

Samverkan genom avtal

En rapport om brukarstyrd samverkan mellan
socialtjänst och psykiatri

Ett projekt med stöd från Nationell Psykiatrisamordning

Mars 2007

Anneli Ahlgren
Conny Karlsson



Innehållsförteckning

1. Inledning och bakgrund.....	3
1.1 Projektbeskrivning.....	3
1.2 Brukare – Klient – Patient– målgrupp.....	4
2. Projektets uppläggning och genomförande.....	4
3. Samverkan.....	6
3.1 Samverkan enligt Berth Danermark.....	7
3.2 Effekter av samverkan.....	7
4. Möte med brukare ur ett samverkansperspektiv.....	7
5. Systemiskt förhållningssätt och Integrerad psykiatri – likheter och skillnader.....	9
5.1 Systemiskt förhållningssätt.....	9
5.2 Integrerad psykiatri.....	10
5.3 Diskussion.....	11
6. Två studiebesök.....	12
7. Fördelning och tillhörighet.....	14
7.1 Statistik från öppenvård Psykossektionen Psykiatri Sahlgrenska.....	17
8. Avslutning.....	18
Referenser.....	20

1. Inledning och bakgrund

För att ge brukarna den bästa omvårdnaden är det viktigt att samverkan fungerar väl mellan vård och stödformer. Det innebär att vi skall se möjligheter och resurser hos dem vi är till för och hos varandra. ”Helheten är större än summan av delarna” (Aristoteles).

Samverkan har varit ett hett ämne under många år, från att psykiatrireformen kom 1995, då stimulansmedel gavs till många olika projekt för att öka samverkan mellan kommun och sjukvård. När psykiatrireformen genomfördes var det lågkonjunktur och sparbeting hos kommun och landsting, därför lades många av projekten ner efter några år. Problemen som fanns 1995 kvarstod i många fall 10 år senare.

Psykiatrisamordningens uppdrag tillkom efter en period då flera grova våldsbrott begåtts av personer som var eller nyligen hade varit i kontakt med den psykiatriska vården. Regeringen beslutade hösten 2003 om att tillsätta en nationell psykiatrisamordnare med uppgift att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av *personer med allvarlig psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder* (dir. 2003:133). I deras uppdrag ingick att gemensamt med samtliga berörda aktörer verka för att förbättringar skulle komma till stånd avseende vården och omsorgen för denna målgrupp.

De tre stadsdelsförvaltningarna Centrum, Linnéstaden och Majorna sökte tillsammans med Psykiatri Sahlgrenska medel för ett projekt som skulle syfta till att upprätta ett samverkansavtal (bilaga 1) och eventuellt ett samboskap, där brukaren är i fokus.

Detta samverkansavtal ska reglera arbetet kring brukare som har kontakt med mer än en myndighet. Det gäller oftast personer som har kontakt med psykosmottagningar och även de som har kontakt med allmänpsykiatriska mottagningar. Vi tror också att det kan finnas personer inom primärvården som kan vara aktuella. Det finns även de inom Beroendekliniken som kan vara i behov av ett mer strukturerat samarbete.

Samarbetet mellan psykiatri och kommun fungerar ofta bra mellan personalen. Det är personer som har arbetat under lång tid och byggt upp ett kontaktnät med personal, inom annan huvudman. För att samarbetet inte skall bero på personliga kontaktnät finns ett behov av att avtala om samarbetet på organisationsnivå. Vi vill flytta fokus från individnivå till organisationsnivå, göra samarbete till samverkan. Brukaren skall veta att arbetet fortsätter som vanligt även om någon personal slutar på sin tjänst. För att säkerställa denna goda samverkan kom man överens om att ett avtal bör upprättas. Avtalet skapar en form av förutsägbarhet för brukaren och även för anställda.

1.1 Projektbeskrivning

Flera kartläggningar som gjorts inom det lokala samverkansområdet har visat på att det utgör en svårighet att det saknas lokala överenskommelser mellan psykiatri och socialtjänst

för gemensamma processer i det dagliga arbetet. Det finns ett behov av ett generellt avtal som täcker in de huvudsakliga gemensamma processerna på basnivå kring en individ. Detta projekt vill kartlägga förutsättningar och hinder för samverkan/integration på basnivå i ett innerstadsområde i en storstad och på denna bas utforma en modell som genast kan implementeras i det dagliga arbetet. En utförlig processanalys som följer patientens/klientens väg genom systemen ska göras enligt vedertagen metod.

1.2 Brukare – Klient – Patient – målgrupp

I avtalet och rapporten använder vi ordet ”brukare” utifrån nedanstående definitioner, dels för att endast använda ett ord och dels för att understryka samverkan av vårt gemensamma arbete. Vi ger stöd till en och samma person men personen i fråga får olika benämningar beroende på vilken huvudman han/hon kommer till.

Brukare avser en person som inte har möjlighet att välja en alternativ producent, men som däremot kan påverka den nuvarande på olika sätt (Möller, 1996). Detta kan t ex ske genom att insatser väljs och utformas i samarbete mellan den enskilde och socialarbetaren. Begreppet brukare har definierats som en person som ”nära och personligt berörs av en kommunal verksamhet och som i regel utnyttjar den kontinuerligt under en relativt lång period” (Ds 1991:18). Patient är en person som p.g.a. sjukdom eller jämförbart tillstånd har kontakt med hälso- och sjukvården i avsikt att få någon form av råd, behandling eller omvårdnad. Begreppet bygger på en relation till någon eller något: man är patient hos en läkare, sjukgymnast etc. eller på ett sjukhus, en klinik eller mottagning. Ibland används termen felaktigt om personer inom äldreomsorg eller handikappområdet, som endast har insatser enligt SOL eller LSS. Klient är en person med en relation som kund, patient, rättssökande eller på annat sätt hjälpberoende, ofta till en fackman.

Från början använde vi oss av definitionen SSB (personer med Stora och Sammansatta Behov) för att förklara vilken målgrupp som avtalet skulle gälla. Det är en definition som används i rapporten ”Att tillsammans söka lösningar” (Hellström, 2004). När vi studerade denna definition närmare så konstaterar vi att beskrivningen är för snäv. Vårt avtal är avsett för en bredare målgrupp. Därför definieras målgruppen slutligen på följande sätt: ”Avtalet omfattar personer över 18 år med psykiskt funktionshinder/psykisk sjukdom och som är i behov av stöd/insatser från minst två huvudmän” (Avtal 2§).

2. Projektets uppläggning och genomförande

Vi har under året tagit del av andras avtal och vad som finns skrivet om samverkan, vi har deltagit i möten på stadskansliet för projekt i Göteborg som beviljats medel av Nationella psykiatrisamordningen och vi har träffat personer som i sitt arbete på något sätt arbetar med samverkansfrågan.

För att få till stånd en fungerande samverkan, så anser vi att en viktig grupp som bör känna varandra är cheferna för de olika enheterna. Vi har därför ordnat möten, dels för att uppdatera om projektet, dels för att de ska lära känna varandra.

Under arbetets gång beslutade vi oss för att inte göra en ny processanalys. Det har gjorts en tidigare som finns beskriven i "Att tillsammans söka lösningar" (*ibid.*).

Det planerades och har genomförts en kartläggning under året. Kartläggningen genomfördes av en av arbetsgrupperna som upprättats genom LGS (Ledningsgruppen för samverkan). Att göra ytterligare en kartläggning tror inte vi hade gett något annorlunda resultat än vad dessa kartläggningar kommit fram till. Däremot kan metoden användas i nästa steg när varje "samverkansenheter" ska samordna sitt arbete tillsammans. Vi har under året försökt att sammanfatta och uppdatera genom att skriva lägesrapporter (bilaga 2).

Enligt projektbeskrivningen så är det viktigt att samverkansavtalet sker i samverkan med brukarna och att det finns ett brukarinflytande. Vi har under året träffat flera brukarorganisationer se vidare under rubriken "Möte med brukare". Vi har också tillsammans med ett av Nationella psykiatrisamordningens riktade utvecklingsprojekt, "Personer med komplicerade vård- och omsorgsbehov", bjudit in brukarföreningar till en heldag för att göra en processkartläggning. Tyvärr var det för få personer som anmälde sig till denna dag, så den ställdes in.

Från början fanns också tankar om ett "samboskap" mellan öppenvård och socialtjänst. Utifrån de studiebesök vi gjort, den litteratur vi läst och den statistik vi tagit del av, så ser vi det inte som möjligt i dagsläget. Därmed inte sagt att det inte går att genomföra i framtiden. Utifrån statistiken så har de tre stadsdelsförvaltningarna många samarbetsparter, över 20 öppenvårdsmottagningar. Det samma gäller för de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna. Öppenvårdsmottagningarna Team 618 och Mellanvårdsteamet har hela Centrum och Väster som upptagningsområde, vilket innebär 9 stadsdelsförvaltningar i Göteborg. Från kommunens sida så har vi många brukare som tillhör allmänpsykiatri och därför är det viktigt att de finns med i avtalet. De två studiebesöken som vi gjort har också påverkat vårt arbete. Det finns fördelar med att psykiatri och socialtjänst finns under samma tak, men det innebär en stor förändring (läs vidare under rubriken "Studiebesök"). Utifrån litteraturen som vi läst har vi gjort den tolkningen att det kan vara bra att ta ett steg i taget och att ett samverkansavtal mycket väl kan leda vidare till ett närmare samarbete. Att vi valt att inte föreslå samboskap i detta skede är också att det finns en tanke med att brukaren ska ses med "olika ögon". Om parterna ingår en fusion finns det en risk att någon av dem tappar sitt perspektiv.

Från och med hösten 2006, när vi skulle börja skriva avtalet, har vi samarbetat med, Fredrik Cederblom, samverkanskonsult från Nationella psykiatrisamordningen. Hans uppdrag var att hjälpa och stödja kommuner och landsting att upprätta avtal. Detta har varit mycket positivt för vårt arbete. Under hösten har vi haft några heldagar för att arbeta med avtalstexten, en heldag med enhetschefer och representanter från alla berörda enheter inom de tre stadsdelsförvaltningarna och Psykiatri Sahlgrenska. Vid ett senare tillfälle träffades verksamhetschefer, sektionschefer och andra viktiga personer för att arbeta vidare med texten. Efter revidering av avtalstexten vid dessa tillfällen sändes den på remiss till olika instanser, bl.a. alla berörda enheter, kommunjurist, brukarorganisationer.

Vårt lokala avtal måste vara i fas med den psykiatri-samverkan som finns i Göteborgsregionen genom LGS (ledningsgruppen för gemensam samverkan), samt Nationella psykiatrisamordningens riktlinjer.

3. Samverkan

Samverkan kan definieras på olika sätt enligt NE är definitionen följande: ”Gemensamt handlande för visst syfte.”

Just nu ska alla samverka, det är inte acceptabelt att endast ha ett ”stuprörstänkande”. Ordet samverkan upprepas som ett mantra. Samverkan är svaret på alla problem. Trycket på samverkan ökar, beroende på att vi specialiserar oss allt mer. Men vad innebär samverkan egentligen? Och är det verkligen ett effektivt sätt att arbeta? Kan samverkan bli ”samvärkan”?

Samverkan är en förutsättning eftersom ansvaret för brukare är uppdelat på flera huvudmän. Med samverkan hoppas vi på ”verkan” för brukaren. Vi hoppas att samverkan leder till att brukaren är i fokus och att det finns ett helhetsperspektiv.

De flesta författare är överens om en sak, om samverkan ska fungera så måste de som samverkar ha mandat och tid för att göra det. Det måste samverkas på alla nivåer i organisationerna. Det måste finnas ledare som tar sitt ansvar i samverkan. För att lyckas måste det från start finnas gemensam utgångspunkt och gemensamma referensramar.

Om det är flera organisationer som skall samverka om något speciellt, kan det vara så att den aktuella frågan har olika prioritet hos huvudmännen. Det är viktigt att klargöra från början vilka som sitter i gruppen, vilket mandat var och en har, vilka förväntningar som finns, samt vad syftet är med samverkan, vilket innebär en sammanhangsmarkering.

Det är viktigt att ha ett helhetsperspektiv på brukarens behov, både vad det gäller dennes olika livsområden samt de kontakter som personen har. Det är också viktigt att personalen är trygg i sin egen profession och har en klar bild över sitt eget uppdrag, för att våga närma sig andra aktörer och inte se dem som ett hot. Det måste finnas en trygghet och tillit till gruppen för att lyckas med samverkan. Otrygga människor samverkar inte. Ju mer kunskap verksamheterna har om varandra desto lättare är det att samverka. Samverkan kräver social kompetens. För att lyckas med samverkan måste personer som samverkar visa respekt för varandra. Ordet respekt kommer från latin och betyder ”se och se en gång till”.

I litteraturen pratas det om samverkan på olika nivåer:

- koordination/samordning
- kollaboration/samverkan
- integreras/smälta samman (fusion)

Lägsta nivån är *koordination/samordning*, vilket innebär att parterna kommunicerar med varandra, för att få större effekter och mindre störningar på ett område där båda är aktörer. Det får inga direkta effekter på organisationerna. Nästa nivå är *kollaboration/samverkan*. Där behöver parterna anpassa sig till varandra eller skapa ett nytt forum med gemensamma regler och mål. Det är en avgränsad uppgift som skall lösas. Här förändras inte organisationerna heller förutom kanske i den uppgiften som de löser tillsammans. Tredje nivån är *smälta samman/integreras*, då slås verksamheterna ihop. Attityder och värderingar bland personalen måste jämkas samman och de olika verksamheterna blir ett.

3.1. Samverkan enligt Berth Danermark

Professor Berth Danermark har skrivit flera böcker om samverkan. Han menar att dålig samverkan inte går att skylla på att personkemin inte stämmer, för den personal som skall samverka. Då har personalen inte fått de grundläggande förutsättningarna för att lyckas. Det är ledningens skyldighet att skapa dessa förutsättningar. Samverkan tar tid, åtminstone i ett inledningsskede. För att lyckas bör personalen inte vara tvungna att stjäla tid från ordinarie verksamhet, utan att det finns utrymme för samverkan. Han skriver vidare om att inte ha för stor ambitionsnivå från början, utan börja på en lägre nivå som går att utveckla med tiden.

För att utveckla ett bra samverkans klimat bör verksamheterna lära sig varandras ”språk” eller begrepp. Det är också ett sätt att visa respekt för den andres verksamhet. Man bör också se på om huvudmännen har olika skyldigheter enligt lag och klargöra dem. Om någon av parterna är modellstark och en är modellsvag, finns det en risk att den modellsvage tar över den starkes modell, utan att reflektera över den. Oftast har organisationerna olika uppdrag, vilket innebär att det finns en fördel att se på ett problem ur olika synvinklar. Detta är oftast en icke medveten process, som bör medvetandegöras.

3.2 Effekter av samverkan

Det är svårt att påvisa direkta ekonomiska effekter av samverkan. Vissa studier visar på ekonomiskt positiva effekter, till följd av samverkan. Men andra undersökningar visar tvärt emot. Det finns studier som visar att brukarna är mer nöjda med en fungerande samverkan, vilket förklaras med att en god samverkan tillgodoser bättre brukarens behov. Det leder till en helhetssyn på brukaren, samt ett lärande för personalen och högre arbetstillfredsställelse.

Fördelen med samverkan före en sammanslagning kan vara att varje huvudman har kvar sin profession och brukaren ses med olika ögon, som förhoppningsvis leder till ett optimalt stöd och omvårdnad.

4. Möte med brukare ur ett samverkansperspektiv.

Psykiatrisk vård och socialt stöd – demokrati och brukarinflytande – går det att förena? Frågan ställs i en rapport (Brukarinflytande i praktiken, 2006) från Inflytandeprojektet som är en satsning från kansliet för Nationell psykiatrisamordningen. Rapporten är en litteraturgenomgång i ämnet från framför allt Storbritannien, USA, Kanada, Australien och Nya Zeeland. Samverkan med intresseföreningar och enskilda brukare är en viktig del i socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete. Brukarinflytandet har också fått en allt viktigare roll i både kommunernas och hälso- och sjukvårdens verksamheter. Detta innebär inte att brukarnas möjligheter till påverkan är optimal i dagsläget.

Olika undersökningar kring brukarinflytande har även gjorts i Sverige under åren. Den litteratur som vi har gått igenom behandlade till stora delar brukarinflytande i form av olika

intresseorganisationer. Sällan diskuteras den enskilde brukarens inflytande på sin egen behandling eller de insatser hon/han får i form av socialt stöd.

Vi har träffat brukare från tre olika organisationer och bjöd in oss till möten i deras lokaler. En allmän reflektion från brukarna är att det inte spelar någon roll vilken huvudman som brukaren får sitt stöd ifrån. Huvudsaken är att man inte ”trillar mellan stolarna”, utan att man faktiskt får den hjälp man behöver. Brukare upplever ibland att de bollas mellan olika huvudmän och ingen vill ta ansvar. De personer som har flera funktionshinder t ex psykiskt funktionshinder, missbruksproblem, problem med ekonomin kan ha flera handläggare inom kommunen. Det samma gäller inom sjukvården om man har behov av både psykiatrisk- och somatisk vård. Det framkom att det är svårt att orka ta kontakt med så många olika personer inom våra verksamheter.

Det största problemet verkar personer ha, som lider av psykisk ohälsa, men som inte har en etablerad kontakt med någon öppenvårdsmottagning. De har svårt att få stöd och snabb hjälp när de mår sämre. Det finns brukare som upplever behov av slutenvård vid t ex. svår ångest det händer att psykiatrin gör en annan bedömning av vårdbehovet. Akuten borde då kunna informera om andra alternativ t ex vad kommunen har för insatser och telefonnummer till aktuell stadsdelsförvaltning. Personer som har kontakt med psykiatrisk öppenvård verkar uppleva att de får bättre vård när de försämras i sin sjukdom eller när symtomen tilltar.

En annan reflektion vi har gjort är att det finns en stor okunskap bland brukarna om vilken hjälp och stöd de kan få. Psykiatrin och socialtjänsten måste bli bättre på att informera på ett sådant sätt, att brukaren kan ta ställning till de insatser som erbjuds, och var de kan få stöd och hjälp. Brukarna berättade vidare att samverkan ibland kan vara ett problem även inom psykiatrin och socialtjänsten, mellan olika enheter, inom samma verksamhet.

Brukarna är mycket positiva till personligt ombud. Det kan ju också vara ett sätt att orientera sig i våra organisationer.

Följande synpunkter kom upp på mötena med brukarföreningarna. Man önskar:

- Att bli tagen på allvar när man mår dåligt och få hjälp innan det blir värre.
- Att bemötas med respekt
- Att få möjlighet till psykologsamtal vid psykiatriska akutmottagningen
- Att öppenvårdsmottagningen får information om att en brukare sökt på akuten och att hon/han blir kontaktad så fort som möjligt.
- Att man blir erbjuden någon form av fortsättning, om man saknar kontakt på någon öppenvård.
- Att, om man så önskar, meddelande skickas till socialtjänsten, när en person haft kontakt med akuten.
- Att öppenvården tänker på att om en person inte hör av sig kan de bero på att man mår dåligt och vill att mottagningen i stället hör av sig.
- Att korta ner väntetiderna till öppenvården
- Att verksamheten med Personligt ombud blir permanent

5. Systemiskt förhållningssätt och Integrerad psykiatri – likheter och skillnader

Individ- och familjeomsorgen (IFO) i Göteborgs stad Centrum har en gemensam filosofi där man försöker se möjligheter istället för problem och hinder. IFO arbetar utifrån ett systemiskt tänkande där man tar vara på människors egna resurser och nätverk. Här arbetar man tillsammans med anhöriga, andra myndigheter, föreningar och frivilliga.

Psykossektionen inom Psykiatri Sahlgrenska har en vision att stärka patientens inflytande över sin egen behandling och att individualisera behandlingen. Detta har ett självklart demokratiskt värde och har ett starkt forskningsstöd. Arbetet med ett vårdprogram är ett sätt att stärka denna målsättning. Strukturen i utrednings- och behandlingsarbetet är metoden Integrerad Psykiatri.

Vi har valt att beskriva hur vi i vårt dagliga arbete präglas av dessa modeller. På många sätt påminner de om varandra och har många likheter i tanke och praktik. Det finns en likhet i synen på människan som en individ som gör sina egna val. Varje människa är expert på sitt eget liv. Integrerad psykiatri är en arbetsmodell medan systemiskt förhållningssätt är mer en teori eller förhållningssätt.

Detta är inte på något sätt en heltäckande skildring av dessa modeller utan mer en övergripande bild utifrån vårt perspektiv.

5.1 Systemiskt förhållningssätt

Grundtankarna i systemteoretiskt förhållningssätt är att man ser på system som delar i en helhet, delar i sitt sammanhang. De olika delarnas relationer till varandra är av stor och ofta avgörande betydelse för helhetens natur och funktion. System är i ständig rörelse och förändring och strävar efter jämvikt. George Batesons (1904-1980) ståndpunkt är bland annat att situationer förstås bäst om man studerar dem från alla sidor och allt måste ses i sitt sammanhang.

Att ha ett systemteoretiskt perspektiv innebär att observatören ser sig själv som en del i systemet och förstår sin del och påverkan i systemet. Ett systemteoretiskt förhållningssätt i organisationen är att ikläda sig en roll av ständigt deltagande observatörskap. Enligt socialkonstruktivismens synsätt blir vi till genom språket. I dialog med människor formas vår identitet. Genom socialiseringen skapar vi en gemensam verklighet, en gemensam uppsättning överenskommelser och regler för hur vi ska leva och förhålla oss till varandra.

Förhållningssättet är att stödja den enskilde, där professionen inte är expertbaserad utan mer lotsande. Varje människa är expert på sitt eget liv, men kan emellanåt behöva ledsagning, i att finna sina egna lösningar. Ett sådant förhållningssätt kräver ett aktivt lyssnande, ett genuint intresse och en nyfikenhet på hur den enskildes förståelsevärld ser ut. Det fysiska rummet är viktigt för att skapa ett respektfullt bemötande. Miljön i verksamheten skall präglas av värdighet och välkomnande. Vid möten med enskild person eller

grupp är det viktigt att göra en sammanhangsmarkering, så att man är överens om vad mötet kan innehålla och leda till.

Nätverksarbete är en viktig del av metoden, där brukaren tillsammans med aktuell personal gör en nätverkskarta. Nätverkskartan underlättar för individen att finna sina egna lösningar. En annan viktig metod är reflekterande team. Personer utanför systemet/familjen, lyssnar och reflekterar tillsammans över vad de hört. I nästa steg använder socialarbetaren och den enskilde reflektionen att samtala omkring. Detta sker växelvis. På så sätt kan samtalet komma vidare eller man kan skapa ny gemensam förståelse för hur systemet fungerar. Man talar om ”skillnader som gör skillnader”, man söker skillnader av betydelse som förändrar.

5.2 Integrerad psykiatri

Integrerad psykiatri innebär en integration av de fördelar som uppnåtts inom biologisk psykiatri, med den senaste och effektivaste psykologiska och sociala metodiken. Det är inte bara en integration mellan olika behandlingsformer utan också en integration som omfattar individens anpassning till den miljö som hon/han har valt att leva i, liksom samspelet mellan personal och klienten/patientens närstående. Tillsammans bildar dessa personer patienten/klientens *resursgrupp*.

Teamen har det övergripande ansvaret för kontinuitet och koordination. Vid svåra och komplexa sjukdomar personifieras detta av case managers. Deras ansvar omfattar alla delar av återhämtningsprocessen: tidig intervention, krishantering, behandling och rehabilitering.

I Integrerad Psykiatri fattar brukare och utförare gemensamma beslut om hur man skall nå delmål och livsmål genom procedurer präglade av ömsesidig respekt. Programmet avslutas när brukaren återtagit greppet om sin tillvaro.

Några huvudpunkter i Integrerad psykiatri (Falloon, 1997):

- *Nätverksinriktning*: kontakten med brukaren bör ske i samverkan med nätverket. Begreppet resursgrupp används för att beteckna nätverket, som kan bestå av t ex. anhöriga, vänner, arbetskamrater samt alla som har professionell kontakt med brukaren.
- *Utveckling av klienten/patientens och resursgruppens egen kompetens*: alla i brukarens resursgrupp får tillgång till ett antal verktyg och ges aktivt stöd under den tid då de tillägnar sig ökad färdighet.
- *Kompetent kontaktpersonsskap*: den största delen av behandling och stöd förmedlas genom en person.
- *Hög struktur*: gäller behandlarnas verksamhet, avseende problemanalys, målformulering, information, behandling och effektmätning .
- *Hög tillgänglighet och snabb kontakt*: behandlare skall kunna nås lätt. Tidigast möjliga intervention eftersträvas.
- *Alla åtgärder sker i den av klienten/patienten valda miljön*: önskvärt att det sker i brukarens hem
- *Strikt användning av forskningsverifierad metodik*: brukare och närstående skall ges tillgång till bästa forskningsstödda behandling

Integrerad psykiatri har som i all god vård, övergripande mål att i görligast mån minimera det lidande som orsakas av psykiska störningar, både för brukaren och för den närmsta omgivningen. Genom att överföra kunskap och metoder att hantera stress till brukaren och hans/hennes närstående ökas deras kompetens att själva hantera sina svårigheter, vilket är det primära målet för den psykiatriska behandlingen.

5.3 Diskussion

Viktiga faktorer i båda modellerna är att brukaren ska vara i fokus och att personalen omkring blir redskap för brukaren. Personalen finns för att ge förutsättningar och kunskap så att brukaren ska ha möjlighet att själv fatta beslut och bli expert på sitt eget liv. De professionella personerna omkring brukaren och de närstående måste se brukaren i sitt sammanhang och inte som en del i huvudmännens system. De professionella måste ha förmågan att möta brukaren där han är, om man bedömer brukaren som omotiverad eller omöjlig att samarbeta med, så är det snarare ett uttryck för verksamheternas bristande förmåga, än en beskrivning av brukaren.

Nätverkskarta är ett arbetsredskap som används i båda modellerna, där kartan ger en bra bild av samspelet mellan de personer, närstående liksom professionella, som finns i brukarens nätverk. I båda modellerna är det viktigt hur man ställer frågor till brukaren. De ska vara öppna, nyfikna och stimulera till lärande, så kallade sokratiska frågor.

Miljön diskuteras i båda modellerna. I systemiskt förhållningssätt säger man att miljön ska vara välkomnande och respektfull, inom Integrerad psykiatri talar man om att brukaren bestämmer var de gemensamma mötena bör hållas. Detta är ett sätt att ge brukaren möjlighet till påverkan och trygghet i mötet med de professionella. Ett förhållningssätt man pratar om inom Integrerad psykiatri är att vara personlig men inte privat samt att vara en rollmodell. Detta är enligt vår uppfattning även ett systemiskt förhållningssätt.

Integrerad psykiatri är en vårdmetod inom psykiatrisk vård, vilket har gett upphov till många diskussioner om huruvida socialtjänsten kan vara med i metoden. Socialtjänsten har inget behandlingsansvar för personer med psykiskt funktionshinder. Deras ansvarsområde är stöd och service, vilket kan innebära boendestöd, boende, sysselsättning m.m. Det är svårt att få ihop två verksamheter som faktiskt har olika uppdrag gentemot brukaren. Ibland kan det bli kollision mellan sjukvårdens och kommunens regelverk. T ex går det inte att i princip ta ett beslut om en kommunal insats under ett resursgruppsmöte.

Många olika komponenter i modellerna, såsom brukarens delaktighet, samverkan med anhöriga och vårdgrannar samt öppenhet att lyssna på andra, gör att dessa båda modeller borde vara idealiska för att lyckas med samverkan. Vi tror att dessa modeller kanske ändå är en förutsättning för att lyckas med vårt avtal och underlätta samverkan.

6. Två studiebesök

Under året har vi besökt två olika kommuner där samverkan sker, mellan socialtjänst och psykiatri, var och en på sitt sätt. En verksamhet har gått in i en fusion, en sammansmältning mellan två huvudmän, socialtjänst och psykiatri. Den andra verksamheten har mer kollaborativ samverkan i specifika frågor. De två kommunerna som vi valt att besöka har ungefär lika stort befolkningsunderlag och är jämförbara med de tre stadsdelsförvaltningarna som finns med i projektet.

På ett av våra studiebesök berättade de att kommun och psykiatri började arbeta på ett måldokument år 1996-1997 som var klart år 1999. Syftet med dokumentet är bl.a. att trygga samverkan vid övergången mellan vård- och stödformer, att skapa möjligheter för att överbrygga gränsdragningsproblem och finna mellanvårdformer. De säger att kommunen och sjukvården har två olika uppdrag, och ser det som viktigt att de inte blandas samman. I dag arbetar de med att revidera sin plan. De säger att det ska var ett levande dokument. En av personerna vi träffade i samband med studiebesöket sa: ”..människor samverkar. Vare sig papper eller lokaler kan samverka.”

De har gjort stora utbildningssatsningar för personalen. Ca 30 procent av boendestödjarna har högskoleutbildning. Boendestödet har till uppgift att stödja egenvård till brukarna vilket innebär, dusch, städ, insulinsprutor, tandläkarbesök m.m. Boendestödet har inget behandlingsansvar, utan det är sjukvårdens ansvar.

De arbetar med olika samverkansprojekt, bl. a med samordnat kontaktmannaskap, vilket innebär att en personal från antingen psykiatri eller kommun har samordningsansvaret. Övriga kontaktpersoner runt en brukare försvinner inte, men förhoppningen är att minimera dubbelarbete. Resultatet visar på oförändrad eller något förbättrad situation för brukaren. Den största skillnaden är, antalet brukare, antalet vårdtillfällen, samt antalet dagar inom psykiatrisk slutenvård, som halverats under försöksperioden. En del av de brukare som var i stort behov av samordning, som hade många kontakter avböjde att vara med i projektet, detta kan naturligtvis ha påverkat resultatet negativt. Ett annat projekt som nu blivit permanentat är PRV, *Psykosocial rehabiliteringsverksamhet*, där man har ”sviktplatser”, möjlighet till medicinska insatser, utredning av boende- och sociala färdigheter. Där har det givits möjlighet till kartläggning av brukarens behov, vilket lett till färre inläggningar på psykiatrisk vårdavdelning, placering på enskilt vårdhem eller andra omfattande insatser.

Psykiatrins upptagningsområde är 3 kommuner med ca 120 000 invånare. Det är ungefär lika många som stadsdelsförvaltningarna Centrum, Linnéstaden och Majorna tillsammans. Det är ca 830 personer som har kontakt med psykiatrin, av vilka hälften tillhör psykossektionen och den andra hälften allmänpsykiatriska sektionen. Den psykiatriska kliniken har 92 slutenvårdsplatser. Detta är att jämföra med upptagningsområdet för Psykiatriska kliniken Sahlgrenska som förutom de tre stadsdelsförvaltningarna också omfattar västra Göteborg med ca 215 000 invånare sammanlagt. Psykiatriska kliniken Sahlgrenska har ca 50 slutenvårdsplatser.

Via kommunen så får 540 personer insatser. En person kan ha flera insatser. Ungefär 100 brukare har beslut om plats på något boende med personal, ca 220 har boendestöd och ca 350 har bistånd i form av dagligverksamhet.

Kommunen har arbetat med att minimera antalet platser på privat boende, vilket de lyckats bra med. År 2000 fanns det 75 personer som bodde i någon form av privat vårdgivare, nu är det endast 17.

Den andra kommunen som vi besökte var från början uppdelad i 13 kommundelar. När det gällde personer med psykiskt funktionshinder valde man att centralisera frågan. Utgångspunkten var att oberoende på var man bodde i kommunen så skulle den enskilde få samma vård och service.

De hade inga direkta förebilder när de började med sin verksamhet. De hade heller inget avtal från början utan de satte sig tillsammans och ställde sig frågan: "Hur vill vi bli bemötta om vi blir psykiskt sjuka?" Utgångspunkten var *helhetsansvar* för brukaren. Man pratade mycket om "brukarens bästa". Man pratade vidare om ömsesidig tillit och respekt mellan kommun och landstingets personal.

Brukarna som är inskrivna har i huvudsak diagnosen schizofreni eller psykos, men det finns även ett fåtal personer med annan diagnos. Gemensamt för alla brukare är att de har stora och sammansatta behov. Brukarna kommer till verksamheten genom remiss från socialtjänsten, eller psykiatrisk avdelning. När remissen skrivs så blir brukaren informerad om att kommun och landsting arbetar tillsammans och där emellan finns ingen *sekretess*. Remissen kommer till *remissgruppen*, som beslutar om remissen ska accepteras. Remissgruppen består av de två cheferna från kommunen respektive landstinget, samt läkaren och socialsekreterare. Beslutas det att remissen ska accepteras utses också vilka två som blir samordnare för brukaren. Vilka som utses beror på vilka insatser som kan bli aktuella. När man blir inskriven så görs det en CAN-skattning för att utreda olika behovsområden och funktionsnivåer hos brukaren. Detta görs även varje år som en del i uppföljningsarbetet. All personal som arbetar på enheterna har även gått nätverksutbildning.

Kommun och landsting har olika dokumentationssystem vilket personalen upplevde som ett problem. De kan inte gå in i den andres system. När de behöver få information om en brukare kan de sitta tillsammans och läsa i dokumentationen.

På frågan varför ingen har följt efter deras verksamhetsidé, så svarar de att det innebär stora organisatoriska förändringar. Man måste vara beredd på att skapa en ny organisation. De skapade något nytt utan att ta bort befintliga verksamheter. Men efter hand som den nya organisationen har etablerat sig, så har, andra tidigare verksamheter förändrats eller lagts ner. T ex var inte socialsekreterarna med från början, men nu finns två stycken på varje enhet.

Framgångsfaktorer

- Balans i antalet anställda mellan kommun och landsting.
- Fungerande parledarskap.
- På varje nivå i organisationen så finns ett samarbete och gemensamma möten.

Reflektioner efter studiebesöket:

- Vi saknar psykolog och sjukgymnast.
- Finns det någon skillnad mellan psykiatrisk behandling och social omvårdnad?
- Är *brukaren* eller *samverkan* i centrum?

7. Fördelning och tillhörighet

För att få en bild av hur samverkan ser ut mellan Psykiatri Sahlgrenska och de tre stadsdelsförvaltningarna, så fick socialsekreterare som handlägger ärende för psykiskt funktionshindrade lämna uppgifter om vilken psykiatrisk sjukvårdskontakt som deras brukare hade. Det skiljer sig åt hur de tre stadsdelsförvaltningarna organiserar sina brukare, vilket påverkar resultatet. Vissa brukare kanske endast har ekonomiskt bistånd eller stöd på arbetsforum som finns i vissa SDF och de kom då inte med i denna statistik. Det är troligtvis personer som har kontakt med allmänpsykiatriska mottagningar.

I början av projektet var det inte självklart att Allmänpsykiatriska sektionen skulle vara en del i projektet. Hos stadsdelsförvaltningarna var det å andra sidan självklart att inte lämna dem utanför ett avtal. Därför att brukarna som har sin öppenvård inom allmänpsykiatri är en stor del av de personer som får insatser från kommunen.

Tabell 1. *Psykiatritillhörighet för brukare i SDF Centrum*

	Antal personer	%
Psykos	125	56
Allmän psyk.	43	19
Beroendeklinken	10	4
LRV	10	4
VC	19	8
Privat	9	4
Saknar	8	4
Totalt	224	100 %

Tabell 2. *Psykiatri tillhörighet för brukare i SDF Linnéstaden*

	Antal personer	%
Psykos	73	48
Allmän psyk.	40	26
Beroendekliniken	4	3
LRV	5	3
VC	17	11
Privat	6	4
Saknar	7	5
Totalt	152	100 %

Tabell 3. *Psykiatritillhörighet för brukare i SDF Majorna*

	Antal personer	%
Psykos	64	40
Allmän psyk.	47	30
Beroendekliniken	20	13
LRV	8	5
VC	3	2
Privat	5	3
Saknar	12	7
Totalt	159	100 %

Tabell 4. *Psykiatritillhörighet totalt i SDF Centrum, Linnéstaden och Majorna*

	Antal personer	%
Psykos	262	49
Allmän psyk.	130	24
Beroendekliniken	34	6
LRV	23	4
VC	39	7
Privat	20	4
Saknar	27	5
Totalt	535	100 %

Totalt antal personer som har stöd från funktionshinder inom de tre stadsdelsförvaltningarna är 535 personer varav hälften har kontakt med någon psykosmottagning och en fjärdedel med någon allmänpsykiatrisk mottagning (tabell 4). Fördelningen av brukare som har insatser från SDF Centrum (tabell 1), SDF Linnéstaden (tabell 2) och SDF Majorna (tabell 3) och vilken psykiatrisk sjukvårdskontakt de har ser relativt lika ut emellan de olika SDF, även om variationer finns.

SDF Centrum skiljer sig från SDF Linnéstaden och SDF Majorna när det gäller brukare som har kontakt med psykossektionen respektive allmänpsykiatriska sektionen. Andel brukare i SDF Centrum som har kontakt inom psykossektionen är 56 procent i jämförelse med SDF Linnéstaden och SDF Majorna som har 48 procent respektive 40 procent. Brukare som har kontakt med den allmänpsykiatriska sektionen och har insatser från socialtjänst är i SDF Majorna 30 procent i SDF Majorna är det ungefär samma fördelning ca 26 procent, däremot är det i SDF Centrum 19 procent av brukarna som har kontakt med den allmänpsykiatriska sektionen. Det kan möjligen vara så att det finns fler brukare som har kontakt med socialtjänsten, men de är inte aktuella på funktionshinderenheten. Utan har kontakt med ekonomiskt bistånd eller arbetsforum.

Andelen brukare som har kontakt med Beroendekliniken är klart större i SDF Majorna än i SDF Centrum och SDF Linnéstaden. I SDF Majorna är det 13 procent som har kontakt med Beroendekliniken medan andelen brukare i SDF Centrum och SDF Linnéstaden som har kontakt med Beroendekliniken är endast 4 procent respektive 3 procent. Detta beror troligtvis på organisationerna, eftersom socialsekreterarna som handlägger personer med psykiskt funktionshinder i SDF Majorna även fattar beslut om LVM och finns i vuxenenheten. Detta ligger på andra enheter inom SDF Centrum och SDF Linnéstaden.

När det gäller brukare som har privat psykiatrisk sjukvårdskontakt eller saknar psykiatrisk sjukvårdskontakt så är fördelningen i stort sett lika. Dock något större andel i SDF Majorna som saknar psykiatrisk sjukvårdskontakt.

SDF Majorna skiljer sig från de andra stadsdelsförvaltningarna när det gäller brukare som har kontakt med Vårdcentral. Här har 2 procent av brukarna kontakt med Vårdcentral medan motsvarande siffror i SDF Centrum och SDF Linnéstaden är 8 procent respektive 11 procent. Kanske kan det bero på att Vårdcentralen i Majorna är nedlagd.

Tabell 5. *Sjukvårdsmottagningar inom SDF Centrum, SDF Linnéstaden och SDF Majorna*

Totalt	
Mottagningar	Antal personer
Psykosteamet Järntorget	106
Psykosvård i Väster	9
Nå Ut-teamet	97
Team 618	20
Mellanvårdsteamet	34
Centrum Öst	42
Centrum Väst	49
Anoreximottagningen	4
Beroendekliniken	34
LRV	23
VC	39
Ågatan Mölndal	1
Psykos NO	1
Renströmska	4
Högsbo	2
Psykos Hisingen	2
Allmän Hisingen	1
SU	2
Läkare gnm boende	18
Privatläkare	20
Saknar öppenvård	27
Totalt	535

Totalt sett så har de tre SDF Centrum, Linnéstaden och Majorna över tjugo olika psykiatriska sjukvårdsenheter (tabell 5) att samverka med!

7.1 Statistik från öppenvård Psykossektionen Psykiatri Sahlgrenska

För att utvidga bilden av hur samverkan mellan psykiatri och socialtjänst såg ut så tittade vi på hur många patienter det var inom öppenvård Psykossektionen/Psykiatri Sahlgrenska som också hade kontakt med socialtjänsten. Underlaget grundar sig på en kartläggning gjord av Jeanette Jonsson 2005.

Psykossektionen/Psykiatri Sahlgrenska hade totalt 686 patienter inom öppen vård vid undersökningstillfället 2005.

Tabell 6. Antal patienter fördelade på psykossektionens öppenvårdsmottagningar

Mottagningar	Antal patienter
Psykos Teamet Järntorget (PTJ)	228
PsykosVård i Väster (PVV)	254
Nå Ut-teamet	169
Team 618	35
Totalt	686

Fördelningen mellan könen var 43 procent kvinnor och 53 procent män. Av psykossektionens patienter hade 61 procent kontakt med socialtjänsten. På Team 618 är det hela 91 procent som har insatser från socialtjänsten. Med socialtjänst menas att patienterna hade bistånd i form av boendestöd, särskilt boende eller kontaktperson. De flesta hade bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL). Ett fåtal hade insatser enligt lagen om särskild service till vissa funktionshindrade (LSS). Ett fåtal hade försörjningsstöd.

Detta gäller även de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna, som exempelvis psykiatriska öppenvårdsmottagningen Nå Ut-teamet där ca 45 procent av brukarna har kontakt med socialtjänsten. Brukarna fördelas på de olika stadsdelsförvaltningarna enligt följande; SDF Centrum 61 procent, SDF Linnéstaden 15 procent, SDF Majorna 17 procent och övriga stadsdelsförvaltningar 7 procent.

Det är önskvärt att minimera antalet kontakter för att underlätta samverkan. Detta kan innebära att vissa brukare måste byta mottagning, vilket kan vara svårt om den enskilde har upprättat en god kontakt på nuvarande mottagning.

8. Avslutning

Samverka är en självklarhet, men riktigt hur vi ska få till det i verkligheten är inte lika lätt. Samverkansparterna utgör olika huvudmän och har olika regelverk att följa. Alla är medvetna om att det är brukaren som står i fokus. De flesta har dock fulla almanackor och har därför svårt att få tiden att räcka till nödvändigt samverkansarbete. En slutsats av de genomförda intervjuerna och studiebesöken är att det är viktigt att börja i liten skala. Det kan på sikt leda till fusion/sammanslagning, men det viktigaste är att starta, vilket vi tror att ett samverkansavtal kan bidra till. Det finns områden som kommunen har ansvar för, liksom sjukvården. Det är viktigt att känna till vilka ansvarsområdena är och att detta är tydligt i avtalet. Vi ska framför allt samverka kring de frågor och processer där det finns ett tydligt behov.

Samarbetet måste ske på alla plan i organisationerna och viktiga personer som bör träffas är enhetscheferna. Oftast träffast socialsekreterare, behandlare, boendestödjare tillsammans med brukaren, likaså träffas högre chefer vid regelbundna sammankomster. Enhetscheferna har dock inte några motsvarande "naturliga" mötesplatser.

Nedan vill vi peka på några punkter som vi tror är framgångsfaktorer för ett välfungerande samverkansarbete. Vissa punkter är mer självklara medan andra behöver förklaras något.

Vad vi menar med att ”synkronisera almanackorna” är att det ofta finns många stående tider varje vecka för t ex arbetsplatsträffar, ärendegenomgång, teamkonferens etc. Om vi hade dessa möten samtidigt i våra organisationer så skulle de bli mer tid att t ex kunna göra akuta hembesök tillsammans eller andra insatser som behöver göras gemensamt.

8.2. Framgångsfaktorer för samverkan och andra tankar

- Minimera antalet samverkansparter
 - Gemensamma utbildningar för att befrämja gemensamma referensramar
 - Ju mer kunskap man har om varandra, desto lättare blir det att samverka
 - Synkronisera almanackorna
 - Auskultera hos varandra
 - Vardagskontakt t ex morgonfika i gemensam lokal regelbundet
 - Informera om vilket stöd brukaren kan få hos socialtjänst respektive psykiatri
 - Ge brukaren en begriplig information om vilket stöd det finns
-
- Analyser varje gång någon säger att det inte går att samverka på grund av sekretesslagen. Sekretesslagen får inte användas som ett skydd att gömma sig bakom
 - Samverka när det behövs, inte i varje situation
 - Tänk KASAM - känsla av sammanhang, vilket innebär att det vi gör skall vara begripligt, hanterbart och meningsfullt
 - Det måste finnas mandat att gå in i samverkan. Samverkan måste ske på alla nivåer mellan huvudmännen för att bli framgångsrik
 - Samverkan måste vara förankrat hos alla medarbetare och chefer
-
- Utifrån den statistik som vi tagit fram ser vi i dag svårigheter med ett samboskap, eftersom alla har så många samverkansparter. Men frågan måste leva vidare, för att längre fram kunna flytta till gemensamma lokaler
 - Kan man organisera sjukvården utifrån generalistteam psykos och allmänpsykiatri tillsammans, som kan vara organiserade tillsammans med de olika SDF?
 - Etablera kontakt med Försäkringskassan, Arbetsmarknadsmyndigheten, Primärvården samt Beroendekliniken för samtal kring samverkan.
 - Att tillsammans öppna ett ”mellanboende”. För brukare som behöver extra stöd men inte inläggning inom psykiatrisk slutenvården. Brukarens personal från öppenvården sköter den medicinska delen och kommunens boendestöd det psykosociala stödet och omvårdnaden
 - Utveckla en verksamhet med mer arbetsliknande sysselsättning liknande Mellansteget i Högsbo.

Referenser

- Burns, Tom & Mike Firn (2005): *Samhällsbaserad psykiatrisk vård*. Studentlitteratur, Lund
- Danermark, Berth (1999): *Samverkan – välfärdsstatens nya arbetsform*. Studentlitteratur, Lund
- Danermark, Berth (2003): *Samverkan – himmel eller helvete*. Förlagshuset Gothia, Stockholm
- Danermark, Berth (2004): *Samverkan – en fråga om makt*. LäroMedia, Örebro AB, Örebro
- Falloon, Ian m.fl. (1997): *Integrerad psykiatri*. Psykologia, Värnamo
- Forkeby, Torbjörn (2005) Tema samverkan. *Forum 2/2005*
- Forslund, Helena (2006): *Södertäljemodellen – samverkan som startade med psykiatrireformen*. Södertälje kommun, Social- och arbetsmarknadskontoret
- Gentzel, Laila (2006): *Nätverkskontrakt - Ett verktyg i återhämtning*. RSMH, Hägersten
- Göteborgs Stad Centrum: *En introduktion till systemteori inom individ- och familjeomsorg SDF Centrum*.
- Hellström (sen. Abrams), Daniel (2004): *Att tillsammans söka lösningar*. Sahlgrenska universitetssjukhuset, Kompetenscentrum Schizofreni 1/2004
- Hydén, Lars-Christer (red.) (2005): *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad*. Studentlitteratur, Lund
- Jennbert, Kristina (2002): *Konsten att förmedla hopp, ha is i magen och stå kvar*. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, Stockholm
- Johansson, Pia (2006): *Brukarinflytande i praktiken*. Inflytandeprojektet, Nationell psykiatrisamordning
- Jonsson, Jeanette (2005): *Kartläggning av patienter inom psykossektionen/Psykiatri Sahlgrenska 2005*. Sahlgrenska universitetssjukhuset, Kompetenscentrum för schizofreni
- Jönköpings kommun & Landstinget i Jönköpings län (2005): *Samordnat kontaktmannaskap – fördjupad samverkan mellan kommun och landsting i Jönköpings kommun*.
- Koskinen, Janne (2005): *Varför brister samarbetet kring psykiskt funktionshindrade?* Nationella Psykiatrisamordningen, Stockholm
- Lundin, Lennart & Ove S Ohlsson (2002): *Psykiska funktionshinder*. Cura bokförlag, Stockholm
- Malm, Ulf (red.) (2002): *Case Management*. Studentlitteratur, Lund
- Patel, Runa & Bo Davidson (1994 2:a upplagan): *Forskningsmetodikens grunder*. Studentlitteratur, Lund
- Politisk programberedning för vård och omsorg (2002): *Samsynt och framsynt*. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, Stockholm
- Psykossektionen, SU/Psykiatri Sahlgrenska (2005 version 1.1): *Gemensamt beslutsfattande – samverkan för god behandling (Vårdprogram)*. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Kompetenscentrum för schizofreni
- Rapport 2006:3 från Nationell psykiatrisamordning (2006): *Långsiktighet, samordning och engagemang – en strategi för statlig styrning på psykiatrins område*. Statens offentliga utredningar, Stockholm
- Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning (2006): *Vad är psykiskt funktionshinder?* Statens offentliga utredningar, Stockholm

- Stein Leonard I & Alberto B Santos (2004): *Psykiatriskt arbete i öppenvårdsteam*. Studentlitteratur, Lund
- Socialstyrelsen ((2002): *Effekten för brukaren – Funktionshinder*. Socialstyrelsen, Stockholm
- Socialstyrelsen (2003): *Psykosociala insatsers effekter för personer med psykiska funktionshinder – en kunskapsöversikt*. Socialstyrelsen, Stockholm
- Socialstyrelsen (2003): *Vård och stöd till patienter med schizofreni - en kunskapsöversikt*. Socialstyrelsen, Stockholm
- SOU 2006:100 *Ambition och ansvar*, Statens offentliga utredningar, Stockholm
- Nationalencyklopedin, Nätupplaga, 2006