behandling. Liksom när det gäller IPS anges att ju noggrannare programmets principer följs (det vill säga hög programtrohet), desto bättre blir utfallet (Bergmark 2017; CEPI 2015).

Dock har ett flertal hinder som försvårar en effektiv implementering rapporterats även för den här modellen. Till exempel beskrivs svårigheter att finansiera den omfattande modellen, samt de problem det innebär att sprida ett program som kräver ansenlig samverkansförmåga och dessutom har ett organisationsmönster som skiljer sig från den medicinska sektorn, som potentiella hinder. Förutom implementeringssvårigheter har resultaten av ACT-studier inte varit konsekventa, och dessutom har modellens överförbarhet till andra länder än USA ifrågasatts. Ett flertal studier har inte kunnat påvisa att ACT skulle vara mer effektivt än mindre intensiva CM-insatser. Trots de inkonsekventa forskningsresultaten har ACT blivit erkänd som en modell med starkt forskningsstöd om den används i en lämplig kontext och riktar sig till en passande målgrupp. I flera västländer ses modellen som en grundläggande del i utbudet av samhällsbaserade psykosociala insatser (Bergmark 2017).

Trots att ACT har funnits tillgängligt under många år, enligt ett flertal studier har visat på bra resultat, och dessutom har getts högsta prioritet i nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2018 & 2019), har modellen alltså inte funnit någon stabil förankring i det svenska välfärdssystemet.

### *Flexibel Assertive Community Treatment- FACT*

FACT-modellen (flexible assertive community treatment). Denna modell har betoning på flexibiliteten i hur intensivt stöd brukaren får. När en brukare behöver mer intensivt stöd skrivs hen upp på en så kallad FACT-tavla, och tas om hand av hela teamet. När personen mår bättre tas hens namn bort från FACT-tavlan, och en vård- och stödsamordnare i teamet sköter den fortsatta kontakten med honom eller henne. Samma team erbjuder mer eller mindre intensiv vård- och stödsamordning utifrån brukarnas behov. FACT tycks vara enklare att implementera i det svenska välfärdssystemet än den mer intensiva formen ACT. De olika modellerna (ACT & FACT) för att samordna insatser skiljer sig åt vad gäller intensiteten i kontakten, graden av samordning, graden av delat beslutsfattande som tillämpas samt vård- och stödsamordnarens roll i de behandlande och rehabiliterande insatserna. Intensiteten i kontakten med brukaren påverkar hur resurskrävande insatserna är. I ett ACT-team är riktmärket 10 brukare per teammedlem, medan man i mindre intensiva former av case management, eller om man växlar mellan intensivt och mindre intensivt stöd, kan ha 25–30 brukare per teammedlem.

Detta arbetssätt är utvecklat i Holland där man efter att ha introducerat traditionella ACT-team upptäckte svårigheter kring koordination mellan olika vårdenheter och att det blev långa behandlingsepisoder för patienter knutna till teamen. Tanken bakom FACT är att i stället för att skapa särskilda team för de cirka 20 % som är i behov av ACT, bygga in denna funktion i ett team



som även inkluderar de 80 % som inte vid en viss tidpunkt behöver ACT. Det finns också erfarenheter som visar att bland de 80 procenten som vanligtvis fungerar ganska väl finns patienter som periodvis kan behöva ACT-insatser. Samtidigt finns det bland de 20 procenten som är klara kandidater för intensiv CM de som periodvis inte behöver ACT. Detta kräver en flexibilitet som innebär att man inom ett team måste kunna öka eller minska insatserna utan att patienten behöver byta vårdinstans. Dessutom kan man då behandla ett större antal patienter inom ett och samma team (CEPI, 2015).

Ett genomsnittligt FACT-team i Holland innehåller 7 heltidsanställda CM (sjuksköterskor, socialarbetare, missbruksspecialister), 0,8 psykiater, 0,6 psykolog och 0,5 IPS-specialist. Teamet ansvarar för mellan 200-220 patienter inom ett definierat geografiskt område. Patientgruppen som vårdas innehåller vanligtvis ett 50-tal personer som är i en stabil fas och inte behöver särskilt mycket kontakt med teamet. Detta innebär att varje CM svarar för cirka 20 patienter med större eller mindre vårdbehov. Alltså dubbelt så många som i ett traditionellt ACT-team (CEPI, 2015). Arbetssättet innefattar både individuell CM för patienter som går i traditionell öppenvård och integrerad uppsökande verksamhet för patienter som är i behov av detta. Patienter som vanligtvis är välfungerande får individuell CM via någon av teammedlemmarna. Om en patient riskerar ett återfall eller att det inträffar någon kris eller liknande, kan CM sätta upp patienten på den så kallade FACT-tavlan och därmed överföra ansvaret för patienten till hela teamet. Då inträder samma rutiner som gäller vid ACT. Precis som i sedvanlig ACT har teamet dagliga genomgångar av de patienter som finns på tavlan. När sedan patientens tillstånd åter är stabiliserat förs han eller hon tillbaka till sitt vanliga individuella stöd från sin CM i teamet. Erfarenheterna från Holland visar att en majoritet av patienterna har ett tidsbegränsat behov av intensiva insatser. De kan ofta överföras efter några veckor eller månader. Det är endast ett fåtal som har mer eller mindre permanenta behov av intensiva insatser med dagligt stöd för att kunna fungera utanför slutenvården (CEPI 2015).

De utvärderingar som gjorts har baserats på rutinmässigt insamlad information som finns i olika register. Två holländska studier har jämfört patienter som fått FACT med patienter som fått vård som vanligt. I ena studien undersöktes en grupp patienter från tiden innan FACT infördes med en grupp efter att FACT introducerats och i den andra en grupp som fått FACT med en grupp som inte fått FACT under samma tidsperiod. Båda studierna undersökte skillnaderna i symtomkontroll hos grupperna med särskilt fokus på remission. Studierna ger ett visst stöd för att fler patienter uppnår remission om de behandlas av ett FACT-team. I den sistnämnda studien gällde detta enbart om man hade ett uttalat behov av bättre symtomkontroll och i den förstnämnda kunde inte resultaten styrkas när man kontrollerade för oklarheter i data. I en Engelsk studie, där man överförde ett ACT-team till att bli ett öppenvårdsteam med FACT, visade resultaten att antalet inläggningar i slutenvård och antalet vård dagar minskade. De viktigaste slutsatserna var att servicen till patienterna inte verkade försämrats och att förändringen innebar mindre kostnader för vårdinsatserna då teamet kunde behandla fler patienter och att insatserna behovsanpassades. Även om modellen verkar lovande finns således ännu inga studier som utforskat effektiviteten på ett vetenskapligt godtagbart sätt (CEPI, 2015).

De största erfarenheterna av FACT-modellen i Sverige finns i Skåne där man arbetat med FACT-team på flera håll inom regionen. Erfarenheterna från Skåne är att (SKR 2024):

- Fler öppenvårdskontakter – och fler olika yrkeskategorier
- Minskat antal inläggningar och minskat antal vård dygn
- Färre tvångsåtgärder
- Mycket kontakter med närstående



### *Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam - SPOT*

SPOT är ett stort mobilt team som erbjuder specialiserad psykiatrisk hemsjukvård till medborgarna. Olika SPOT-team har vuxit fram främst i norra Sverige ofta i samband med att psykiatriska slutenvårdsavdelningar har lagts ned. Till SPOT kommer patienter, 18 år och uppåt, som har en pågående kontakt med specialistpsykiatri och försämras i sitt mående. Patienten bedöms ha behov av en tätare och mer intensiv kontakt med vården, som inte öppenvården kan ge, men patienten bedöms inte vara i behov av inläggning på slutenvårdsavdelning. Tanken med så kallade SPOT-team är att vården når ut till fler patienter med ett annat arbetssätt och att det är ett led i omställningen till en god och nära vård.

Erfarenheterna av att möta SPOT-teamen ur patientens perspektiv är bland annat (SKR 2024):

- Att öka den enskilde patientens möjlighet att behandlas i sitt eget hem, eller i dagsjukvård, även vid en psykisk försämring
- Kan vara kvar i sin trygga hemmiljö, fortsätta med vardagssysslor och rutiner
- Anhöriga och närstående blir delaktiga i behandlingen och kan få stöd.
- Hög delaktighet i vården
- Bemötandet blir medelpunkten för insatsen
- Lättare att få en uppfattning av patientens hela livssituation
- Bättre vårdplanering när anhöriga och närstående kan vara delaktiga
- Fokus på en patient i taget
- Snabba behovsanpassade insatser
- Möjlighet att förstärka insatsen under en period
- Arbeta med svårigheter i hemmet
- Nöjda och trygga patienter (enligt enkätsvar)
- Samordning av patientens nätverk, CM (Case Manager)
- Sammanhållen vårdkedja.

Teamen arbetar genom att ge patienter som är aktuella inom den psykiatriska verksamheten, och som upplever en psykisk försämring, stöd och behandling i hemmet. Det går att se som psykiatrisk hemsjukvård till medborgarna. De arbetar även med mottagningsbesök LARO (Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende). Den behandlingen teamet genomför läggs upp individuellt och kan exempelvis bestå av flera hembesök per dag (utifrån patientens behov). Omvårdnadsteamet kan även arbeta i resursteam runt patienter med komplex problematik. SPOT-teamet genomför även uppföljning av patienter utskrivna från slutenvård, där annan behandling inte är aktuell. Patienter som är på permission från vårdavdelning och på väg att slussas ut från slutenvården kan erbjudas insatser av SPOT (SKR 2024a).

Bemanningen, tillgängligheten och professioner som ingår i teamet är enligt följande i exemplet Örnsköldsvik (SKR 2024a);



- Läkare, sjuksköterskor, skötare, beh.ass och spec. usk
- Teamet är tillgängligt för hembesök, dagsjukvård på mottagningen och telefonkontakter, alla dagar i veckan från 07.00 och till 21.30 på vardagar och från 08.00 - 21.00 på helger.
  - Öppen telefonlinjen, inte TeleQ där du behöver lämna ett meddelande och bli uppringd en viss tid – Inga väntelistor
- Digitalisering: – Vård på distans/fysisk läkare på plats (minskat behov av läkare) – Patienten kopplar upp sig via dator på mottagningen – Erbjuder läkarsamtal vid hembesök (via länk) – Webb-behandling, videosamtal

Hur får patienter kontakt med SPOT (SKR 2024a)?

- Patienterna aktualiseras alltid av läkare (inom psykiatri)
- När en patient blivit aktualiserad, så kontaktar SPOT patienten samma dag för att planera in en första träff
- Sedan kan patienterna alltid ringa till SPOT direkt under tiden dom är aktuella inom SPOT

Exempel på insatser som SPOT kan erbjuda till patienter under förutsättningen att patienten samtycker till SPOT (SKR 2024a)

- Dagliga hembesök
- Dagliga telefonkontakter
- Kontinuerliga suicidriskbedömningar
- Stödjande samtal och ångesthantering
- Motiverande samtal/strategier
- Psykoedukation/krisplaner
- Övervakning efter administrerat läkemedel
- Familjesamtal & information till anhöriga
- Uppföljning hos läkare & Läkemedelsuppföljning
- Pedagogiska måltider
- LPT-permissioner
- Kartläggning

. Varaktigheten på uppdraget kan variera beroende på problematik och behov.

SPOT-teamen har ännu inte utvärderats vetenskapligt men de vinner med vårdformen som verksamheten upplever och som patienter/brukare uppger i enkäter osv. är enligt följande (SKR 2024a);

- Sammanhållen vårdkedja med snabba uppföljningar vid utskrivning och förebyggande insatser från öppenvårdsmottagningen



- Psykiatrimottagningar slipper arbeta med akuta tider och uppföljning vid utskrivning från slutenvården. De kan arbeta med sin planerade verksamhet
- Fler patienter som får insatser och hjälp (50-100 patienter)
- Hög tillgänglighet, kontinuitet och trygghet för patienterna
- Arbetar mycket med familj och nätverk
- Testa läkemedel ett par dagar innan recept skrivs
- Läkemedelsrensning, förebygga intoxer
- Positiva erfarenheter av läkarbesök på distans
- Resursoptimera - Personalvinster
- Personal får använda sin psykiatrikompetens
- Teamarbete, omväxlande och självständigt arbete
- Låg personalomsättning, mindre sjukskrivningar och mer utbildningar
- Kompetensväxling (delegeringar) • Lätt att rekrytera

### **Utvärdering SPOT - Örnsköldsvik**

En intern utvärdering av SPOT har gjorts i Örnsköldsvik. Där såg man att det innan konverteringen av slutenvård till SPOT i Örnsköldsvik fanns en stor oro att förändringen skulle leda till fler transporter till Sundsvall för slutenvård, då den sortens transporter kan vara påfrestande för patienter. Men verksamheten beskriver tvärtom att man nu ser en minskning av behovet av transporter.

Målet med regionens SPOT-verksamhet är att genom ökad tillgänglighet och mer samverkan med kommunerna leverera en patientsäker vård som har hög kvalitet och god effektivitet i relation till kostnaden. Utvärderingen för Örnsköldsvik visar just det. Många fler patienter får nu hjälp och mångas behandling kan göras klar tidigare än innan SPOT-teamen fanns, vilket minskar det personliga lidandet som en psykiatrisk sjukdom annars kan innebära.



## Referenser

Bergmark, Magnus; (2017), Integrerade psykosociala insatser Policy, implementering och praktik i ett komplext verksamhetsfält, Umeå Universitet

Markström, U., & Lindqvist, R. (2015). Establishment of community mental health systems in a postdeinstitutional era: A study of organizational structures and service provision in Sweden. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 14(2), 124-144.

Nordström Liv, (2022), Myndighetsgemensamt team, Utvärderingsrapport 2022, (240110) Samordningsförbundet i Södertälje <https://sfris.se/wp-content/uploads/2023/01/Utvarderingsrapport-MGT-2022-Liv-Nordstrom.pdf>

Samordningsförbundet Södertälje (2022b, juli) Myndighetsgemensamt team. <https://sfris.se/finansierade-insatser/myndighetsgemensamt-team/>

Socialstyrelsen 2018, *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. 2018-9-6.*

Socialstyrelsen 2019, *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning.*

Socialutskottet, *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering dnr 2017/18: RFRS 2017.*

SKR 2024 - Sveriges kommuner och regioner - Integrerad vård och omsorg vid samsjuklighet och psykisk ohälsa, 240111

SKR 2024a – Sveriges kommuner och regioner - Specialiserad vård i hemmet med primärvården som nav, 240321

Värmlands vårdförbund -Riddarnäset HVB <https://varmlandsvardforbund.se/riddarnaset> (2024-03-24)