

Förslag till samordnad beroendevård i Sjuhärad

Inledning

I november 2022 beslutas att Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund och Närvårdssamverkan Södra Älvsborg ska genomföra ett gemensamt projekt kopplat till samsjuklighet. Syftet med projektet är att på delregional nivå förbättra förutsättningarna för samsjuklighetsvården, att tillgodose målgruppens behov av medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser i Samsjuklighetsutredningens anda.

Samsjuklighet

Målgruppen är personer med samsjuklighet, vilken är en heterogen grupp med skilda behov av vård och stöd. Behoven är ofta sammansatta och tillgodoses med både medicinska och sociala insatser, vilket vanligtvis kräver en samverkan mellan kommun och region.

Det finns olika sätt att förklara hur samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik uppstår och hur de kan kopplas till varandra. Varför sådan samsjuklighet är vanlig kan förstås mot bakgrund av åtminstone fyra (inte varandra uteslutande) förklaringsmodeller:

1. Skadligt bruk eller beroende samexisterar med psykisk sjukdom på grund av gemensamma riskfaktorer.
2. Skadligt bruk eller beroende är en konsekvens av självmedicinering vid existerande psykisk sjukdom.
3. Skadligt bruk eller beroende orsakar bestående psykisk sjukdom som fortskrider oberoende av drogkonsumtionen.
4. Temporär psykisk sjukdom som orsakas som konsekvens av intoxikation eller abstinens från specifik drog.

Källa: Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen

Integrerad beroendevård i Sjuhärad

På uppdrag av styrgruppen för Närvårdssamverkan presenteras ett förslag till en utvecklad och mer sammanhållen vård för personer med samsjuklighet i Sjuhärad. Förslaget bygger vidare på redan befintlig god kommunal omsorg och regional hälso- och sjukvård. Ett ökat behov av integrerad vård och omsorg tillsammans med förväntade förändringar till följd av Samsjuklighetsutredningens förslag kräver att kommunerna och regionen tillsammans ställer om och anpassar arbets- och förhållningssätt. Istället för att genomföra stora och genomgripande förändringar söker förslaget tillgodose utvecklingsbehovet genom ett systematiskt, resurseffektivt och långsiktigt förhållningssätt med utgångspunkt i den evidensbaserade behandlings- och rehabiliteringsmodellen FACT.

Förslaget har tagits fram i samverkan med verksamheter inom socialtjänsten i sjuhäradskommunerna, den regionala primärvården och hälso- och sjukvården, Psykiatrimottagning, SÄS. Erfarenheter från studiebesök på Vuxenpsykiatrimottagning Södergatan i Helsingborg har lagts till utredningsarbetet.

Vad är FACT?

Arbetsättet avser att ge god, nära vård och omsorg, genom en flexibel användning av psykiatrins och kommunens resurser. Arbetet riktar sig till vuxna med omfattande samsjuklighet och är personcentrerat, samordnat och återhämtningsinriktat.

FACT ger personcentrerad behandling till personer med komplex samsjuklighet. Förutom psykisk ohälsa och beroendeproblematik har individerna ofta nedsatt social funktionsförmåga, t.ex. när det gäller boende, egenvård, arbete eller ekonomi.

FACT är en modell som behandlar sjukdomen och symptomen, vägleder och ger praktisk hjälp med vardagssysslor, rehabiliterar och stödjer återhämtningen. Ett enda team ansvarar för alla uppgifterna. Målen med FACT är att garantera vårdens kontinuitet, förebygga inläggning och att bryta klienternas utanförskap i samhället genom att stimulera till ett aktivt deltagande.

FACT-teamet är multidisciplinärt, med medlemmar som har olika professioner. Teamet samarbetar med de anhöriga och med övriga stöd- och vårdverksamheter som samhället erbjuder. Teamet skiftar mellan två olika sätt att förmedla sina insatser, antingen via stöd från kontaktperson, eller via intensiv behandling från hela teamet. När en individ visar tecken på försämring, riskerar sjukhusinläggning eller behöver extra tillsyn av något annat skäl trappas insatserna upp. Upptrappningen kan pågå under kort eller lång tid. När krisen är över och läget har stabiliserats återgår teamet till att ge stöd från kontaktperson. Genom att snabbt kunna skifta mellan två insatsnivåer kan man bemöta det naturliga förloppet vid allvarlig psykisk sjukdom och beroendeproblematik, där perioder av framsteg och förbättring växlar med perioder av bakslag och återfall.

Organisation

Verksamheten är ett strukturerat samarbete mellan kommun och region och styrs av en styrgrupp med representation från samtliga huvudmän. Styrgruppen säkerställer att det är en process på lika villkor och ansvarar för den övergripande strategiska styrningen. Styrgruppen ansvarar också för att verksamheten har förutsättningar att verka enligt uppsatt syfte och mål. Styrgruppen har möten fyra gånger per år, samt vid behov. Kopplat till verksamheten finns också en arbetsgrupp, bestående av representanter från berörda verksamheter samt den regionala primärvården. Arbetsgruppen träffas kontinuerligt och beslutar om löpande frågor samt rapporterar till styrgruppen. Som grund för verksamheten finns också avtal mellan parterna där det tydligt framgår vilka olika uppdrag, resurser och ansvarsområde som respektive part har.

Arbetet bedrivs enligt ett multiprofessionellt förhållningssätt och huvudmännen ställer utifrån sina respektive ansvarsområden adekvata resurser till förfogande. Organisationen består av

ett inre och ett yttre team. Genom en ökad samordning av befintliga resurser och ändrade förhållningssätt blir vården mer ändamålsenlig och effektiv.

Inre team

Arbetet koordineras och samordnas av det inre teamet på Psykiatrimottagning beroende, Södra Älvsborgs Sjukhus. Teamet består av vårdenhetschef, koordinator, sjuksköterska, psykolog, peer support, arbetsterapeut, kurator och specialistläkare. Teamet ansvarar för att utföra vård- och stödinsatser till inskrivna patienter utifrån sina respektive professioner och kompetenser. Teamet arbetar tillsammans och träffas dagligen, på så sätt utvecklar de ett gemensamt synsätt.

Yttre team

Det yttre teamet består av en eller flera samordnare inom varje kommun. Antalet samordnare i respektive kommun är beroende av hur många patienter som är aktuella för FACT i kommunen. Kommunerna avgör själva vilken profession som har samordnarrollen, det kan till exempel vara en socialsekreterare eller boendestödjare. Samordnaren samarbetar och koordinerar arbetet mellan olika verksamheter inom kommunen, samt mellan insatserna i kommunen och det inre teamet.

Samordnaren är länken mellan det inre teamet och de kommunala insatserna, den samarbetar med teamet kring alla deltagare i berörd kommun. Samordnaren deltar i dagliga digitala morgonmöten med det inre teamet, där den är med för att planera insatserna, informerar om genomförda insatser samt bedömer om en patient ska vara aktuell för FACT-insatser. Samordnaren är aktiv i arbetet med nya patienter genom att informera om insatser, koppla in personal som ska delta i samarbetet och ser till att socialtjänstinsatserna motsvarar deltagarens behov. Samordnaren har också ett ansvar att kontinuerligt informera nya kollegor och övriga berörda verksamheter inom kommunen om FACT.

Metodik

FACT-modellen är ett välstrukturerat och samordnat sätt att förmedla vård och behandling. Både kommun och region har möjlighet att remittera personer till FACT-teamet, grunden är att patienten uppfyller kriterierna med både skadligt bruk och psykiatrisk diagnos som kräver samordnade insatser. Ett FACT-team har två sätt att behandla sina klienter, antingen via insatser från kontaktperson eller via insatser från hela teamet. Kontaktpersonen kan när som helst begära hjälp från övriga teamet om det uppstår problem eller behövs nya insatser som främjar återhämtningen. Alla teammedlemmar i inre teamet känner till klienten och delar på ansvaret för behandlingen. För att samordna insatserna använder sig teamet av en FACT-tavla. FACT-tavlan är ett redskap som överblickar patienterna som är aktuella för FACT-teamet. Tavlan innehåller information om status på patienterna samt vilka professioner och insatser som patienten har under veckan. Varje individ som är föremål för FACT-teamet lämnar sitt samtycke till informationsutbyte mellan vårdgivarna. Informationen som förs upp på FACT-tavlan är dessutom avidentifierad men känd för de personalkategorier som berörs.

Det inre och yttre teamet träffas på dagliga digitala morgonmöten, där FACT-tavlan utgör grunden för mötet. På det dagliga morgonmötet kommunicerar det inre teamet med

samordnarna i det yttre teamet i tur och ordning, där de stämmer av med varje samordnare individuellt kring aktuella patienter i respektive kommun. På mötet kommer teamet överens om vem som gör vad och när. En god samordning krävs både för att hålla reda på de olika behandlingsinsatserna och på de externa kontakter som ingår i arbetet.

En viktig del i FACT är den mobila och uppsökande verksamheten, detta inte bara för att ta itu med en krissituation utan också för att stödja under stabilare faser. Både det inre och yttre teamet arbetar mobilt och uppsökande, det kan ske gemensamt eller var för sig. Patientens behov står i fokus och beroende på behov och situation kommer man överens om vilka som bör följa med på ett besök.

I FACT utför teammedlemmarna de flesta interventionerna, så få insatser som möjligt hänvisas till andra instanser. FACT-modellen består av flera beståndsdelar så som evidensbaserade behandlingar, vård och rehabilitering, stöd för återhämtning och arbete med det sociala nätverket och stödsystem i samhället. Parterna svarar var och en för sig att ge innehåll utifrån sitt ansvarsområde. Insatserna baserar sig på aktuella nationella riktlinjer för behandling vid samsjuklighet. En viktig samarbetspart är den regionala primärvården, i ett uppstartsskede kommer vi att se över rutinerna för samarbetet, med utgångspunkt i de regionala medicinska riktlinjerna.

Avslut och utskrivning

Målgruppen för FACT har en samsjuklighetsproblematik som kan pågå under längre tid, där patientens mående och tillstånd pendlar upp och ner. Utgångspunkten för att avsluta FACT-vården för en patient är när den uppfyller ett antal kriterier som visar på att patienten har gjort framsteg och är redo att överföras till primärvården. Patienten ska vara stabil, längden på den stabila perioden kan se lite olika ut beroende på patientens bakgrund, men ungefär ett halvår till ett års stabilitet brukar vara lämpligt. Under denna tiden ska patienten:

- Klara sig med hjälp av få hembesök.
- Sköter sin medicinering på egen hand/har arrangemang för medicinering (tar sina tabletter, går till vårdcentralen för blodprovstagning etc.).
- Har ett adekvat stödsystem, kan t.ex. vara anhöriga, vänner kyrka, primärvård etc.
- Har arbete eller någon form av meningsfull sysselsättning.
- Har någon form av stabilt boende.

Har en relativt välorganiserad ekonomi (kan vara med hjälp av förmyndare eller god man).

Patientunderlag

För att skapa en uppfattning av hur många patienter som kan vara föremål för FACT-teamet har statistik inhämtats från regionens verksamhetssystem. Inom psykiatrisk vård används diagnoskoder enligt ICD för att i statistik- och uppföljningssyfte rapportera till patientregistret. I syfte att beskriva antalet unika individer i Sjuhärad har vi tagit utgångspunkt i patienter med någon av diagnoserna ICD F10 – F19, Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser, som huvud- eller bidiagnos. Inom gruppen finns individer med mycket omfattande behov av insatser från både region och kommun och individer med färre insatser och högre aktivitets- och funktionsförmåga. Det är

viktigt att vara tydlig med att statistiken från regionens verksamhetssystem beskriver diagnosticerade patienter i nuläget, det finns med stor sannolikhet en underdiagnosticering samt en eftersläpning av diagnosticering av patienter. Patientunderlaget kan därmed vara större än det antal som visar sig i statistiken.

Antal patienter med någon av diagnoserna F10 – F19 som huvud- eller bidiagnos i Sjuhärad är ca 800 personer. Psykiatrimottagning beroende vid Södra Älvsborgs sjukhus uppskattar att ungefär 30 procent av dessa patienter är i behov av samordning enligt FACT-modellen, detta ger ett patientunderlag på ca 240 patienter. Vid en implementering av FACT behöver det genomföras en mer precis kartläggning av patientunderlaget där också behovet hos kommunerna undersöks.

Resurser

Nedan följer en uppskattning av vilka resurser som kommer att krävas för att inrätta en integrerad beroendevård i Sjuhärad enligt FACT-modellen. Resurserna är en uppskattning och kan ändras över tid och utifrån behov. Under en inledande fas kommer det också att krävas resurser för att starta upp och implementera verksamheten, så som projektledare samt kostnader för utbildningar och gemensamma utvecklingsdagar.

FACT-styrda platser för heldygnsvård

För att på ett snabbt och flexibelt sätt kunna möta målgruppens varierande behov av vård kommer det att finnas 2-3 FACT-styrda platser för heldygnsvård. FACT-styrd heldygnsvård ska erbjudas till patienter för snabba återfallspreventiva insatser. Till skillnad från brukarstyrd inläggning är det FACT-teamet som styr inläggningen, och inte patienten själv. Det vill säga att det är den patientansvariga läkaren på FACT-teamet som bedömer och bestämmer (tillsammans med inre och yttre teamet) behovet av inläggning enligt FACT-styrd inläggning. Detta görs på förhand och i enlighet med kriterier för inläggning.

Målet med FACT-styrd HDV är att:

- Minska återfallsrisken
- Minska risker kopplade till återfall (suicidförsök, hot och våld, kriminalitet, rattfylleri m.m.).
- Minska långvariga inläggningar inom HDV och upprepade försök med behandlingshem.

Det inre teamet

För att kunna erbjuda vård och stöd enligt FACT krävs ett team som består av flera professioner som står för olika kunskaper och infallsvinklar, när de arbetar tillsammans och träffas dagligen utvecklar de ett gemensamt synsätt och kan erbjuda en sammanhållen, god och nära vård. Vår bedömning är att följande resurser skulle behövas på det inre teamet för att kunna upprätta ett FACT-team:

- Vårdenhetschef
- Koordinator
- Sjuksköterska
- Psykolog

- Peer support
- Arbetsterapeut/arbetsspecialist
- Kurator
- Specialistläkare

Nedan följer en budget för de personalkostnader som det interna teamet skulle innebära. Ungefär hälften av resurserna går att frigöra inom ramarna för befintlig verksamhet och ungefär hälften av kostnaderna skulle behöva hittas utanför befintlig ram, genom extern finansiering eller liknande.

Personalkostnader		
<u>Befattning</u>	<u>Helårskostnad</u>	<u>Finansiering</u>
Koordinator	902 940	Inom befintlig ram
SSK	722 352	Inom befintlig ram
Psykolog	722 352	Inom befintlig ram
Peer support	505 646	Inom befintlig ram
Vårdenhetschef	1 083 528	Inom befintlig ram
Arbetsterapeut/arbetsspecialist	722 352	Utom befintlig ram
Kurator	668 176	Utom befintlig ram
Specialistläkare	1 264 116	Utom befintlig ram
Personalkostnader inom befintlig ram	2 853 290	
Personalkostnader utom befintlig ram	2 654 644	
Total personalkostnad	5 507 934	

Det yttre teamet

För att samordna insatserna inom kommunen och mellan kommunen och regionens verksamheter krävs en samordnarfunktion i varje kommun. Nedan följer en uppskattning av hur många samordnare som bedöms behövas i respektive kommun för att kunna genomföra FACT enligt förslaget i denna utredning. Bedömningen grundar sig på en fördelning av patienterna utifrån kommunstorlek och att varje samordnare kan hantera cirka 30 patienter. Antalet samordnare är en grov skissartad uppskattning, en bedömning av vad vi tror är rimligt i ett uppstartsläge av FACT. Antalet samordnare i respektive kommun kan komma att förändras över tid, inte minst när rutiner och arbetsätt har kommit på plats.

Kommun	Invånarantal*	Andel i %	Patientunderlag	Samordnartjänst
Bollebygd	9703	4	10	0,5
Borås	114445	50	120	4
Herrljunga	9517	4	10	0,5
Mark	35329	15	37	1
Svenljunga	10816	5	11	0,5

Tranemo	11940	5	13	0,5
Ulricehamn	25108	11	26	1
Vårgårda	12268	5	13	0,5
Totalt	229126	100	240	8,5

* Källa: <https://kommunsiffror.scb.se/>

Slutsats och förslag

Att skapa en integrerad och samordnad vårdkedja för invånare med omfattande samsjuklighet i Sjuhärad är viktigt. Målgruppen är sårbar och lidandet omfattande för både den enskilde och hans anhöriga, i de fall det finns några. Oavsett om samsjuklighetsutredningens förslag förverkligas eller inte är det mycket angeläget att utveckla samsjuklighetsvården. Eftersom ansvaret är delat mellan två huvudmän uppstår inte sällan oklarheter och tvister om var ansvaret för vårdinsatserna ligger. Förslaget har potential att öka samsyn och minska oklarheter med färre tvister och missförstånd som följd. Förslaget bygger i hög grad på befintliga vård- och omsorgsstrukturer och tar hänsyn till både medicinska och sociala insatser som behövs för att tillgodose den komplexa målgruppens behov.

Tidsplan

För att gå vidare med att implementera en integrerad beroendevård i Sjuhärad behöver insatsen planeras, med tydliga målsättningar och tidsplan. Nedan följer en grovt skissad tidsplan utifrån hur målsättningen ser ut i nuläget.

Våren 2025:

- Konkretisera och planera
- Kartlägga behov
- Hitta finansiering

Hösten 2025:

- Bygga upp projektorganisation
- Sätta ihop team, rekrytering och anställning
- Utbilda chefer och personal
- Skriva avtal

Januari 2026:

- Starta upp verksamheten

Förslag

Med utgångspunkt i Samsjuklighetsutredningens förslag och den förstudie som genomfördes i Sjuhärad på området samsjuklighet under 2022 föreslår arbetsgruppen att Styrgrupp Närvård ger Närvårdskontoret och Boråsregionen Sjuhärad kommunalförbund i uppdrag att se över möjligheterna att inrätta ett FACT-team i Sjuhärad. Uppdraget ska genomföras i nära

samarbete med Södra Älvsborgs sjukhus och kommunerna i Sjuhärad. I uppdraget ska det också ingå att se över möjligheter till finansiering av projekt för att starta upp FACT-team. Projektfinansieringen kommer i första hand att gälla initiala kostnader så som:

- Personalkostnader utanför befintlig ram för inre team
- Del av personalkostnader för yttre team
- Projektledare
- Utbildningar