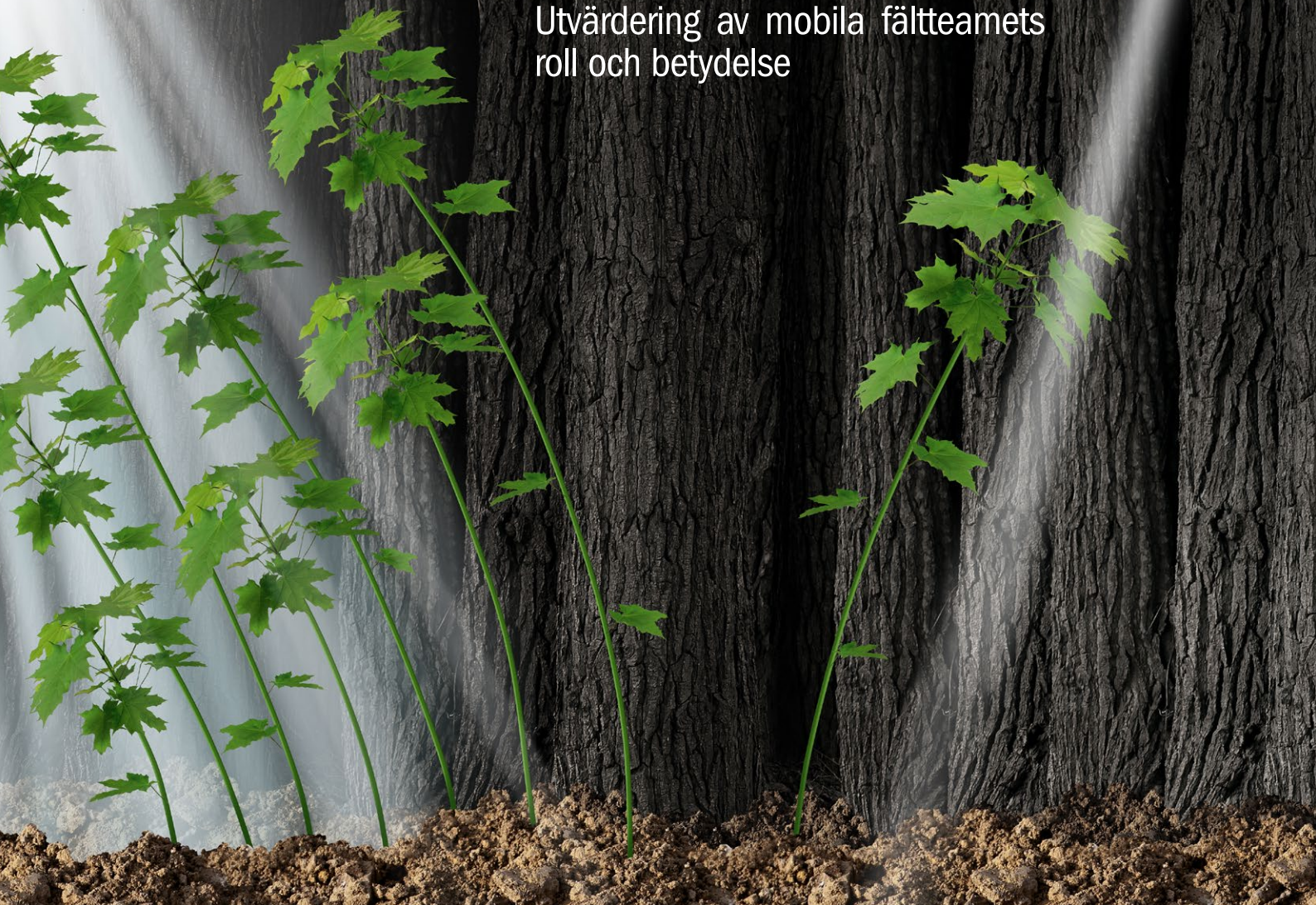


Att göra skillnad

Utvärdering av mobila fältteamets
roll och betydelse



Lisbeth Lindahl

Oktober 2015

Innehållsförteckning

FÖRORD	4
SAMMANFATTNING	6
1. LÄSANVISNING OCH FÖRKORTNINGAR	8
2. ETT FALL FÖR MOBILA FÄLTTEAMET	9
3. BAKGRUND	13
3.1 Mobila team efter psykiatireformen	13
3.2 Förutsättningar i dagens psykiatri	14
3.3 Mobila Fältteamets syfte och mål	15
3.4 Mobila Fältteamets målgrupp	16
3.5 Mobila Fältteamets organisation.....	16
4. SYFTE	18
5. METOD	19
5.1 Undersökningsmetoder och målgrupper	19
5.2 Genomförande	19
6. RESULTAT	21
6.1 Ett ärende som inte har funnit en lösning.....	21
6.2 Teamets perspektiv på sitt arbete	23
6.2.1 Mobila Fältteamets sammansättning.....	23
6.2.2 Varför sökte de tjänsten?.....	23
6.2.3 Vad krävs för rollen?.....	23
6.2.4 Kännedom om teamet?	24
6.2.5 Hur har arbetet utvecklats över tid?.....	25
6.2.6 Nya ärenden och målgrupper.....	25
6.2.7 Hur arbetar de?.....	26
6.2.8 Teamets roller?.....	31
6.2.9 Vad kan vara svårt i arbetet i teamet?	31
6.2.10 Positivt och meningsfullt i arbetet?	33
6.2.11 Unikt för teamet.....	33
6.2.12 Teamets betydelse för patienter/klienter och anhöriga.....	33
6.2.13 Teamets betydelse för andra organisationer?	33
6.2.14 Om teamet inte fanns?	34

6.3	Samordnarens perspektiv på Mobila Fältteamet	34
6.3.1	Samordnarens roll.....	34
6.3.2	Tidigare erfarenhet och kompetens	35
6.3.3	Teamets uppdrag.....	35
6.3.4	Om teamets arbete.....	36
6.3.5	Mobila Fältteamets betydelse.....	36
6.3.6	Utvecklingsbehov.....	36
6.4	Läkarens perspektiv	37
6.4.1	Arbetet i teamet	37
6.4.2	Brister inom psykiatrin.....	38
6.5	Närståendes perspektiv på Mobila Fältteamet	39
6.5.1	Fick de den hjälp de behövde?	39
6.5.2	Vad betydde hjälpen?	40
6.5.3	Hade de sökt hjälp från annat håll?	41
6.6	Externa parter om Mobila Fältteamet.....	42
6.6.1	Vilka intervjuades?.....	42
6.6.2	Vad behövde de hjälp med?.....	42
6.6.3	Teamets betydelse.....	43
6.6.4	Var det något som fungerade mindre bra?	44
6.6.5	Hade de sökt hjälp från annat håll?	44
6.7	Kranskommuner som dragit sig ur.....	44
6.8	Mobila Fältteamet i siffror.....	45
6.8.1	Inkommande ärenden under år 2014.....	45
6.8.2	Antalet ärenden per stadsdel/kommun.....	46
6.8.3	Fördelning på ålder och kön	47
6.8.4	Vilka kontaktar teamet?.....	47
7.	DISKUSSION.....	48
7.1	Hur arbetar Mobila Fältteamet?	48
7.2	Hur uppfyller Mobila Fältteamet sina målsättningar? Hur väl matchar målsättningarna teamets resurser?.....	49
7.3	Vad betyder Mobila Fältteamet för patienter/klienter och närstående?	50
7.4	Vad betyder Mobila Fältteamet för samarbetspartners?	50
7.5	Vilken roll har Mobila Fältteamet i förhållande till omgivande system?.....	51
7.6	Metoddiskussion	51
8.	SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER.....	52
9.	REFERENSER.....	53
10.	BILAGA 1. Forskningsetik.....	54

Förord

Kommunstyrelsen i Göteborg tog 2008-11-19 initiativ till att ett mobilt team skulle skapas i samverkan med sjukvården:

”Det finns behov av mobil uppsökande verksamhet med psykiatriinriktning. Det behövs också stöd för psykiatrin vad gäller till exempel akuta situationer vid hembesök. En samverkan för att en sådan uppsökande verksamhet når en så bred målgrupp som möjligt, utöver redan kända patienter i behov av psykiatrisk vård, bör förslagsvis initieras med Västra Götalandsregionen. Vidare bör man utnyttja befintliga mobila resurser för sådan verksamhet, exempelvis i samverkan med primärvården. Det är vidare viktigt att få en bred samverkan mellan olika former av expertstöd, som exempelvis socialtjänsten, vid sådana samhällsnära insatser.” (Yrkande (s), (mp), (m), (fp), (kd),(v))

Det tog några år innan det mobila fältteamet kom på plats och kunde påbörja sitt uppdrag. Inom samverkansorganisationen mellan kommunerna och sjukvården i Göteborgsområdet gjordes en gemensam planering utifrån intensiva diskussioner i arbetsgrupper och andra forum för samverkan. Det slutliga förslaget antogs av alla inblandad parter i november 2011.

En av grundtankarna med ett fältbaserat/mobilt team var att kunna tillgodose behovs- eller solidaritetsprincipen: *”Resurser till de områden där behoven är störst. Solidaritet innebär att beakta behoven hos de som inte själva är medvetna om sina rättigheter”* (Svenska Prioriteringsutredningen 1995). För detta behövdes en kompetenssamling i ett mobilt specialistteam med personal från specialistpsykiatri, primärvård och kommun, ”första länken” i respektive huvudmans vårdkedjor. Första länkens specialistteam skulle arbeta offensivt uppsökande för att individen från början skulle hamna rätt i respektive organisation och för att undvika att stora resurser skulle användas till åtgärder som inte var till nytta för individen.

Teamet var tänkt att samarbeta och skapa nätverk med aktörer som redan arbetar på fältet, till exempel: Socialjouren, psykiatrins mobila team, ACT-team och kommunernas hemsjukvård, men också med idéburna organisationer såsom

Stadsmissionen, Räddningsmissionen, brukar- och anhörigorganisationer.

Denna utvärdering visar att det Mobila Fältteamet har lyckats mycket bra med sitt uppdrag trots begränsade resurser. Teamet gör verkligen skillnad! Men det lilla teamet har inte kapacitet att bygga upp de strukturerade kontakterna och samarbetet med andra aktörer på fältet som tanken var.

Är det läge att ta nästa steg – att skapa hållfasta samverkansstrukturer mellan dem som verkar på fältet, så att de möjliga synergieffekterna verkligen uppnås? Jag hoppas att frågan kommer upp på ledningsnivå i samverkan mellan sjukvård och kommun i Göteborgsområdet.

Ulla Carlshamre
Planeringsledare
Göteborgs Stadsledningskontor

Sammanfattning

Det finns ett stort behov av hjälp bland personer som faller mellan stolarna eller inte hittar in i psykiatrin eller socialtjänsten. Mobila Fältteamet (MFt) skapades 2012 för att arbeta uppsökande och förebyggande med detta. Teamet består av två sjuksköterskor, två socialsekreterare, en samordnare på 50 procent samt en läkare på 25 procent. Teamet styrs av Temagrupp Psykiatri som är beredningsgrupp för Ledningsgruppen för samverkan inom ”Kommun och sjukvård – samverkan i Göteborgsområdet”.

Våren 2015 fick FoU i Väst/GR i uppdrag att utvärdera Mobila Fältteamet. Syftet var att beskriva teamets arbete i förhållande till dess målsättning samt att undersöka teamets betydelse för klienter/patienter, närstående samt externa parter. Utvärderingen bygger på intervjuer med teamet, anhöriga, externa parter som kontaktar teamet samt representanter för de kranskommuner som inte längre finansierar teamet. Vidare har statistik för verksamhetsåret 2014 sammanställts.

Resultatet visar att teamet arbetade med 561 ärenden under 2014 samt arbetar mot de specifika mål som finns uppställda för verksamheten. Teamet får mycket gott betyg av både anhöriga och av externa parter som kontaktar det för råd och stöd. De anhöriga vittnar om att teamets arbete ofta innebär en vändpunkt i en situation som har varit problematisk under lång tid. De upplever att teamet ger ett professionellt och aktivt stöd och att teamet har en förmåga att lyssna även på de anhöriga. Teamets insatser upplevdes bidra till att bryta ett ibland långvarigt psykiskt lidande, att familjen kunde fungera normalt igen och även till att förhindra självmord.

För externa parter betyder teamets ingångar till psykiatrin och kunskaper i psykiatri mycket. De upplever att teamet ger ett professionellt stöd, är serviceinriktat och agerar snabbt. Teamets arbete innebär minskad oro och stöd i att hantera svåra ärenden. De ser att teamet minskar lidandet hos enskilda och grannar samt förhindrar vräkning och brott. Samtliga grupper som har intervjuats betonar vikten av teamets tillgång till läkare.

MFt arbetar med vuxna med behov av psykiatrisk vård eller stöd utan avgränsningar när det gäller diagnos. De arbetar gränsöverskridande på uppdrag av vem som helst, det kan vara en granne eller en allmänläkare. De åker ofta hem till per-

soner som har svårt att ta sig utanför hemmet. Teamet har olika roller. En roll är att vara stödjare/lyssnare, en annan att vara rådgivare, en tredje är att agera påtryckare i förhållande till omgivande system och en fjärde roll att vara en brygga mellan organisationer såsom socialtjänsten och psykiatrin.

I nuläget finns det inget alternativ till teamet. Ingen annan aktör jobbar så brett (målgrupp, uppdragsgivare och geografisk spännvidd) eller har i uppdrag att överbrygga glappen mellan organisationer och hjälpa personer som faller mellan stolarna.

Kranskommunerna som inte längre finansierar MFt bedömer deras verksamhet som professionell och värdefull men har dragit sig ur av finansiella skäl samt för att de anser sig ha egna resurser för att hantera de ärenden som teamet jobbar med.

Sammanfattningsvis bedöms MFt som ett unikt och mycket viktigt komplement till de ordinarie organisationer som ger vård och stöd till personer med allvarlig psykisk ohälsa. De erfarenhetsbaserade kunskaper som teamet har samlat på sig under årens lopp skulle behöva nå övriga organisationer för ett bättre bemötande av målgruppen.

Det som framkommer som en svårighet med MFt är dess lösa koppling till övriga organisationer. En starkare knytning till eller samarbete med andra organisationer som har liknande uppdrag skulle kunna ge synergieffekter. Modellen för hur teamet styrs är också en fråga som behöver lyftas för teamets utveckling i framtiden.

1. Läsanvisning och förkortningar

Rapporten kan läsas från första till sista sidan eller så väljer läsaren ut vissa avsnitt. Utvärderingen utgår från flera olika perspektiv som är synliga i resultatdelen: (a) teammedlemmarnas perspektiv, (b) samordnarens, (c) läkarens, (d) de anhörigas och (e) externa parter. Av forskningsetiska skäl innehåller däremot utvärderingen inte några intervjuer med patienter/klienter som har fått hjälp.

I rapporten används oftast begreppet ”person” i stället för patient eller klient eftersom det inte alltid rörde sig om personer som var aktuella i sjukvården eller socialtjänsten. I de fall intervjupersonerna har använt sig av andra begrepp har dessa inte ändrats.

I de flesta fall har könsbeteckningarna han/hon ersatts med hen för att undvika en tjugig upprepning eller för att anonymisera. I ett par fall har jag dock valt att använda den riktiga könsbeteckningen för att det har känts mest naturligt.

I rapporten förekommer några tecken och förkortningar som förklaras här nedan.

MFt Mobila Fältteamet

HSL Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Denna lag berör all verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård samt rehabilitering. Vård som ges enligt denna lag är frivillig.

LPT Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

LVM Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. (tvångslagstiftning)

SoL Socialtjänstlag (2001:453). Lagen ger inte kommunen rätt att använda tvång.

Klient I socialtjänsten används ofta begreppet klient om den person som de har kontakt med.

Patient I sjukvården används begreppet patient om den person som de har kontakt med.

Närstående/ anhörig

Med närstående menas en person som står någon annan nära. Det kan vara en vän eller en anhörig. Med anhörig menas däremot en person som tillhör familjen eller övrig släkt.

... Betyder att ett eller några enstaka ord har tagits bort i ett citat.

/.../ Betyder att en eller flera meningar har tagits bort i ett citat.

2. Ett fall för Mobila Fältteamet

Här följer en fallbeskrivning från en intervju med en anhörig som hade kontakt med Mobila Fältteamet. Alla namn är fingerade. Systemen hade haft kontakt med Mobila Fältteamet några veckor innan intervjun. Anledningen var att hon misstänkte att brodern var på väg in i en psykos.

Min bror har, för tio år sen så hade han en psykos, och de symptomen som han hade då, precis i början... han började få såna symptom igen. /.../ Så då fick jag panik för jag visste att... Om han går in i en riktig psykos så kan inte jag hantera det här, för man kan ju bli våldsam och man kan bli /.../ även om man är en väldigt foglig människa... så kan man ju bli suicidal och jätteaggressiv när man går in i en psykos.

Dagen efter systemen ringde kom teamet hem för att träffa brodern, vilket upplevdes som ett positivt möte. Systemen upplevde dem som förtroendeingivande och att de var bra på att lyssna.

... det första intrycket så tyckte jag att det var jättebra. Det kändes liksom som att de hade verkligen koll, båda två var såna liksom att man kände... en sån här lugn pondus. Man kan lita på dem, man känner direkt tillit till båda två./.../ De tog verkligen det vi sa på allvar, för att det är ofta så liksom när man kommer till sjukvården... så tar de inte riktigt det man säger på allvar: "Nej men det är nog inte så farligt, liksom."

De meddelade att de skulle ordna så att en psykiatriker skulle komma hem för en bedömning och att det skulle ske inom en vecka. Systemen befarade att det var något annat än en psykos som orsakade broderns symptom, en hjärntumör eller struma, eftersom han hade gått ner så mycket i vikt. Efter en vecka kom teamets läkare på besök. Hon konstaterade att brodern var på väg in i ett psykotiskt tillstånd och att det inte handlade om en hjärntumör, vilket lugnade systemen. Läkaren remitterade brodern till öppenvården men kunde inte förskriva några mediciner. Det skulle dröja ett par veckor tills han fick en tid inom öppenvårdspsykiatri.

Under tiden flyttade han till en annan syster. Där hände det att han en natt begav sig ut i skogen men inte kunde ta sig hem. Efter flera timmar hade han lyckats samla ihop sig och hitta ut ur skogen men väl hemma klappade han ihop i entrén. Han

ringde då till den första systemen som kontaktade Mobila Fältteamet på nytt.

Nicke hade vaknat upp i skogen mitt i natten och sen så hade han satt sig ner på en sten, och så hade han suttit där och inte kunnat komma därifrån, och inte riktigt visste vart han var nästans och så satt han bara där. Till slut så lyckades han hitta ut från skogen och ta sig hem... och då... bröt han ihop nere i svalen och då var det nån som hittade honom där.

De bestämde sig för att åka till akuten och teamet skjutsade dem dit och hjälpte till med informationsöverföringen. Sen åkte teamet iväg på ett annat uppdrag, men meddelade att de kunde kontaktas på nytt om det behövdes, vilket systemen upplevde som tryggt.

Mobila teamet körde oss till akuten... och så följde de med oss in och de pratade med dem. Jag bad dem att prata med läkare och med sjuksköterskor, så att de kunde förklara /.../ Så att Nicke kunde bli inskriven då. Mm. Och då, ja, och så fick vi vänta, och det gjorde de, och de var jättebra. Och sen så var de tvungna att åka för att det var nånting annat. Och sen så sa de: ”Men ring ifall det är nånting så kommer vi tillbaka.” Och det kändes jättetryggt, sådär liksom, att de tog om hand och pratade med sjuksköterskorna.

På eftermiddagen hade de fått träffa en läkare och fått en plats till brodern för vård på frivillig grund och de åkte till det sjukhus där brodern hade fått en vårdplats. Under tiden hade han dock blivit ännu sämre och kunde knappt gå när de skulle ta sig in till sjukhuset. De fick låna en gästol för att kunna genomföra förflyttningen. När han la sig i sängen var han alldeles stel på grund av katatoni och hade även stora svårigheter att prata. Medan hon väntade på att brodern skulle bli undersökt av en läkare på avdelningen gick systemen ut för att ta en paus, vilket ledde till att hon missade läkarbesöket. Detta gjorde henne upprörd eftersom hon inte hade fått möjlighet att prata med läkaren och för att brodern inte kunde föra sin egen talan.

Och under tiden medans jag satt på utsidan så tog de in honom till läkaren fast han var... helt katatonisk, och de ropade liksom inte på mig då, va. Fastän jag satt där på utsidan, och jag är jävligt arg för detta, att de inte säger till då. Och... nu senare så berättar Nicke att han inte kunde säga ett ljud när han var inne hos läkaren då ...

Ett problem uppstod då brodern inte ville stanna kvar på avdelningen. Trots att både systemen och modern försökte övertala honom, stod han på sig. De försökte få hjälp från en sjuksköterska, men upplevde inte att hon var ett stöd i den här processen utan snarare uppmanade honom att välja, vilket han inte var i stånd till.

Och då går hon in och pratar med honom, och hon säger liksom hela tiden: ”Ja, men du får välja mellan att gå eller att stanna, och om du stannar, så kanske vi kan få en säng till dig på ett annat ställe. Om du går så försvinner den chansen.” /.../ Hon säger det liksom en fem, sex gånger till honom att han kan gå. /.../ Och Nicke

som bara vill gå, det är liksom som att hon övertalar honom att gå, i stället för att övertala honom om att stanna.

Till slut gav de efter för broderns önskan om att åka hem och åkte till den syster där brodern hade bott den sista tiden. De ringde till några närstående för att få hjälp med att övervaka brodern när de kom fram. De ringde även till Mobila Fältteamet utan att lyckas få tag på dem eftersom klockan nu var över fem.

Väl hemma försöker de hjälpa brodern att känna sig trygg. Han grät mycket och var paranoid. Systemen och brodern gick ut på balkongen för att röka men då försökte han helt oväntat hoppa över balkongräcket.

Och så står han på balkongen och gråter och röker och jag håller om honom, och han håller om mig, och så helt plötsligt så puttar han bort mig, tar tag i balkongräcket och försöker hoppa över. Och då är vi på 8:e våningen./.../ Jag tar tag runt midjan på honom och håller i honom och säger att jag kommer inte låta nånting hända dig./.../ Och så lugnade han ner sig, satte sig i stolen, och sen så går vi in och jag var helt övertygad att det var klart då. Men sen så precis innan jag ska gå in så lutar han sig mot... eller... sträcker sig mot balkongen igen liksom, och då går jag och rycker tag i honom ... och... knuffar in honom, för att jag är ganska stor, och jag är ganska stark och han är ganska smal och mager just nu.

Sen tog ett par andra närstående över ansvaret att vakta brodern och han gjorde fler självmordsförsök. De kom på att de kan skruva av handtaget till balkongdörren för att förhindra detta, men till slut kände de att de inte orkade längre utan bestämde sig för att åka in till akuten på nytt. Modern kom då till bostaden och fick sin son att följa med under hot om att tillkalla polis.

Men vi bestämmer oss för att det går inte. Det spelar ingen roll liksom... Nils [en annan bror] ringer till mig i panik då... Men först så... åker mamma dit och säger till Nicke såhär: ”Ja, nu har du två val, det ena är att du följer med mig in till psykakuten eller så ringer vi polisen.”

På psykakuten blev han inskriven med vårdintyg denna gång och fick stanna på en avdelning. Systemen kontaktade MFT för att de skulle kontakta läkaren om broderns medicinering. Efter en tid kontaktades teamet på nytt för att brodern behövde hjälp med att ansöka om boendestöd, vilket gick igenom samma dag. Teamets hjälp upplevdes som ovärderlig och systemen värdesatte särskilt att bli betrodd och att teamet var så effektiva i sitt arbete. Hon upplevde att det inte fanns någon annan att vända sig till i situationer som den här.

(– Du, vad är det du värdesätter särskilt när det gäller teamets hjälp?) Det var att man blev betrodd, deras effektivitet, alltså när de satte igång och gjorde saker så hände det saker, det var liksom inte trögrott... de lyssnade på en, trodde på en, och agerade på det.. /.../ Och så deras, för att det är ju många såna här läkare och sköterskor som lägger in sina egna personliga liv... och det fanns ingenting sänt. De var jätteprofessionella båda två. (–Vad hade du gjort ... om det här teamet inte

fanns?) Ja, vad hade jag gjort? Vad hade jag gjort? Alltså de har ju hjälpt så otroligt mycket. Alltså saker och ting hade inte hänt så här på det här sättet, det hade kanske, jag vet inte. Jag hade inte orkat.

3. Bakgrund

Ibland är behovet av hjälp akut. Ibland vet man inte vart man ska vända sig för att det är så svårt att komma fram till rätt instans eller upplever att man inte blir lyssnad på. Det är i sådana lägen som Mobila Fältteamet får en roll som räddare i nöden. Den här rapporten beskriver en utvärdering av Mobila Fältteamet, beställd av Kommun och sjukvård, Samverkan i Göteborgsområdet¹. Mobila Fältteamet arbetar framför allt med att ge stöd till personer med allvarlig psykisk ohälsa som faller mellan stolarna, men även med att lyfta upp fel i systemet för att förbättra vården och stödet till målgruppen.

3.1 Mobila team efter psykiatrireformen

Sedan psykiatrireformen genomfördes i mitten av 90-talet har olika satsningar på mobila team genomförts inom psykiatrin. Med mobila team menas personal som åker hem till personer som är i behov av vård och omsorg, som inte själva kan ta sig till en mottagning. Dessa mobila team skapades som ett led i utvecklingen av öppenvårdens metodik i samband med att en stor del av psykiatrin förändrades från sluten till öppen vård (Jungner, 2007).

Behovet av att arbeta mer samhällsbaserat ökade efter avinstitutionaliseringen inom psykiatrin. Denna process påbörjades redan på 1970-talet i Sverige² men påskyndades av psykiatrireformen på 90-talet. Sedan dess ser vi en märkbar minskning av antalet platser inom slutenvården. Psykiatrireformen innebar dessutom att en stor del av ansvaret för omsorg och rehabilitering flyttades över från landstinget till kommunen, vilket skapade behov av organisatoriska förändringar, kompetensförstärkning och ökad samverkan mellan huvudmännen (SOU 2006:100).

Det som kännetecknar de flesta mobila team inom psykiatrin är att de ingår som en del av öppenvården. Detta innebär att de enbart vänder sig till personer som är kända av psykiatrin sedan tidigare³. Dessa team tar till exempel inte emot förfråg-

1. Omfattar socialtjänsten i fem kommuner samt Sahlgrenska Universitetssjukhuset och är ett tämligen unikt samverkansorgan i landet.

2. Utvecklingen av mentalsjukhusen tog egentlig fart på 1990-talet (SOU2006:100).

3. Med "kända" menas att de är eller har varit inskrivna i den psykiatriska vården.

ningar från socialtjänsten eller från anhöriga som behöver hjälp med att bedöma personers behov av psykiatrisk vård (LGS, 2012b) eftersom det inte ingår i deras uppdrag. Det gör däremot Mobila Fältteamet som har utvecklats inom ramen för LGS⁴ (LGS, 2014).

3.2 Förutsättningar i dagens psykiatri

Psykiatrins öppenvårdsbaserade metodik har inneburit vissa svårigheter i praktiken. Ett problem är att det har skapats ett glapp mellan den nedbantade slutenvården (heldygnsvården) och systemet med samhällsbaserad öppenvård, stöd och service (Jungner, 2007). Dessutom saknas det mellanformer mellan sluten- och öppenvård, vilket gör att människor med psykiska funktionsnedsättningar riskerar att fara illa (Cullberg & Mattson, 2002).

Enligt den regionala utvecklingsplanen för vuxenpsykiatri i Västra Götalandsregionen ska ”personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning” ha tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet. Dessa mål lever emellertid vården inte upp till (VGR, 2014, sid. 5).

Inom Psykiatri Sahlgrenskas område har stora organisatoriska förändringar ägt rum under senare år, vilket har påverkat både patienter och personal. Psykiatri har blivit mer diagnosriktad och subspecialiserad. Öppenvården som tidigare fanns lokalt i flera av kranskommunerna har lagts ner, vilket påverkar patienternas tillgänglighet till vården⁵. Denna förändring riskerar även påverka den lokala samverkan på närområdesnivå mellan socialtjänsten och psykiatri. I en kartläggning som genomfördes i Göteborg 2013 av hur många av socialtjänstens klienter som har psykisk funktionsnedsättning, redovisades en grupp på 4 693 personer. Men enligt samma kartläggning hade endast 3 045 av dem kontakt med både socialtjänst och psykiatri (Göteborgs Stad, 2013). Om siffrorna stämmer innebär det att trettiofem procent av gruppen med psykisk funktionsnedsättning endast hade kontakt med socialtjänsten.

De nya organisatoriska gränsdragningarna inom psykiatri kan ses som ett led i den fragmentering av välfärdssystemet som har pågått under de senaste decennierna. Bakgrunden till denna process är behovet av subspecialisering inom välfärdsektorn (Danermark & Kullberg, 1999). Subspeciallyering bidrar till ökad expertis och kunskapsutveckling, vilket är positivt. Men en negativ konsekvens av uppdelningen i många parallella organisationer är att personer som inte matchar dessa indelningar riskerar att ”falla mellan stolarna”. Denna risk är förstås särskilt stor för personer som har svårt att föra sin egen talan och hävda sina behov, till exempel för att de saknar sjukdomsinsikt.

4. LGS har bytt namn till Kommun och sjukvård. Samverkan i Göteborgsområdet.

5. www.sahlgrenska.se/sv/SU/Aktuellt/Nyheter/Nyhetsarkiv/2012/Atta-mindre-mottagningar-blir-fem-storre/.

3.3 Mobila Fältteamets syfte och mål

Syftet med Mobila Fältteamet är att arbeta uppsökande och förebyggande på uppdrag av både kommunerna och sjukvården. Mobila Fältteamet ska arbeta flexibelt, oberoende av upptagningsområde, diagnosgrupp eller andra kriterier. Teamet ska ge omfattande stöd inklusive medicinska insatser och genomföra behovsbedömningar på fältet, för att individer ska få rätt vård och stöd. Med de kunskaper som teamet har kan hänvisning ske till rätt instans, oavsett om det rör sig om behov av vård, omsorg eller service. I de fall individer redan har en behandlingskontakt aktualiseras i stället denna (Kommun och sjukvård. Samverkan i Göteborgsområdet, 2014). I de fall då behandlingskontakt saknas, finns teamet där som stöd i väntan på att en kontakt har etablerats.

Teamet ska även arbeta motiverande med personer som inte har förmåga eller vilja till kontakt (LGS, 2012a).

Ett viktigt motiv till att skapa det Mobila Fältteamet var att kunna tillgodose behovs- eller solidaritetsprincipen som finns beskriven i Prioriteringsutredningen från 1995. Med detta menas att resurser ska gå till de områden där behoven är som störst, samt att behov beaktas hos personer som inte är medvetna om sina rättigheter (LGS, 2011).

Det övergripande målet med Mobila Fältteamet är att fler personer ska kunna erbjudas snabba vård- och stödinsatser i hemmet och att behovet av akutvård och slutenvård på sjukhus ska kunna minska genom ökad trygghet för patienter/brukare och närstående/personal i boenden (LGS, 2011).

Mobila Fältteamets specifika mål, som de formulerades i det senaste samverkansavtalet är att:

- Tidigt identifiera personer som är okända för parterna och saknar kontakt med vård- och stödssystem
- Identifiera, kartlägga problem gällande psykisk ohälsa och social livssituation, samt lotsa personer rätt
- Identifiera strukturella/organisatoriska brister för att förhindra att personer faller mellan stolarna
- Förebygga och förhindra vräkning för personer med psykisk ohälsa
- Genom uppsökande verksamhet snabbt kunna initiera vård- och stödinsatser
- Genom tidig upptäckt och tidiga insatser effektivisera vårdkedjan – bidra till ett effektivt utnyttjande av resurser
- Öka tryggheten för klienter/patienter, anhöriga och personal

Källa: Kommun och sjukvård. Samverkan i Göteborgsområdet, 2014.

3.4 Mobila Fältteamets målgrupp

Målgruppen som Mobila Fältteamet ska arbeta mot är personer med psykiska funktionsnedsättningar⁶ med eller utan missbruksproblem som har behov av insatser från kommun, landsting och andra huvudmän (LGS, 2012b). Personer som omfattas av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ingår också.

Teamet har inga avgränsningar när det gäller ålder eller diagnos. De hjälper både ungdomar och vuxna i alla åldrar. Det brukar vanligtvis röra sig om personer över 18 år men vid behov även yngre tonåringar. De har inte någon övre åldersgräns.

Teamets målgrupp är personer med en psykiatrisk problematik som det ordinarie vård- och stödsystemet inte har lyckats hjälpa. De arbetar normalt inte med personer som har en pågående kontakt inom socialtjänst eller sjukvård om denna kontakt fungerar. De tar inte heller emot ärenden som enbart handlar om missbruksproblem utan någon annan psykiatrisk diagnos.

3.5 Mobila Fältteamets organisation

Mellan april 2012 och december 2013 drevs Mobila Fältteamet som ett projekt. Sedan dess är teamet en ordinarie verksamhet som drivs inom ramen för en samverkan mellan Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Göteborgs Stad samt ett antal av Göteborgs kranskommuner. Från början hade teamet Göteborg, Mölndal, Partille, Öckerö och Härryda som finansiärer. Härefter har antalet kommuner minskat till Göteborg, Mölndal och Öckerö.

Mobila Fältteamet omfattar idag 4,5 tjänster och består av två subteam med vardera en sjuksköterska och en socionom samt en samordnare (50%). Dessutom finns en läkarresurs på 25 procent knuten till teamet. Temagrupp psykiatri som är ett beredande organ till Ledningsgruppen för samverkan inom ”Kommun och Sjukvård – Samverkan i Göteborgsområdet” är styrgrupp för Mobila Fältteamet.

Organisatoriskt sorterar Mobila Fältteamet under två huvudmän och organisationer eftersom de sjukvårdsanställda är anställda av SU Beroendekliniken och SU Rättspsykiatri medan socionomerna är anställda av Göteborgs Stad/SDF Centrum⁷, (se tabell 1 på nästa sida).

6. I målsättningarna i det senaste samverkansavtalet används begreppet psykisk ohälsa, medan målgruppen i det ursprungliga samverkansavtalet från 2012 (se LGS, 2012a) och i Informationen om MFT (LGS, 2012b) beskrivs som personer med psykisk funktionsnedsättning.

7. SDF Centrum har ett särskilt resursnämndsuppdrag att ha ansvar för den kommunala delen av teamet.

Tabell 1. Kortfakta om Mobila Fältteamet.

Antal tjänster	4,5 årsarbetare samt läkare
Yrkesgrupper	2 sjuksköterskor, 2 socionomer, 1 samordnare (50 %) och 1 läkare (25 %)
Organisatorisk tillhörighet	Göteborgs Stad, SDF Centrum SU Psykiatri
Styrgrupp	Temagrupp Psykiatri
Chefsansvar	Göteborgs Stad, SDF Centrum (socionomer) SU Beroendekliniken* (sjuksköterskor) SU Rättspsykiatri (samordnare och läkare)
Lokal	SU Beroendekliniken*
Finansiärer	SU Psykiatri, Göteborgs Stad, Mölndals Stad och Öckerö kommun.
Geografiskt upptagningsområde	Främst Göteborg, Mölndal och Öckerö.

*) till och med 2015-09-25 då teamet byter lokal till Psykosvård Väst och chefsansvaret för sjuksköterskorna flyttar över dit.

4. Syfte

Utvärderingen syftade till att beskriva Mobila Fältteamets arbete i förhållande till dess målsättning samt dess betydelse för brukare/patienter, närstående samt externa parter som kontaktar teamet. Av etiska skäl har inte klienter/patienter intervjuats inom ramen för studien, utan deras perspektiv har belysts genom intervjuer med närstående. Utvärderingen skulle även beskriva utvecklingen av Mobila Fältteamets arbetssätt.

Följande frågeställningar har varit utgångspunkt för utvärderingen:

- Hur arbetar Mobila Fältteamet? (Hur har Mobila Fältteamet utvecklats sedan start? Vilka målgrupper arbetar de med?)
- Hur uppfyller Mobila Fältteamet sina målsättningar? (Hur väl matchar målsättningarna teamets resurser?)
- Vad betyder Mobila Fältteamet för patienter/klienter och närstående?
- Vad betyder Mobila Fältteamet för samarbetspartners/inremitterande organisationer?
- Vilken roll har Mobila Fältteamet i förhållande till vårdgrannar/omgivande system?

5. Metod

5.1 Undersökningsmetoder och målgrupper

Utvärderingen genomfördes med en mix av metoder: intervjuer, observationer samt analyser av den statistik som teamet förde. Inledningsvis genomfördes *en deltagande observation* av ett teammöte då nya ärenden diskuterades och fördelades i teamet. Syftet med observationen var att få en inblick i hur teamet arbetade i praktiken⁸.

Intervjuer genomfördes sen med följande målgrupper:

- Teamets personal, samordnare samt läkare (6 personer)
- Externa parter med erfarenhet av kontakt med teamet: 1177, Störningsjouren, chef för gruppboende, boendestödare, chef för socialsekreterare och före detta samordnare (6 personer)
- Närstående till patienter/klienter som hade varit i kontakt med Mobila Fältteamet⁹ (6 personer)
- Representanter för de kranskommuner som inte längre finansierar teamet (2 personer)

5.2 Genomförande

Rekryteringen av intervjupersoner har i de flesta fall gått via Mobila Fältteamet. Namn på representanter för kranskommunerna har erhållits från Kommun och sjukvård – samverkan i Göteborgsområdet.

Intervjuerna med teamet genomfördes som halvstrukturerade samtalsintervjuer face-to-face. Dessa tog cirka 60–90 minuter och genomfördes antingen i teamets lokaler eller på mitt kontor. Intervjupersonen kunde välja plats.

Intervjuerna med närstående genomfördes per telefon i syfte att underlätta medverkan. Det är lättare att hitta en tid för en telefonintervju och det faktum att intervjun görs via telefon kan även underlätta samtal i känsliga frågor.

8. Av etiska skäl har jag inte kunnat följa med teamet ut på fält.

9. Dessa personer tillfrågades av personal i MFT eller av boendestödare om de ville medverka i en intervju där utvärderingens syfte framgick, samt att medverkan var frivillig, att information behandlades konfidentiellt med mera. Intervjupersonerna var antingen en förälder eller syskon till en person i behov av hjälp.

De flesta intervjuer med externa parter samt kranskommuner genomfördes också per telefon. Telefonintervjuerna tog cirka en halv timme. Samtliga intervjuer bokades in i förväg, spelades in på band och har i de flesta fall skrivits ut ordagrant.

Statistik som har förts av Mobila Fältteamet om antal ärenden, målgrupp med mera har även sammanställts som en del av utvärderingen. I bilaga 1 finns en beskrivning av hur studien har beaktat de forskningsetiska principerna.

6. Resultat

I början av den här rapporten finns en beskrivning av ett ärende som efter mycket dramatik slutade väl. Alla ärenden slutar dock inte lika bra. Nedan beskrivs en person som ännu inte har fått adekvat vård trots en flerårig problematik.

6.1 Ett ärende som inte har funnit en lösning

Ärendet rör en man i 50-årsåldern som sedan många år lider av en kronisk psykossjukdom. Han har haft långvarig kontakt med öppenvården och har tidigare fått sluten vård utifrån LPT då han helt saknar sjukdomsinsikt. Han bor i en hyreslägenhet, lever ensam utan kontakt med anhöriga och lever på försörjningsstöd.

Mannens hyresvärd ringde Mobila Fältteamet hösten 2012 efter att mannen hade uppträtt hotfullt mot sina grannar. Han upplevde att personer gick in i hans lägenhet, att det fanns vibrationer i lägenheten som var ämnade att skada honom, med mera. Mannen hotades med vräkning på grund av ett störande och hotfullt beteende. Mannen hade då mot personalens inrådan, nyligen avslutat kontakten med psykosöppenvården. Öppenvården bedömde att en LPT-bedömning därför skulle göras av primärvårdens läkare. Mobila Fältteamet initierade detta med hjälp av en läkare på vårdcentralen som tillsammans med polis gjorde ett hembesök, men något vårdintyg utfärdades inte, då det bedömdes att alla kriterier för LPT inte var uppfyllda.

Psykosöppenvården skickade ett brev till mannen och bad honom komma på besök för att diskutera situationen, vilket patienten inte gick med på. En månad senare utfärdades ett beslut om LPT av en läkare vid psykosöppenvården som åkte dit på hembesök. Mannen bedömdes vara psykotisk och splittrad med omfattande paranoida vanföreställningar. Han avvek dock från lägenheten och återfanns inte inom 4 dygn varför vårdintyget blev ogiltigt.

Hyresvärden kunde inte genomföra vräkningen då de hade råkat göra ett juridiskt fel i handläggningen av ärendet. Patienten meddelade psykosmottagningen att han inte önskade någon kontakt.

Lite drygt ett år senare kontaktade hyresvärden Mobila Fältteamet på nytt då problemen kvarstod. Grannarna var rädda då mannen hade fortsatt vara hotfull. Enligt dom hade han sagt: ”Något kommer att hända om ni inte slutar att förfölja mig”.

Mobila Fältteamet tog då kontakt med Psykosöppenvården och verksamhetschefen för Psykiatri Psykos som fastslog att denna patient var psykosöppenvårdens ansvar även om dom formellt hade avslutat ärendet. En ny vårdintygsbedömning gjordes av en läkare vid Psykosöppenvården senhösten 2013. Mannens lägenhet var då helt tömd på möbler. Mannen talade stundtals osammanhängande, men bedömdes inte uppfylla kriterierna för LPT-vård.

Härefter gjordes några enstaka försök att kalla mannen till besök på öppenvården via brev under 2014. Hösten 2014 beslutade psykosöppenvården att fler försök att etablera kontakt inte skulle göras från deras sida, men att patienten inte heller kunde remitteras till primärvården. Ärendet blev vilande och insatser skulle kunna aktualiseras vid behov.

Det har nu gått snart tre år sen den första påringningen från hyresvärden nådde MFt och mannen har fortfarande inte fått någon vård. Mannen har en kronisk psykosjukdom, saknar sjukdomsinsikt och är vräkningshotad på grund av sina psykiatriska symptom. Det är oklart var en eventuell vräkningsprocess ligger idag, då kontakter med hyresvärden inte har tagits.

Mobila Fältteamet har fått beskedet att det är psykosöppenvårdens uppdrag att hantera detta patientärende. Enligt Mobila Fältteamets bedömning är det helt uppenbart att denne man är i behov av psykiatriska insatser även om han inte samtycker till detta.

Källa: Samordnaren för Mobila Fältteamet, augusti 2015.

6.2 Teamets perspektiv på sitt arbete

6.2.1 Mobila Fältteamets sammansättning

Mobila Fältteamet består som tidigare nämnts av en samordnare, två socionomer och två sjuksköterskor. Dessutom är en psykiatriker knuten till teamet 10 timmar i veckan. Teamet består egentligen av två subteam med en socionom och sjuksköterska i vardera team, eftersom de arbetar två och två. Varje subteam består av en man och en kvinna.

Det ena subteamet har varit med från start då Mobila Fältteamet började som ett projekt för tre och ett halvt år sen, medan det andra teamet har bytt personal under årens lopp. Det andra teamet hade dock också mycket erfarenhet av rollen, sedan minst ett och ett halvt år, när intervjuerna gjordes. Tre av teammedlemmarna hade tidigare erfarenhet av att arbeta i fältteam och två av dem hade lång erfarenhet från psykiatrin innan de började arbeta i teamet.

6.2.2 Varför sökte de tjänsten?

Anledningen till att teammedlemmarna hade sökt det här arbetet var att de gillar ett fritt, rörligt och flexibelt arbete riktat mot personer med psykiatrisk problematik. Flera av dem påpekade att de hade valt bort arbete på mottagning eller kontor för att det var för rutinmässigt. De gillade det akuta – att inte veta vad som skulle hända under en dag. De upplevde en frihet i att kunna styra över sin tid, att ha möjlighet att fatta egna beslut och att kunna hjälpa.

Det jag ser som den stora tillgången är att man snabbt vill iväg och man vill hjälpa till. Inte sätta sig i bilen och skriva upp, jaha, det är där och där... Så, den friheten tror jag är jätteviktig för att kraften ska finnas kvar. /.../ för mig är det så i alla fall, det är det jag gillar också, att man är lite frikopplad.

6.2.3 Vad krävs för rollen?

På frågan om vad som krävs för att man ska passa för arbetet i ett sådant här team var teammedlemmarna överens. De pratade om förmågan att lyssna för att förstå vad en person behöver hjälp med. Detta gällde framförallt personer som själva var i behov av hjälp, men även när anhöriga och personal ringde. Det var också viktigt att snabbt kunna etablera kontakt med en okänd person.

Ja, man måste vara väldigt lyhörd, tycker jag. Och ... man ska gilla utmaningar också, och man ska... verkligen lyssna på de som... Ja, lyssna på alla.

Om man inte gillar utmaningar, oväntade situationer och att snabbt gå till handling skulle man inte söka sig till det här jobbet. Ingen dag var den andra lik och de arbetade med många olika slags situationer, vilket ställer krav på flexibilitet, problemlösning och handlingsberedskap.

Utän att när man lyfter luren så vet man inte vad som är i den luren liksom, eller vad det är för en person så, känner jag liksom. Mm man måste vara vaken.

Jag tror att man måste va... lämpad för den här typen av arbete på nåt sätt och kunna möta alltså... vara flexibel i nån mening och vara beredd på oväntade situationer och vara beredd på att kunna liksom kasta sig ut, och beredd på att hantera situationer som uppstår också.

Även om de fick personuppgifter från den som ringde fanns det inte alltid en historik vare sig från socialtjänsten eller från sjukvården. Då visste de inte vad de kunde förvänta sig när de åkte ut på ett hembesök.

Så mycket vi kan, läser vi in oss på. Finns det våld sen tidigare? Och vad är det för typ av problem, alltså både socialtjänst och sjukvård och såna... saker. Så vi har ett litet hum om vem vi kommer hem till faktiskt. (– Så ni har en beredskap då, ja.) Och ibland finns ju ingenting och då blir det svårare. Alltså, det finns ingen historia, varken inom sjukvård eller socialtjänst.

Eftersom det inte finns några givna mallar för hur man ska agera i olika ärenden, bygger arbetet i teamet på förmågan till goda bedömningar och stort ansvarstagande. Uthållighet, att hålla fast vid det som är viktigt och att inte släppa taget var också något som alla påpekade som viktigt. Det förhållningssättet behövdes gentemot organisationer som satte strikta gränser gentemot sig själva. Det var viktigt att våga ställa krav gentemot vårdgrannar och omgivande system för att enskilda personer skulle få den vård de behövde.

Man får inte ge sig, man får vara lite envis och påstridig så, ja. /.../ Man måste vara envis. /.../ man kan ju inte bara säga jaha, vårdcentralen vill inte... Okej om de säger såhär: "Vi har inga läkare idag, vi har inga läkare just nu". Då... har de inte det! Då får man ju ringa halvfem, om det är så akut då, till... Beredskapsjouren.

6.2.4 Kännedom om teamet?

I början ägnade teamet mycket tid till att åka runt till berörda organisationer för att informera om sin verksamhet. De upplevde ändå inte att teamet var tillräckligt väl känt idag. De tyckte inte heller att det var lätt att få information om teamet på nätet om man inte sökte på själva namnet.

Jag tror inte så många känner till oss. Jag tror inte att det är så lätt att hitta oss i de här, Samverkanstorget och såna här saker, men jag tror vi står på hemsidorna, både Göteborgs Stad och... Jag är inte riktigt säker på detta och jag vet inte riktigt hur man skulle marknadsföra oss heller.

De befarade att de skulle få "*hemskt mycket mer att göra*" om de blev mer kända bland allmänheten. Samtidigt såg de en ökad kännedom som något positivt eftersom teamet på så vis skulle kunna hjälpa fler.

6.2.5 Hur har arbetet utvecklats över tid?

De som hade varit med från början berättade att arbetet inledningsvis bestod av mycket pappersarbete. De var med och formulerade hur teamet skulle arbeta och ägnade en del tid till information om verksamheten. De första åren hade de haft en samordnare på heltid. När de fick en samordnare på halvtid tvingades de förändra sitt arbetssätt. Eftersom den nya samordnaren inte var tillgänglig hela tiden, behövde teamet själva ta emot telefonsamtalen och göra bedömningar om lämpliga åtgärder.

De hade också ändrat sitt arbetssätt så att de läste på mer i journalsystemen¹⁰ för att skapa sig en bild av ärendet innan de fattade beslut om lämplig åtgärd, till exempel om de skulle åka ut på ett hembesök eller inte. I början åkte de ut i nästan alla ärenden. Detta hängde även ihop med att teamet efter hand hade fått mer erfarenhet och kunde göra bättre bedömningar om vad som var mest effektivt i det enskilda fallet.

Det positiva med ett ökat ansvar för bedömningarna var att de upplevde det som utvecklande. Och även om ett större ansvar vilade på var och en av dem, var de inte ensamma i detta utan diskuterade ärendena med varandra i teamet. Dessutom kunde de stämna av med samordnaren i svårbedömda fall. En i teamet tyckte dock att arbetet hade blivit lite mer splittrat på grund av att de nu arbetar både inne och ute.

Men det fanns en fördel med att ha en samordnare hela tiden, han avvärdade ju väldigt mycket... i telefon då, ordnade innan, och så det som blev över, det fick ju vi då i färdiga ärenden. Så det var ju ett moment i jobbet som inte fanns då. Nu värderar vi ju också. Ska vi göra detta eller ska vi inte göra det? Det gjorde ju han då, så det var färdigt när vi kom.

Den tidigare samordnaren hade även fördelat arbetet jämnt mellan de två subteamen och hade en överblick över helheten. Så som de arbetade idag visste det ena subteamet inte riktigt vad det andra subteamet gjorde. Den gemensamma ärendegenomgången som teamet har en gång i veckan innebar ändå en möjlighet till överblick och samsyn och de upplevde att den nya samordnaren hade mycket att tillföra genom sina kunskaper i juridik och organisation. Teamet upplevde också att det numera var lättare att nå in i andra organisationer, med de kunskaper om ansvarsgränser och patienters rättigheter som de hade samlat på sig genom åren.

6.2.6 Nya ärenden och målgrupper

Innehållet i arbetet hade också förändrats något sedan start. I början åkte de mer på suicidbedömningar, vilket de antog berodde på att teamet var knutet till Psyk-akuten under de första åren.

10. Journalsystemet som används inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Mellior) och dokumentationssystemet som används av socialtjänsten (Treserva).

Det var mycket suicidbedömningar och sånt som vi åkte på när vi började, men det har ju minskat, känner jag. Vi åker fortfarande på det givetvis, men... nu har det blivit väldigt mycket vanföreställningar, psykoser.

När de fanns i Psykakutens lokaler fick de förväntningar på sig att avlasta den verksamheten, exempelvis att följa upp patienter som hade blivit hemskickade. Ibland rörde det sig om rena transportuppdrag.

Ibland kunde det också vara att nån hade ringt akuten och sagt att vi har en person här som vi inte riktigt vet hur vi ska hantera osv. Och då kunde akuten vända sig till oss också. /.../ självklart tog vi uppdrag från dem också, men vi kunde inte enbart jobba för akuten.

Teamet fick fortfarande ärenden från Psykakuten men i mycket mindre omfattning. Närheten till Beroendekliniken sedan de flyttade in där hade dock inte inneburit fler ärenden därifrån.

6.2.7 Hur arbetar de?

6.2.7.1 *Organisering av arbetet*

Mobila Fältteamet arbetar självständigt i det dagliga och har några gemensamma möten där samordnaren leder arbetet. Samordnaren har en arbetsledande roll men är inte chef för teammedlemmarna. Sjuksköterskorna som är anställda av Västra Götalandsregionen har en chef på SU Beroendekliniken¹¹ medan socionomerna som är anställda av Göteborgs Stad har en chef i SDF Centrum. Denna uppdelning upplevdes inte som något problem av teammedlemmarna.

Anledningen till att de arbetar två och två i subteam är att de ska kunna åka ut på fält ihop, vilket det ligger ett säkerhetstänkande bakom. De åker i princip aldrig ut ensamma, om det inte finns någon annan personal på plats.

Upplägget med två fasta subteam har både för- och nackdelar. En fördel är att varje subteam blir mer sammansvetsat, vilket är bra när de är ute på fält och behöver dra åt samma håll. Till nackdelarna hör att det blir sårbart om en i teamet blir sjukskriven. Om man är ensam i sitt subteam blir det mycket internt arbete som att svara i telefon, ringa med mera, vilket inte upplevdes som lika tillfredsställande.

(–Blir man beroende utav varandra när man jobbar två och två så, eller jobbar ni alla fyra tillsammans?) Nej det gör man inte, man jobbar två och två... Men nu är NN sjuk också... så jag jobbar ju själv... så nu har jag faktiskt åkt ut själv. (– Har du gjort det?) Inte hem till nån, utan, jag följer med socialtjänsten och så, kan jag följa med dem, när man är två stycken. Det har jag faktiskt gjort. (– Men hur är det nu då när NN är sjukskriven då? Hur funkar det för dig då?) Nej, men jag får ju ta samtal och så... och så får jag åka ut till de jag kan.

11. Kommer att förändras i samband med att Mobila Fältteamet flyttar till Psykosvård Väst.

Tanken med att teamen representerar både kommun och region är att deras olika hemvist ska förbättra möjligheterna till kontakt med både socialtjänst och psykiatri. En grundidé är att socionomerna ska prata med kommunens personal och att sjuksköterskorna ska ta samtalen med sjukvården. Men i praktiken hjälps de åt om det är många instanser som behöver kontaktas.

Teamet kontaktas på en telefon som det subteam som är inne på kontoret har hand om. Om inget av subteamen är på plats, kan den som ringer lämna ett meddelande. Förutom det huvudsakliga telefonnumret till teamet har varje teammedlem även var sin telefon för att vara nåbar.

Att teamet har tillgång till en erfaren psykiatriker upplevdes som ovärderligt. Hon tjänstgör en fast dag i veckan och ytterligare några timmar. Teamet hade gärna sett att läkartiden hade utökats. Läkaren brukade göra vårdintygsbedömningar och gav råd om medicinföreskrivning med mera till ansvarig vårdgivare. När hon inte var i tjänst tvingades teamet vända sig till närmaste vårdcentral eller Beredskapsjouren i akuta ärenden.

Ja, det skulle vara jättebra om vi kunde haft läkare fullt ut alltså. Det skulle varit fantastiskt, men så är det ju inte nu, utan nu får vi vända oss till primärvård om vi behöver akut läkarhjälp, eller Beredskapsjouren då.

6.2.7.2 Innehållet i arbetet

Teamet gör en rad olika saker. De ger råd över telefon och i hemmet, åker hem till personer för en psykiatrisk bedömning och en social kartläggning. De arbetar även motiverande med personer som inte vill ta emot hjälp. De kopplar också in insatser från olika organisationer och fungerar som överbryggare mellan organisationer, till exempel mellan socialtjänsten och psykiatrin.

Det var en kille som höll på att bli vräkt från en lägenhet som var intagen på LPT faktiskt och han hade varit hemma på permissioner och lyckats ställa till det till den graden så att nu ville man vräka honom. Det hade ju vart en historia i detta givetvis bakåt och jag vet att jag frågade dem: "Men bjuder ni inte in socialtjänsten här nu alltså?" till psykiatrin. "Nej så jobbar inte vi här" säger de... "varför ska vi göra det?" Då kan jag bli väldigt förvånad alltså... till slut lyckades vi få till ett möte ändå, runt den här personen.

Ytterligare en uppgift är att ge råd och stöd till anhöriga och personal som kontaktar dem. Teamet arbetar flexibelt och gör det de bedömer behöver göras. Det kan röra sig om att köra en person till ett första samtal i öppenvårdspsykiatrin eller köra till ett apotek om en person har svårt att ta sig dit själv. Insatserna handlar både om handfast praktiskt stöd i kombination med att verka för att en person får den vård eller stöd hen behöver från ansvarig organisation. De möter ofta personer som befinner sig i en gråzon mellan organisationer.

Oftast handlar uppdragen om kortare insatser över en begränsad tidsperiod, men de kan även ha en längre kontakt, eller att personer återkommer som på nytt har blivit sämre. Det kan ta tid innan en person får en nybesökstid och under tiden kan teamet erbjuda en stödande kontakt. Det är inte ovanligt att personer som är i behov av hjälp ringer till dem själva.

När de hade varit på ett hembesök blev det ofta mycket efterarbete, till exempel med att koppla in den hjälp som behövs. De berättade att de ofta fick *”tjata och ligga på”* om de inte fick igenom det de ville.

På min fråga om det kunde bli stressigt emellanåt, tyckte de flesta att det var lagom mycket att göra och att de hanterade arbetsmängden genom att säga nej om de redan hade fullt upp, men att det alltid handlade om prioriteringar. Vissa ärenden kunde bokas om och vänta medan andra krävde en akut uttryckning.

Ibland kan vi ju sitta såhär i ett par timmar och det händer ingenting, och så helt plötsligt så händer allt på en gång. Det är liksom lite grann som en brandkår alltså, eller ambulansutryckning... Det är ju inte så att man kan slappna av, även om man inte har nåt att göra just för tillfället.

Ibland rullar det på lite väl mycket. Jag tror det var i torsdags eller i fredags då hade vi, för från det ena till det andra och kände att det blev för mycket då, va. Så att man kan inte göra för många insatser och behålla sig närvarande, lugn, professionell. Utan då varvar man upp i ett tempo där man tappar bort den här... förmågan/.../ Om det ska bli bra så måste du vara väldigt nedtonad och lugn, ostressad.

6.2.7.3 Bemötande

De hade lärt sig mycket genom åren i att möta personer på deras nivå och prata med dem på ett sätt som tydligt visade ett intresse av att hjälpa. Det var viktigt att inte upplevas komma från en *”myndighet”*.

Vi försöker liksom, vi ger oss inte kanske i första taget, utan vi...”Är det okej om vi snackar lite bara.” Och så kanske man får in en fot och så pratar man lite grann.” Är det okej om vi kommer tillbaka nästa vecka?” Och så tar vi tio minuter till. ”Är det okej för dig så?” ... då har man oftast... fått en kontakt ... och /.../ även om vi har korta... uppdrag... så är det ändå viktigt att vi får en kontakt... ibland handlar det om sekunder. Du vet, i dörren, att vi ringer på och de öppnar. ”Och vilka är ni?”...”Vi kommer från Mobila Fältteamet...”

De brukade känna av om det var svårt för en person att be om hjälp, vilket de löste genom att ställa frågor. Vid hembesöken blev de oftast insläppta, men om de inte blev det, brukade de prata genom brevinkastet. När de kom in till en person som de inte hade träffat tidigare, brukade de visa upp sin legitimation för att visa vilka de var.

De berättade att det var speciellt att möta klienter/patienter i hemmet. Det var viktigt att visa respekt till exempel genom att låta personen i fråga bestämma var de

skulle sitta eller stå. Hemmet kunde både kännas som en trygg plats men samtidigt innebära att personen upplevde sig oskyddad. På frågan om personer kunde uppleva sig hamna i underläge när de var två personer ifrån teamet som kom in i deras hem, svarade de att de inte hade upplevt det som något problem. Ibland fanns en anhörig på plats och om kontakten hade gått via en socialsekreterare brukade hen informera om att de var två personer som skulle komma.

De tyckte att det var bra att vara en man och en kvinna i varje team. Tanken med det var att personen kunde välja att prata med en man eller kvinna. Det kunde vara viktigt om en person hade mer förtroende för endera könet. De upplevde också att stökiga män kunde bli lugnade av att det fanns en kvinna i rummet.

Det råkar vi ut för ibland, kvinnor som har problem med, alltså mer kanske saker som har med kvinnor att göra så jag tänker på, det kan vara sexualitet, det kan vara andra saker som man vill prata med en kvinna om. Och ibland män också, så jag tycker att det har varit en jättefördel... Jag tycker inte att det är alls ovanligt att vi kommer hem till folk som säger, jag vill prata med NN i stället för jag känner att det känns bättre. Eller tvärtom då, jag vill prata med dig NN för jag vill inte att någon tjej ska vara inblandad... Och ibland är det såna här kulturella grejer, så kan det också vara, att man vill prata med en kille.

Det var ovanligt att de blev utsatta för våld eller hotfulla situationer, men det hände ibland. Exempelvis att bli dragen i håret eller få farliga saker kastade mot sig. De var inte rädda för att möta våld genom att de upplevde en trygghet i att vara två. För att bearbeta det som hade hänt brukade de prata med varandra efteråt.

På frågan om hur de hanterade sekretessen svarade de att de i regel inhämtade ett muntligt samtycke om de behövde föra information vidare, men att det förstas var omöjligt i de fall då en person saknade sjukdomsinsikt.

6.2.7.4 Ärenden utifrån LPT

Mobila Fältteamet hanterade regelbundet ärenden där tvång behövde användas för att ge en person vård. Dessa ärenden hörde inte till de vanligaste men innebar alltid en viss dramatik.

(– Men hur ofta har ni LPT-ärenden?) I måndags hade vi två stycken faktiskt. Ja, det var igår... Sen, ja vad kan man säga, tre till fyra i månaden kanske.

Om teamet hamnade i en akut situation som inte kunde vänta på att teamets läkare kunde göra en LPT-bedömning och om personen inte ville åka med till sjukhuset, kontaktade de närmaste vårdcentral för att få tag på en läkare som kunde skriva ett vårdintyg. I praktiken kunde det vara svårt att få till stånd.

I ärenden med hämtning av en person som hade fått ett vårdintyg fanns alltid polis och läkare med. Teamet brukade hålla sig i bakgrunden i dessa ärenden och fungerade som ett stöd för läkaren. Teamet hade ofta mer information om patien-

ten och kunde hjälpa till med att boka polis, ambulans med mera. Polisens närvaro bidrog ofta till att patienten lugnade ner sig och transporten till sjukhuset genomfördes oftast av dem. Polisen behövdes även i akuta situationer, som när en person försökte ta livet av sig. Om teamet var ensamt på plats i en sådan situation kunde minuterna kännas långa innan polisen kom.

Men det är klart, det har vart, någon har varit suicidal och man har väntat och väntat på att nån ska komma... läkare och polis, och det dröjer. Och de har försökt hoppa ut genom fönstret eller bränna sig och slänga i sig tabletter och... man måste... hindra dem... (– Fysiskt?) Ja. Det är ju inte roligt. Nej. /.../ Då känns minuterna långa.

6.2.7.5 Tillgängligheten till teamet

Tillgängligheten till teamet hade minskat sen de började jobba på kontorstid och fick en samordnare på halvtid. Detta i och med att telefonen lämnas obemannad om båda teamen var ute på uppdrag. De hade prövat att ta med sig telefonen när de var ute på fält men tyckte att det blev för stressigt och störande för patienten/klienten.

Förr gjorde vi så att vi hade med oss telefonen för NN [den förra samordnaren] var jättenoga med det här med tillgängligheten. Han ville att vi skulle vara tillgängliga 100 procent i princip. /.../ Och då var det så... Jag vet nån gång så var det en kvinna som försökte hålla i sig tabletter, alltså under tiden vi var där. Då var vi ju tvungna att ta tag i henne alltså för att inte hon skulle... och då ringde telefonen och. Ja, jag fick hålla i henne och NN fick svara eller nåt sånt där. Och då var det ytterligare ett ärende till oss, och de drev på /.../ så det blev ju galet ibland. /.../ Men det gör vi inte längre då, utan nu lägger vi telefonen på jobbet.

Anledningen till att teamet numera arbetade dagtid, var att det var mest effektivt utifrån befintliga resurser. De hade prövat många olika modeller för arbetstiden under åren. De hade jobbat omlott – ett team i taget – både kvällar och helger. Men statistiken över när de blev kontaktade visade tydligt att de allra flesta samtal kom in under kontorstid på vardagarna, vilket innebar att det var ett slöseri med resurser att sitta överksam så många timmar på obekvämt arbetstid.

Det var bra tycker jag på ett sätt, fast det blev väldigt stressande, för jag vet att när vi jobbade ibland till 21 på kvällarna så, vid några tillfällen /.../ så hände det att vi satt där, på helger framför allt då. Vi hade inget att göra på hela dagen, 20:55 ringer det, och då var det nåt oerhört dramatiskt. Och så var vi tvungna att jobba till klockan 00–00:30... Så det blev lite demoraliserande att sitta en hel dag. Nu ska vi åka hem och så precis då så måste man ge sig av liksom. Suttit i åtta, nio timmar på jobbet utan nånting att göra.

Arbete kvällar och helger innebar också svårigheter att få tag på folk som arbetar kontorstid, till exempel socialsekreterare. Dessutom var det sårbart att bara ha ett

subteam i tjänst i taget om någon skulle bli sjuk. Ett par av dem reflekterade kring för- och nackdelarna med att enbart jobba dagtid. Om de hade varit fler personer i teamet hade de kunnat vara tillgängliga även vid andra tider, vilket skulle vara bra för dem som behövde nå dem efter kontorstid.

Om de förstod att en person behövde hjälp vid tider när de inte var i tjänst, hänvisade de till andra aktörer så som 112, 1177 (sjukvårdsupplysningen) eller socialjouren beroende på vad som behövdes.

6.2.8 Teamets roller?

På frågan vilken roll de upplevde sig ha kom de fram till följande:

- *Hjälpare/stödjure/lyssnare* i förhållande till anhöriga och personer med egna behov av hjälp. ”Ger dem en bekräftelse på hur de har det.”
- *Rådgivare* i förhållande till personer med egna behov, anhöriga och personal.
- *Påtryckare* i förhållande till psykiatriska mottagningar med långa väntetider eller som ”inte lägger in” eller ”skriver ut för snabbt”.
- *Brygga emellan socialtjänsten och psykiatrin* – ”psykiatrin är ett vitt fält för socialtjänsten”.

6.2.9 Vad kan vara svårt i arbetet i teamet?

På frågan om vad teammedlemmarna upplevde som svårt i jobbet tog de upp olika saker. De mötte hela tiden personer som hade hamnat i kläm på grund av brister i systemet, vilket kunde kännas tröstlöst. En av dem uttryckte det som att hen kunde känna sig maktlös i förhållande till problemen på strukturell nivå som de inte kunde göra något åt, mer än att påtala att de fanns. En annan svårighet var att hantera kontakter med organisationer där ansvarsfrågan inte var helt tydlig. Exempelvis om en vårdcentral inte ville skriva vårdintyg för en patient.

Det hände också att öppenvårdpsykiatrin ringde och bad teamet om hjälp med hembesök hos en av deras egna patienter. Teamet brukade erbjuda sig att följa med men ville helst inte åka ut på sådana uppdrag eftersom det i dessa fall fanns en utpekad vårdgivare. I mån av tid gjorde de ändå det. Upplevelsen var att det fanns de som försökte lämpa över ärenden på teamet.

Jag kan känna en viss irritation när de ringer oss, för att ibland känns det som att de försöker bara lägga ifrån sig ansvaret på oss på nåt sätt. /.../ Ett ärende vi hade så, halv fem... ”Ja, vi har en kille, han har hotat att ta livet av sig, kan ni åka dit?” Då skulle vi gå hem, vi slutar ju fem då. ”Kan ni inte åka själva”, säger vi. ”Nej men vi gör ju inte sånt där.” ”Men ni känner ju personen, ni vet ju vem han är.” /.../ Men då hade vi bestämt att vi åker väl då på det... och det visade sig vara en kille, han hade riggat en hängsnara i lägenheten och satt och drack sprit för att våga ta mod till sig att hänga sig. Så vi fick ju sitta där tills klockan åtta, nio på kvällen då... tills läkare och polis kom helt enkelt och tog med sig honom.

Det var mest sjukvården som upplevdes som problematisk. Upplevelsen var att det inte brukade vara svårt att få socialtjänsten att ta sig an personer, men det hade hänt i fall då en person inte hade bistånd från socialtjänsten. I kontakt med psykiatrin upplevdes det lättare att samarbeta med Psykosöppenvården i ärenden som krävde en flexibilitet. De svårigheter de stötte på i sitt arbete handlade ofta om remisser som bollades fram och tillbaka mellan organisationer där patienten hamnade i kläm eller att patienter skrevs ut från slutenvården för tidigt genom att tvångsvården avskrevs. De upplevde att det fanns en viss systematik i vilka avdelningar som hanterade sina patienter på det här viset.

De ville inte ha honom på medicinavdelningen, för det var han för svår för. Han var sån, gapar och skriker och så. Så skickar de han till XX [avdelning], och där skrev de ut han efter två dagar eller nånting. /.../ så åkte han hem i sin lägenhet och det var kaos i hans lägenhet. /.../ och där låg han med gipsade... bägge benen... utan hjälp, utan nånting. /.../ (- Och en sån kille, har ingen närstående, anhörig?) En mamma som är förtvivlad... Så det här var det svåraste. /.../ för att nu bollas han fram och tillbaka, från medicin till XX till hemmet och, ja, ingen vet vad de ska göra med honom. Och så skrivs han av från XX-mottagningen... det skulle han egentligen inte gjorts, för nu har han ju ingenting.

Teamet önskade att de hade haft lite mer ”pekrätt”, det vill säga att omgivande system var tvungna att rätta sig efter teamets bedömningar. En annan svårighet i jobbet handlade om att de ständigt möter människor som har det tufft, exempelvis människor som är hemlösa eller bor i misär. Avhysningar kunde också väcka starka känslor, även om socialtjänsten brukade ordna med tak över huvudet.

Några av teammedlemmarna tog även upp frågor som handlade om arbetsmiljö. En person önskade ett eget tjänsterum i stället för delat rum. Hen menade att de skulle jobba mer effektivt om de kunde stänga om sig när de pratade i telefon. En annan aspekt som har med arbetsmiljö att göra var att arbetet blev svårt om en kollega blev sjukskriven. Två av teamets medlemmar efterfrågade handledning medan de andra två inte var lika intresserade av det.

Viktigt ifall om man kör fast, man kan köra fast i gruppen eller... med ärenden också... Man ska bara ha det. För kör man fast, vem ska man prata med då egentligen?

Jag har gått i så mycket handledning under årens lopp så jag vet inte, för mig har inte det varit prio ett. Jag kan prata med mina kollegor... om det är saker som är svåra. /.../ Jag tycker mer att jag saknar utbildning och sånt där, och vill lära mig mer kanske om juridik och såna här saker som jag känner... jag tappar.

6.2.10 Positivt och meningsfullt i arbetet?

De positiva delarna i arbetet var att möta människor med olika diagnoser. En av teammedlemmarna tyckte att hen hade lärt sig mycket genom arbetet i teamet. Någon annan lyfte fram det goda arbetsklimatet mellan kollegorna och möjligheten att lära sig mycket av samordnaren. Det som kändes meningsfullt i arbetet var att kunna göra något för människor som har det svårt, att göra skillnad. De beskrev en tillfredsställelse när en person fick rätt hjälp och det blev bra till slut. Meningsfullt var också känslan av att kunna påverka, forma och förändra arbetet i teamet.

6.2.11 Unikt för teamet

Det teamet tog upp som unikt i sitt uppdrag var att de inte arbetade mot någon specifik målgrupp, utan mot alla personer som behövde hjälp. Unikt var även att de jobbar aktivt med att underlätta för personer att få hjälp från psykiatrin genom att "sänka trösklarna". På frågan om vad de trodde uppskattades särskilt, svarade de att de kunde erbjuda hjälp med kort varsel och snabbt kunde vara på plats i akuta ärenden.

6.2.12 Teamets betydelse för patienter/klienter och anhöriga

På frågan om vad teamet trodde att deras insatser betydde för klienter/patienter, svarade de att många uttryckte en tacksamhet. De trodde att det betydde ganska mycket att någon kom hem och såg hur de hade det, tog deras situation på allvar och gjorde något åt den. I många fall hade de intryckt att teamet upplevdes som den "sista utvägen".

I förhållande till närstående trodde de att det var betydelsefullt att de fick stöd genom att bli lyssnade på och tagna på allvar. Bara det att ha någon att ringa till trodde de var viktigt. Många närstående var slutkörda i sin oro och kamp för att få vård till sin närstående. Denna grupp bestod av föräldrar, syskon, barn till äldre personer samt av pojk- och flickvänner (ibland före detta sådana).

Och det är ju jättesvårt som förälder att säga till sitt barn som är 22-23 år att sluta spela. Det går ju inte, då måste man ha hjälp utifrån. För det går inte att säga det.

6.2.13 Teamets betydelse för andra organisationer?

Teamet kontaktades av olika organisationer. Relationen till dem såg olika ut beroende på om teamet hade en roll som hjälpare eller påtryckare. I relation till socialtjänsten och Störningsjouren¹² upplevde de att de hade en entydig roll som hjälpare och trodde att det kändes tryggt för dem att veta att de kunde kontakta teamet vid behov.

12. Störningsjouren i Göteborg arbetar med störningar i allmännyttans bostadsföretag.

Störningsjouren tror jag vi betyder jättemycket för. För vi brukar hjälpa dem snabbt, utan några konstigheter så vi är nästan alltid på speaking terms.

Likaså kunde de vara en hjälp och avlastning för öppenvårdspsykiatrien om de åkte hem till någon av deras patienter. Men i fall då de önskade att öppenvården kunde prioritera deras ärenden och exempelvis boka in ett besök lite snabbare, trodde de att de upplevdes som ”besvärliga”. I förhållande till vårdcentralerna kunde de också ha dubbla roller. De agerade påtryckare när de själva tog initiativ till en kontakt. Men i ärenden då de bistod en läkare som hade bett teamet om att följa med på ett hembesök blev de tvärtom en hjälpande hand.

6.2.14 Om teamet inte fanns?

När jag ställde frågan om hur det skulle märkas om teamet inte fanns, blev flera av dem först tysta. Sen svarade de att det inte fanns någon annan verksamhet som arbetade som de och att det skulle innebära fler sjuka ute i samhället. Om teamet inte fanns trodde de att det skulle finnas en risk att fler skulle begå självmord, begå brott eller vräkas från sina bostäder. Samtidigt var det svårt att påvisa direkta effekter av teamet.

Jag vet inte, stan är ju så stor. Det händer ju så mycket, så allt drunknar ju i nånting. Men nog skulle det vara många fler som hade suttit i kläm, det tror jag ju nog. Det är ju ändå åtskilliga hundra som har blivit hjälpta, eller tusen.

6.3 Samordnarens perspektiv på Mobila Fältteamet

6.3.1 Samordnarens roll

Den nuvarande samordnaren hade haft den rollen sen ett och ett halvt år tillbaka när intervjun gjordes. Att vara samordnare innebar att ansvara för den dagliga driften, vara ansiktet utåt, rapportera till teamets ledningsgrupp (Temagrupp Psykiatri), samla ihop erfarenheter samt stå för utvecklingsarbetet. Han hade varit med och drivit frågan om teamet när det etablerades som projekt.

För vad jag brinner för är alltså att det finns en massa människor som har ett helvete, eftersom de är svårt psykiskt sjuka. Vissa av dem är dessutom farliga, men de flesta är det inte. Men de lever i ett helvete, och så har vi uppfunnit metoder för att hjälpa dem, och så kommer inte de metoderna dem till del. Det tycker jag är jävligt tråkigt, så därför tycker jag ju att psykiatri ska jobba mycket mer utåtriktat på en massa sätt, så det har vart min nisch i nästan alla år då.

Samordnaren hade en arbetsledande roll men inget formellt personalansvar. Han upplevde inte några svårigheter i gränsdragningen mellan sin roll som samordnare och den roll som teamets chefer hade. Han upplevde att teamet hade relativt fria händer och var mån om detta. Han bevakade så att teamet fick tid att ägna sig åt sitt grunduppdrag och skyddade teamet från att fastna i onödig byråkrati, vilket

skulle gå ut över arbetet på fältet. I rollen som samordnare menade han att det var viktigt att våga tänka utanför boxen, att vara orädd och inte för rigid eftersom teamet verkar utanför de ordinarie gränserna.

Hans bidrag till teamet handlade om kontakter med det informella nätverk som han hade byggt upp under årens lopp. Det innebar ökade möjligheter till kommunikation kring ärenden och även en möjlighet att lyfta upp systemfel till berörda parter. Han medverkade i olika samverkanssammanhang där sådana frågor diskuterades.

Det han hade drivit igenom sen han blev samordnare var en förändring av teamets arbetstider. Han hade även tillfört teamet kunskaper om hur man arbetar med personer som är lagförda för brott. Tidigare hade teamet inte tagit sig an ärenden med personer som var dömda till skyddstillsyn med särskilda föreskrifter. Detta var ett område som han själv var förtrogen med och kunde stötta upp. Utifrån sina specialintressen delade han också med sig av kunskaper i juridik till teamet.

6.3.2 Tidigare erfarenhet och kompetens

Samordnaren hade lång erfarenhet av uppsökande arbete och från arbete inom psykiatrin. Genom att ha många kontakter inom både kommun och psykiatri upplevde han att han kunde lotsa frågeställningar rätt i systemen. Han kände oftast till vilka personer som var lämpliga att kontakta och hur man skulle kommunicera med olika verksamheter. Kunskaper om regelverk och rutiner inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset underlättade kontakterna med både personal och chefer.

Innan han blev samordnare var han metodhandledare för Mobila Fältteamet.

6.3.3 Teamets uppdrag

Samordnaren betonade teamets uppdrag att fokusera på patienternas behov och att utgå från lagstiftningens intentioner i stället för organisationers gränser.

Jag är inte solidarisk med en organisation, jag är solidarisk med lagstiftningen, brukar jag säga, alltså det som är moraliskt rätt... Och då kan man säga att det var oerhört viktigt för kommunen att Mobila Fältteamets verksamhet riktar sig mot personer också, som kunde vara helt okända för psykiatrin. Att de inte behövde vara definierade som patienter tidigare... Det är en princip som är fantastiskt viktig, och där väldigt få verksamheter har det så, av outgrundliga skäl egentligen.

I teamets uppdrag ligger även att arbeta förebyggande och försöka förändra vården till det bättre, vilket han såg som en viktig del av teamets uppdrag. Att teamet även kan hjälpa personer som varken tillhör kommunen eller sjukvården ligger i linje med detta.

Teamet ska inte heller ersätta de ordinarie verksamheterna utan fungera som ett komplement. För om teamet skulle börja arbeta kompensatoriskt, fanns en risk för att det ordinarie systemet skulle börja lämna över besvärliga ärenden till det.

6.3.4 Om teamets arbete

På min fråga om varför han hade påverkat teamet till att läsa på mer i journalsystemen innan de åkte ut på ärenden, sa han att det var nödvändigt eftersom han enbart fanns tillgänglig på halvtid. Genom att läsa på och göra en bedömning av varje ärende, kunde teamet välja lämplig åtgärd och behövde inte åka hem till personer i onödan utan arbeta mer effektivt. Om man kunde lösa ett problem via rådgivning på telefon var det en bättre lösning än att åka ut. Han upplevde dock att teamets medlemmar hade olika kunskaper och erfarenhet från området. De behövde ha kunskaper om hur de olika lagarna förhöll sig till varandra. ”När är det fråga om LVM eller inte?”

6.3.5 Mobila Fältteamets betydelse

Utifrån samordnarens perspektiv innebar Mobila Fältteamet snabb hjälp, problemlösning och ångstreduktion för patienternas del. De kunde snabbt få prata med teamet, vilket han trodde upplevdes som lugnande. Det var också viktigt att teamet hade möjlighet att åka på hembesök samt kunde ordna med hjälp från olika huvudmän och organisationer. Han trodde även att teamets breda kompetens och möjlighet att även ge insatser av behandlingskaraktär upplevdes som värdefullt.

Även för närstående betydde teamet mycket. Teamet fick mycket positiv feedback från den gruppen och samordnaren trodde att teamet innebar en avlastning för dem. Han menade att teamet även kunde fungera avlastande för omgivande organisationer. Det kunde handla om expertkunskaper kring tvångsvård, konsultationer i svåra ärenden eller aktiv hjälp med att teamet åkte hem till en person i behov av hjälp. Men i många ärenden hade teamet snarare en roll av att vara påtryckare för att en person skulle få rätt vård.

Det där är en balansgång. Man kan inte ligga på för mycket för då väcker det motstånd. Vi försöker balansera det.

På frågan om vad som skulle hända om teamet inte fanns, såg han inte något alternativ till teamet, bland annat på grund av att det är så svårt för personer som inte är inskrivna i psykiatrin att få hjälp därifrån.

6.3.6 Utvecklingsbehov

Samordnaren skulle vilja nå ut med information om teamet på bredare front i landet. Deras arbetssätt borde spridas för att det fungerade väl och gjorde stor nytta. Han såg ett behov av förändringar inom psykiatrin och i samverkan mellan organisationer. Psykiatrin borde arbeta lite mer som teamet och även ta ett ansvar för personer som inte var inskrivna.

6.4 Läkarens perspektiv

Läkaren hade arbetat för teamet sedan två år tillbaka när intervjun gjordes. Innan dess hade teamet inte haft en läkarresurs. Hon skulle gärna arbeta mer med teamet om det fanns medel till det. Behovet av läkarinsatser var stort. Hon ansåg att de hade kunna hjälpa till mycket mer, om hon hade haft möjlighet att förskriva medicin vilket hon inte kunde idag.

Hon hade arbetat som psykiatriker sedan början på 80-talet och hade lång erfarenhet från arbete inom psykosvård, rättspsykiatri med flera områden. Erfarenheten var en fördel för att kunna hantera svåra situationer – att bedöma hur man skulle gå tillväga, att förstå var gränserna gick med mera. I början av sin tid med teamet skrev hon fler vårdintyg, men hade blivit mer restriktiv allteftersom. Det var en anpassning till att *”ribban hade höjts”* för vilka patienter de behöll i slutenvården. Det fanns inget värde i att använda tvångsåtgärder om dessa inte godkändes av *”kollegorna på andra sidan”*.

6.4.1 Arbetet i teamet

Läkaren brukade hinna med två ärenden per vecka eftersom varje ärende innebar mycket för- och efterarbete. En dag i veckan arbetade hon ihop med teamet och var dessutom tillgänglig för rådgivning ytterligare några timmar per vecka. I bedömningarna av om tvångsvård behövde användas, tyckte hon att primärvården kunde skriva vårdintyg i fall som var *”solklara”*. Men i gränsfall, då det kanske var bättre att avvakta lite, ville hon själv ta hand om ärendet.

Jag tycker såhär att de här vårdintygen där folk är spritt sprängande galna, det får distriktsläkarna skriva för det är inte svårt för dem att skriva dom. Men vi försöker ta... just såna här man kan faktiskt vänta lite... med. /.../ Det är svårt för människor som inte har så mycket erfarenhet att bedöma om man ska gå in.

I vissa fall krävdes det mycket erfarenhet för att göra rätt bedömning. Det kunde till exempel vara svårt att se när man behövde gripa in när det gäller äldre personer.

Ibland så kan man ju faktiskt när man pratar med patienten inse att det här kommer inte att gå... Och... då kan man ju gripa in på en gång. Jag hade nån magerlagd gammal farbror som inte vågade äta och sådär du vet. (– Ja, som var paranoid då?) Ja. (– Krävs det att man har prövat ett par behandlingsalternativ innan?) Nej, det behövs ju inte, men... man ska vara säker på att man inte kan hjälpa patienten i öppna former, för då har man inte rätt att skriva vårdintyg.

Hon använde ofta informella kontaktvägar för att lösa situationer och stötte ofta på fall där patienter hade remitterats till fel organisation, till exempel till Beroendekliniken i stället för till Psykoskliniken eller att patienter remitterades direkt till primärvården efter en sjukhusinläggning. Hon uppfattade teamet som särskilt viktigt för dem som inte kunde ta sig till psykiatrin på egen hand.

Vad jag tror är viktigt, för det är ju en del som mår väldigt dåligt och inte klarar av att ta sig till psykiatrin, rent fysiskt, och där anhöriga har en väldigt stor börda, eller de här som bor på boendena för den delen, socialtjänstens boenden, att det finns nån som kan komma dit. Och egentligen vore det bästa att man hade den fulla möjligheterna att ge behandling också, det har ju inte vi. Jag har inte ens en receptförskrivning via det här, så man får pyssla ihop med distriktsläkarna ibland och sådär.

6.4.2 Brister inom psykiatrin

Läkaren upplevde att situationen inom psykiatrin hade förvärrats mycket på senare år. Hon hade erfarenhet av att ha skrivit in patienter med hjälp av vårdintyg som hade blivit avskrivna för tidigt och sen hade begått brott eller självmord.

Tyvärr har jag nu sett att det hjälper inte att man griper in, för det finns inga platser. Så att nu så, jag menar, skriver jag vårdintyg så skriver man av och skickar ut... Ja, det är hemskt. (– Tycker du att det har eskalerat och blivit värre?) Jaa, tycker det är hemskt. Det året, eller 1½ åren jag har jobbat så har jag skrivit, bland annat två vårdintyg på patienter som blivit avskrivna då och som senare har blivit dömda till rättspsykiatrisk vård. Och det var ju det jag ville jobba för att förhindra... Det är klart att allt kan man inte förhindra eller så... En patient jag skrev vårdintyg på, han tog ju sitt liv. Det var ju också avskrivet vårdintyg, ja. Så att, jag menar, det behövs göras jättemycket!

Den bakomliggande orsaken till det handlade om att psykiatrin hade för få slutenvårdsplatser.

Psykos, de har ju ständigt över... de får ju lägga på andra kliniker. /.../ Jag tycker Psykos ändå sköter sig ganska bra, men, vad som är bekymret, det är ju det att alla som har tittat på en flaska, de hör ju till Beroende. Och där finns det *en* avdelning för slutenvård för alla beroendepatienter som har en samsjuklighet med annan sjukdom, det är ju inte klokt!

Hon ogillade att sjukvården använde sig av ”vackra ord” som att patienten ska vara i centrum – vilket hon upplevde stod i skarp kontrast till hur det var i verkligheten. Införandet av så många ”manipulerbara gränser” inom psykiatrin var hon också starkt kritisk till. Med det menade hon att det var möjligt att neka patienter vård med hänvisning till dessa gränser, vilket i praktiken innebar en risk för godtyckliga bedömningar.

Jag tycker inte att det var någon bra idé att dela upp psykiatrin med manipulerbara gränser. .. jag är ingen bättre människa än någon annan.. jag kommer säkert att manipulera bort... men patienten får ju inte något bra omhändertagande..

Hon var även kritisk till att så mycket resurser lades på utredning.

Jag var hemma hos nån /.../ och försökte att få in patienten på Psykos /.../ Och jag sa det, nu har jag pratat med anhöriga och de tror att de kan /.../ få i henne medicinen och så, om ni kan gå in. Ja, men då ska vi ju träffa och utreda först, och

då sa jag jag behöver ju inte utreda, hon är ju psykotisk, alltså, det behövs ju inte nåt jäkla papper på det.

Arbetet som Mobila Fältteamets läkare innebar att hon ständigt konfronterades med situationer där det ordinarie systemet inte fungerade. Hon såg en rad brister. Exempelvis att kollegor missade att kontrollera patienters egna uppgifter, vilket fick till följd att patientens situation lät mycket bättre än vad den egentligen var.

Hon framhöll att de patienter som var mest utsatta var de som inte kom från resursstarka miljöer. Hon upplevde en stor skillnad mellan dem som kom från en socialt välordnad miljö och dem som inte hade det lika väl förspänt när de insjuknade.

Jag hade Hisingen som upptagningsområde för psykossjuka, och sen, om det var 1992 då, då förflyttade man mig så jag fick Centrum och Väster som upptagningsområde. Och det var en väldig skillnad på de patienterna som bodde där och de som bodde på Hisingen. Det var mycket bättre socialt ordnat. De var inte lika sjuka, inte lika utslagna, inte lika mycket missbruk.

6.5 Närståendes perspektiv på Mobila Fältteamet

De närstående som intervjuades var förälder och syskon till en person med behov av psykiatrisk vård och i något fall av socialtjänst. Några av dem hade nyligen haft kontakt med Mobila Fältteamet medan andra hade haft det längre tillbaka i tiden. De flesta hade haft återkommande kontakter med teamet. I ett fall rörde det sig om en mångårig kontakt.

Informationen om Mobila Fältteamet hade de fått via sjukvårdsupplysningen, personligt ombud, socialtjänsten, psykiatrin eller från en vän till den person som var i behov av hjälp. Det de behövde hjälp med handlade om social isolering, risk för självmord, eller att den närstående visade tecken på psykos utan insikt om sitt sjukdomstillstånd.

6.5.1 Fick de den hjälp de behövde?

Alla intervjuade upplevde att de hade fått den hjälp de behövde. Hjälpen bestod av att ha blivit lyssnad på som anhörig och att teamet hade gjort aktiva insatser för att hjälpa deras närstående. I samtliga fall hade teamet gjort minst ett hembesök för att göra en bedömning. I ett par fall hade teamet hjälpt till med att bryta en persons sociala isolering. I flera fall hade teamets psykiatriker varit involverad och hjälpt till med att skriva remiss till öppenvården eller ett vårdintyg (se tabell 2).

Tabell 2. Vad anhöriga som hade haft kontakt med MFT fick hjälp med.

Intervju	Fick hjälp med
1	Dottern blev inskriven med hjälp av vårdintyg, ville absolut inte till akuten på frivillig väg. Hjälp av teamets läkare.
2	Teamet besökte dottern två gånger men kunde inte få henne att öppna. Sen fick teamets läkare kontakt med henne och skrev till slut ett vårdintyg efter flera månaders kontakt. Då hade dottern bott utomhus en längre tid på grund av rädsla för att bo i lägenheten.
3	Sonen fick hjälp med att bryta sin isolering, hjälp till boendestöd och försörjningsstöd. Tidigare behandling från primärvården inriktades enbart på ett symtom – spelmissbruket.
4	Fick först hjälp med remiss till öppenvården men brodern försämrades snabbt och behövde söka hjälp akut. Teamet var med på akuten och behjälpligt med informationsöverföring. Stöd till anhöriga när brodern skrev ut sig och försökte begå självmord. Hjälp med ansökan om boendestöd efter att brodern till slut fick vård utifrån LPT.
5	Teamet bidrog till att bryta sonens fleråriga isolering. Läkaren gjorde en bedömning och skrev remiss till öppenvård samt gav anhörigstöd. Teamet hjälper till och skjutsar sonen till öppenvården vid behov.
6	Bedömning i hemmet av teamet då system misstänkte att brodern hade blivit manisk på ett okontrollerbart sätt. System som bor på mycket långt avstånd uppskattade stödet från teamet och boendestödjaren.

6.5.2 Vad betydde hjälpen?

De närstående beskrev hjälpen från teamet som ovärderlig. De hade upplevt ett fantastiskt stöd, engagemang och professionalitet från teamets sida. Hjälpen innebar en avlastning för deras egen del och att deras barn eller syskon som var i behov av hjälp fick tillgång till vård. I ett par fall hade hjälpen förhindrat självmord.

Hon hade isolerat sig, egentligen helt på sitt rum där. Hon har ju försökt ta livet av sig tidigare så att säga och pratat om det i omgångar och... Hon försvinner ut på natten då, och då försvann hon upp i skogen /.../ så vi kunde liksom inte sova på nätterna till slut... Så jag fick sova på soffan nära dörren så jag märkte om hon kom ner. /.../ (– Vad betydde hjälpen ni fick?) Ja, det var att vi över huvud taget kunde fungera normalt igen. Vi fick ju passa henne hela tiden egentligen. Och speciellt som hon springer ut på nätterna också då, va.

Hade jag inte fått hjälp av Mobila Fältteamet så hade inte hon levt, det kan jag säga. Hon hade inte levt. Om inte de hade agerat, och då kunnat göra det här, gå in och ta det här vårdintyget så hade inte hon levt.

Betyder oerhört mycket... men det går långsamt [med dotterns tillfrisknande] och det är en oerhörd sorg.

De värdesatte särskilt att ha blivit lyssnade på och att det hade gått lugnt till vid hämtningen i samband med tvångsvård.

Jag minns framför allt att han tog sig tid och lyssnade, inte bara liksom höra några

meningar, utan han... lyssnade så han fick mer av en helhet än vad de normalt brukar få.

Jag är så glad att, och det gick väldigt fint till vad jag förstår också, ganska lugnt ändå i lägenheten. Och de, alla kontakter som de har haft med henne... har varit bra.

På frågan om det var något de tyckte kunde förbättras i teamets arbete var det två av dem som hade velat kunna kontakta teamet utanför kontorstid. En annan person hade velat få ett hembesök redan efter första samtalet, medan de övriga tre inte hade några förslag på förbättringar.

Det är klart att vi hade hoppats att, det skulle kanske räckt med ett samtal då, men... när de väl lyssnade, man vill inte förklara för mycket heller va. /.../ jag har ju levt med detta hela livet, hela hennes liv så att säga. Men att få nån som lyssnar en stund på vad det handlar om, det är väldigt viktigt.

Nej, men skulle vilja ha mer av dom, dygnet runt, för såna här saker händer inte bara före klockan fem. Och att de hade läkare mer än en gång i veckan. /.../ Hade vi kunnat få tag på dem där klockan fem. /.../ då hade vi aldrig vart i den situationen att NN hoppade, förstår du, för då hade de kommit och så hade vi bestämt oss för att göra nånting annat. /.../ men eftersom vi har inte kompetensen att, jag och mamma visste inte detta liksom. Vi kunde inte förutse att han skulle hoppa, vi visste bara att han var jättedålig. Kunde inte för vårt liv tänka oss någonsin att NN skulle försöka hoppa¹³.

6.5.3 Hade de sökt hjälp från annat håll?

Samtliga hade sökt hjälp från annat håll innan de tog kontakt med Mobila Fältteamet. De tog upp svårigheterna att få hjälp med ett hembesök och att de upplevde det som problematiskt att den psykiatriska vården i så stor utsträckning byggde på frivillighet.

På frågan om vad alternativet hade varit om Mobila Fältteamet inte fanns, blev de tysta. Flera svarade att de inte visste vad de skulle ha gjort i stället.

De hade möjligheten att ta ett tvång då på henne, och, ja, jag vet inte hur det hade gått annars.

... den vanliga vården fungerar inte riktigt i såna här krissituationer, när det är såna allvarliga tillstånd som min brors psykos.

13. Personen försökte hoppa från en balkong men hindrades av de närstående.

6.6 Externa parter om Mobila Fältteamet

6.6.1 Vilka intervjuades?

De externa parter som intervjuades arbetade som trygghetskonsulent på störningsjouren, chef för ett gruppboende, boendestödjare, chef för socialsekreterare, chef på 1177 (sjukvårdsupplysningen) och chef för Mobila resursteamet. De flesta av dem hade varit i kontakt med teamet relativt nyligen och hade god kännedom om hur de arbetade. Några av dem hade varit med när teamet startade. För övrigt hade de fått informationen om teamets existens via sin chef, via en kollega eller på ett informationsmöte som MFt höll i när de startade upp verksamheten. Mobila Fältteamet var välkänt bland alla trygghetskonsulenter som jobbade på Störningsjouren, däremot var det oklart om alla socialsekreterare kände till teamet.

6.6.2 Vad behövde de hjälp med?

Det de alla behövde hjälp med var att få kontakt med sjukvården. De såg MFt som en sluss och väg in till psykiatrin som var svår att nå på annat sätt. Socialsekreterarna, chefen på gruppboendet och boendestödjaren brukade kontakta teamet i fall då någon av deras klienter hade blivit sämre och behövde akut hjälp. Det kunde röra sig om att de behövde rådfråga teamet om hur de skulle agera eller få en bedömning i hemmet. Det kunde handla om LPT-bedömningar eller att finnas till hands i samband med en vräkning.

De skulle bli underrättade om att hen kommer bli vräkt. /.../ därför att det var upprepade störningar och hen har inte gjort nån bättring och så. Och så tänkte vi det att det här blir ju jättejobbigt... att få det här meddelandet... så tänkte vi att jag får nog prata med S. på Mobila då, som har träffat oss, så att dom var med på det här mötet... Om det skulle hända nånting, man vet ju inte. Det är ganska dramatiskt ... det kan gå väldigt fort liksom. Och då tänkte jag att det är väl bra om S. och nån kollega är på plats... och det var jättebra, så att, dom är jättesmidiga att få tag på och så va. (- Ja, så... det var ... i förebyggande syfte, eller vad tänkte du...?) Ja, dels det och dels så hjälpte dom NN också... att få kontakt med missbruksmottagningen på Järntorget, för hen hade blivit lite skickad lite fram och tillbaka mellan 17½ och så nån annan specialistmottagning...

För sjukvårdsupplysningen (1177) upplevdes det bra att kunna vända sig till teamet för att ha något att erbjuda eftersom de upplevde att det var svårt för patienterna att komma fram till psykiatrin.

Ja alltså det är ju bra att ha nånting... när man känner att, ja, patienten vill inte söka. Och man får dem inte heller att ta kontakt... med sin mottagning. De kanske inte ens har en mottagning riktigt som de går på. Då är det jättebra att det finns nånting annat, vi känner att vi, många gånger har ingenting. För jag menar, när de inte har fått sina recept heller. Alltså det är många som ramlar mellan stolarna för att de tycker att man ska gå i primärvården och primärvården tycker att de hör hemma i psykiatrin och så är det ingen som vill skriva ut mediciner.

6.6.3 Teamets betydelse

Alla var mycket nöjda med kontakten med Mobila Fältteamet och skulle rekommendera andra att vända sig till dem vid behov av hjälp. De upplevde framför allt en avlastning i att kunna vända sig till dem.

När jag liksom vet det att blir den här [personen] jobbig... Då vet jag att okej, men då ringer jag till Mobila Fältteamet... Nu råkar det vara NN som jag pratat med honom om, det känns jävligt skönt. Man är inte ensam i det här som eventuellt kommer hända.

... ringa till mottagningar och så, det kan vara lite. Ja, jag kan väl göra det ibland va, men det är så... Nej, det är inte lika smidigt och enkelt... Utan... det blir en annan tyngd om nån som är inom sjukvården redan, va, som finns där. Och som jag sa innan, det är lättare om man har tillgång till datasystemet, man kan de här gångarna... Man kanske har en del personliga kontakter med nån läkare som i det här fallet.

Intervjupersonerna gav exempel på att teamet hade kunnat förebygga vräkning och bidra till minskat lidande för enskilda personer och för grannar. För socialtjänsten var det betydelsefullt att få hjälp i situationer när deras klienter blev så sjuka att de behövde tvångsvård. Det hände inte så många gånger per år, men upplevdes ovärderligt att snabbt kunna få hjälp i dessa situationer.

På frågan vad teamets hjälp betydde för dem svarade de externa parterna:

- Att det känns lugnande och mindre ensamt att veta att MfT kan vara med i en situation som kan blir dramatisk. *”Gott att ha dom i ryggen.”* *”Man känner sig inte ensam”*
- Att det är mycket smidigare än att försöka kontakta psykiatrin. *”Vi har ingen ingång till psykiatrin... det betyder att patienter med stora behov får behandling!”* *”Underlättar enormt... jag ringer om det är psykiatriärenden. Gör den bedömningen först om det är någon annan som bör kontaktas.”*
- Att de har den rätta kompetensen. *”De är professionella och har så mycket kunskaper.... Om man ringer en jourläkare är det inte säkert att hon eller han kan psykiatri.”*

Sjukvårdsupplysningen upplevde inte att de hade så många ärenden som gick via Mobila Fältteamet, men att de ofta hade samtal med personer som var i behov av psykiatrisk vård som var ”sköra”. På min fråga om de kunde slussa samtal vidare till teamet, svarade de att de inte arbetade på det viset utan att teamet i stället kunde ringa upp en person som behövde hjälp.

Det de externa aktörerna särskilt värdesatte i kontakten med MfT var att de agerade *”snabbt och beredvilligt”*, var lätta att få tag på, hade tillgång till läkare och var en ingång till sjukvården. *”Ett slags mellanting och en väg in.”* *”De är en väg in i sjukvården för personer som faller mellan stolarna.”* De värdesatte även teamets kunskaper och möjlighet att erbjuda konkret hjälp.

6.6.4 Var det något som fungerade mindre bra?

På frågan om det var något som inte fungerade så bra i kontakt med teamet svarade alla nej. *”Nej, de ringer upp väldigt fort. Det är inga problem att få kontakt.”* På följdfrågan om de kunde föreslå några förbättringar tyckte ett par personer att teamet riskerade att bli överbelastat och borde utökas. En person menade att teamets tillhörighet rent organisatoriskt inte var tillräckligt tydlig och att teamet inte var tillräckligt välkänt inom psykiatrin. En av intervjupersonerna hade velat att de fick träffa teamet någon gång om året på ett informellt fikamöte, för att stämma av och ”få ett ansikte på varandra”.

Sjukvårdsupplysningen hade gärna haft tillgång till teamet på obekvämlig arbetstid för att de själva arbetade dessa tider och inte alltid hade någon att hänvisa till. Chefen för socialsekreterarna hade gärna sett att teamet fanns tillgängliga under semesterperioden, men insåg att det skulle ha krävt en annan bemanning.

6.6.5 Hade de sökt hjälp från annat håll?

På frågan om de hade kontaktat någon annan organisation innan de ringde Mobila Fältteamet svarade alla nej. Orsaken till det var att de bedömde att det behövdes specialistpsykiatri, men de vände sig inte dit för att det var så svårt att komma fram och vårdcentralerna uppfattades inte ha rätt kompetens.

(– Du, var det så att du hade försökt ta kontakt med vårdcentral... innan?) (paus)
Nej, inte i det här fallet, vi har ju inte så bra erfarenheter av den när det gäller den här typen av patienter. Vi behöver ha specialistpsykiatri med en gång. (– Vad händer ifall ni kontaktar vårdcentralen, läkare där?) Ja, nu har vi väl lyckats få till i alla fall att de förstår att de ska komma hit och göra LPT-bedömningen, men ofta är det så att. De läkarna är inte så himla kunniga i den lagstiftningen, så det blir sällan nåt LPT. Och de kan inte ställa de frågor som behövs för att få fram vad det är för sjukdom patienten har, så att det blir inte så bra kvalitet... Det finns undantag, men många gånger blir det så. Och då blir det egentligen bara att man stör och gör patienten mer illa än vad man behöver om man kallar hit en massa doktorer som tvingar sig på dem.

De såg inget alternativ till Mobila Fältteamet och menade att det vore en katastrof om teamet skulle försvinna. Fältteamet i Angered kunde inte ersätta teamet för att det saknar en ingång till psykiatrin och ACT-teamen var inte heller något alternativ.

Psykiatrin måste ju finnas ute i samhället... och bedriva uppsökande arbete, och även mot personer som inte vill ha kontakt med dem. Eftersom de inte förstår själva att de behöver ha kontakt med dem.

6.7 Kranskommuner som dragit sig ur

Representanterna för de två kranskommuner som hade dragit sig ur samarbetet kring Mobila Fältteamet var i grunden positiva till teamets arbete, men hade dragit sig ur av ekonomiska skäl och för att de ansåg att de inte hade så stor användning

för teamet. De hade fått i uppdrag att se över sin ekonomi och tyckte att de hade egna resurser för att hantera ärenden med psykiatrisk problematik i sina kommuner. I en av kommunerna hade de dragit in på Personligt ombud och Mobila Fältteamet i samma veva.

Så det var väl den bedömningen de gjorde att vi klarar att ta hand om de här personerna ändå, och att det var inte värt den insatsen från NN [kommunen] att liksom lägga på Mobila Fältteamet, eftersom det var så få som fick hjälp.

I en kommun hade förändringen av arbetstiderna till kontorstid även spelat roll för beslutet att gå ur samarbetet, då de hade egna resurser på dagtid men inte på kvällar och helger.

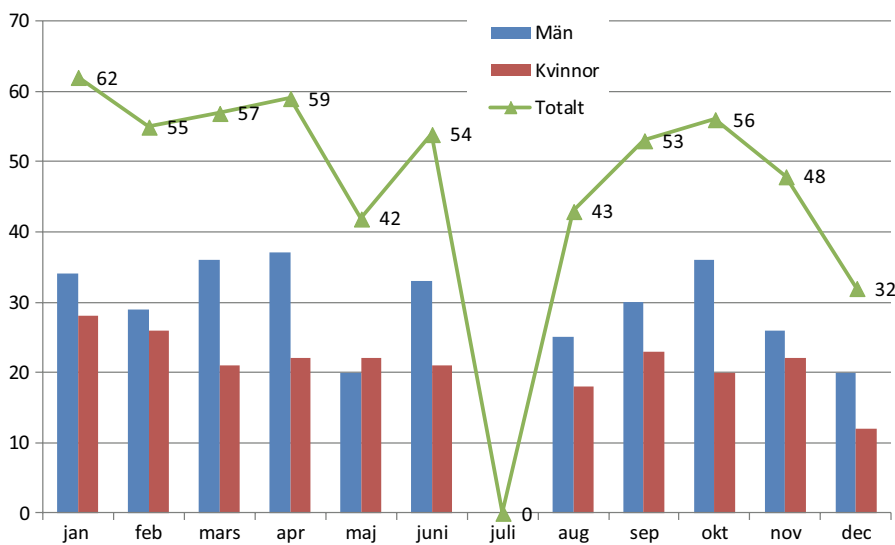
6.8 Mobila Fältteamet i siffror

Nedanstående sammanställning baserar sig på statistik som teamet har fört över inkommande ärenden under år 2014. Här framgår det vilken stadsdel i Göteborg eller vilken kommun ärendet har rört, antalet män och kvinnor i ärendena, vilken grupp som har kontaktat teamet med mera.

6.8.1 Inkommande ärenden under år 2014

Som framgår av figur 1 nedan var det totala antalet ärenden 561 stycken under förra året. Jämförelserna över årets månader visar att antalet ärenden varierade mellan 32 och 62 per månad. Under juli månad hade teamet semester, vilket förklarar varför de inte hade några ärenden alls den månaden. Antalet ärenden per månad var i genomsnitt 51 (se Figur 1).

Figur 1. Antal inkomna ärenden per månad, totalt samt andel män och kvinnor.



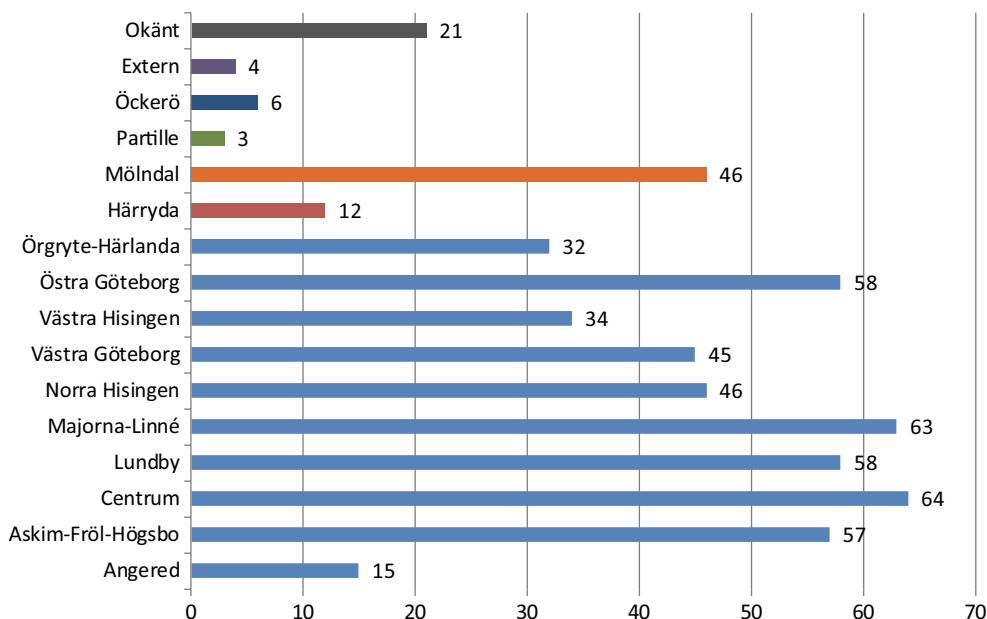
6.8.2 Antalet ärenden per stadsdel/kommun

Som framgår av figur 2 nedan varierade antalet ärenden mellan kommuner och stadsdelar i Göteborg. De stadsdelar i Göteborg med flest ärenden var Centrum och Majorna-Linné tätt följt av Östra Göteborg och Askim-Frölunda-Högsbo. Bland kranskommunerna stod Mölndal för de flesta ärendena, vilket inte är så förvånande då det är den största kommunen bland kranskommunerna. Tre ärenden rörde personer i Partille trots att de inte var medfinansierare under det här året.

Kategorin ”extern” står för ärenden utanför det geografiska området och kategorin ”okänt” för ärenden där hemvist inte har registrerats.

En genomgång av fördelningen av ärenden mellan kommuner och stadsdelar visar att Centrum och Majorna-Linné stod för elva procent av alla ärenden och att Askim-Frölunda-Högsbo, Lundby samt Östra Göteborg stod för tio procent per stadsdel. Totalt sett svarar dessa fem stadsdelar för drygt hälften av alla ärenden. Att Angered endast står för tre procent av det totala antalet ärenden antas bero på att denna stadsdel har ett eget kommunalt mobilt fältteam.

Figur 2. Antal inkomna ärenden per kommun eller stadsdel i Göteborg.



6.8.3 Fördelning på ålder och kön

De flesta av MFT:s ärenden rör män (58 %). I fråga om ålder ser vi att fördelningen är mycket jämn mellan olika åldersgrupper (se tabell 3 nedan).

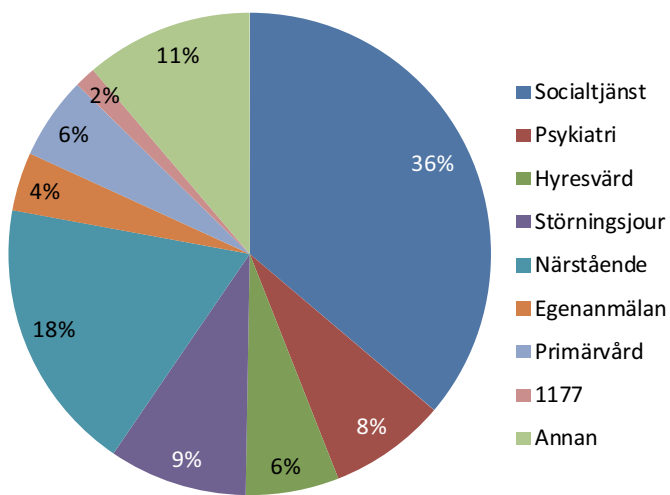
Tabell 3. Åldersgrupper som MFT arbetar med.

Ålder	%
15-17	0
18-25	16
26-35	17
36-45	17
46-55	17
56-65	16
66-	17

6.8.4 Vilka kontakter teamet?

Den organisation som anlitar Mobila Fältteamet i störst utsträckning är socialtjänsten (36 %). Här ingår både socialsekreterare, boendestödjare och personal på boenden. Den näst största gruppen är närstående (18 %). Hyresvärdar och Störningsjouren tillsammans står för många samtal (15 %) och relativt många samtal kommer från kategorin ”annan” (11 %). Bakom den rubriken döljer sig Kronofogden, intresseföreningar, grannar med flera (se figur 3).

Figur 3. Procentuell fördelning mellan uppdragsgivare.



7. Diskussion

Enligt den regionala utvecklingsplanen för vuxenpsykiatri i Västra Götalandsregionen ska personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning ha tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet. Men alla som är i behov av psykiatrisk vård och omsorg kan inte anpassa sig efter ett system som ställer krav på sjukdomsinsikt, motivation och förmåga att ta sig till en mottagning. Ett alltmer fragmenterat system av subspecialiserade organisationer inom psykiatri innebär dessutom ökad risk för personer att *”falla mellan stolarna”*.

FoU i Väst/GR fick våren 2015 i uppdrag att utvärdera Mobila Fältteamet. Mobila Fältteamet skapades 2012 och är ett tvärprofessionellt team med både psykiatri och socialtjänsten som huvudmän. Teamet styrs av ett samverkansorgan som spänner över Göteborg, Mölndal, Härryda, Partille och Öckerö.

Syftet med utvärderingen var att beskriva hur teamet arbetar, om det uppfyller målsättningarna för sin verksamhet samt vad teamet har för betydelse för olika parter (patienter/klienter, närstående, samarbetspartners och omgivande system).

7.1 Hur arbetar Mobila Fältteamet?

Mobila Fältteamet arbetar flexibelt med den enskilda patienten/klienten för ögonen, ger råd, stöd och arbetar lösningsorienterat. Det arbetar med alla målgrupper utan krav på tillhörighet till varken socialtjänsten eller psykiatri. På det viset har teamet en unik roll i förhållande till systemet runtomkring.

Teamet har utvecklat sitt arbete sedan start och har blivit bättre på att bedöma vilka insatser som behövs i det enskilda ärendet. En tydlig förändring är att de sedan något år tillbaka endast arbetar på kontorstid på vardagarna, vilket ändrades för att matcha efterfrågan på deras tjänster. När tjänstgöringsgraden för samordnaren förändrades från hel- till halvtid innebar även det en förändring av arbetet. Omställningen har fungerat bra och har lett till ett ökat bemyndigande av teammedlemmarna. Att teamet numera har tillgång till psykiatriker på deltid uppfattas som en mycket positiv utveckling som bidrar till att lösa många situationer.

Teamet har samlat på sig värdefull kunskap genom flera års erfarenheter av

svåra ärenden, till exempel kring fall som kräver tvångsåtgärder. De är flexibla i var och hur hjälp ges och erbjuder hjälp på den nivå som behövs. Teamet arbetar med hög grad av service. De ger stöd i förhållande till både enskilda, anhöriga och personal. I arbetet med enskilda som är i behov av hjälp arbetar de flexibelt, motiverande och med uthållighet.

För att passa för arbete i teamet bör man vara lyhörd, ha förmåga att lyssna och bedöma vilken hjälp som behövs, ha förmåga att snabbt etablera kontakt, ha en handlingsberedskap och gilla oväntade situationer.

Det som upplevs som meningsfullt med arbetet är att kunna ”göra skillnad” – att kunna bidra till att en person får rätt hjälp. Det som känns svårt i arbetet är framför allt att återkommande se brister i systemet utan att kunna förändra dessa. Teamet hade önskat ett större mandat i förhållande till omgivande organisationer. De upplevde emellertid att det var lättare att påverka omgivande organisationer idag jämfört med när teamet var nytt.

Samordnaren som hade varit med och tagit initiativ till att teamet skapades, har rollen som teamets ansikte utåt. Han håller samman teamet och ansvarar för rapportering till teamets chefer och styrgrupp. Han bevakar också att teamet inte fastnar i onödig byråkrati vilket skulle hämma grunduppdraget.

Läkaren som är knuten till teamet har mycket lång erfarenhet som psykiatriker. Hon arbetar på uppdrag av teamet och används främst för psykiatriska bedömningar och medicinsk konsultation. Arbetet som teamets läkare innebär att hon ständigt konfronteras med psykiatrins brister. Brist på platser i slutenvården, att ribban har höjts för när LPT tillämpas samt att alltför mycket resurser läggs på utredning var några av de viktigaste bakomliggande problem som hon lyfte fram.

7.2 Hur uppfyller Mobila Fältteamet sina målsättningar? Hur väl matchar målsättningarna teamets resurser?

Mobila Fältteamet arbetar mot samtliga mål som finns specificerade i det senaste samverkansavtalet och gör det med hög kvalitet.

Det är svårt att uttala sig om teamets resurser matchar dess målsättningar. I intervjuerna framkommer det att arbetet kan upplevas som stressigt emellanåt, men att detta inte är ett konstant fenomen. Det är också svårt att uttala sig om mängden ärenden matchar deras resurser. Det som upplevs behöva utökas är läkarresursen. Vid en större mängd inkommande ärenden än de hinner med, görs en omprioritering eller hänvisning till andra aktörer.

Under 2014 hade teamet i genomsnitt 51 ärenden per månad. Det är viktigt att inte stirra sig blind på antalet ärenden eftersom dessa skiljer sig mycket åt i omfattning. Många ärenden kräver både hembesök, för- och efterarbete.

I teamets uppdrag ligger huvudfokus på att arbeta direkt med enskilda patienter/

klienter, men teamet har även en roll att verka för systemförbättringar. Det senare har samordnaren ansvar för och han lyfter med jämna mellanrum upp identifierade problem och förslag på lösningar till teamets styrgrupp.

7.3 Vad betyder Mobila Fältteamet för patienter/klienter och närstående?

Mobila Fältteamets betydelse för patienter/klienter har fångats genom intervjuer med närstående samt intervjuer med teamet, samordnaren, läkaren och externa parter. Intervjuerna med dessa olika parter pekar i samma riktning.

Teamet får ett mycket gott betyg från de anhöriga som har intervjuats inom ramen för utvärderingen. De har upplevt ett mycket gott stöd, ett engagemang, en professionalitet och ovärderliga insatser från teamet.

Teamets insatser har upplevts som unika. De anhöriga som intervjuades menade att det inte finns någon annan aktör som de kan vända sig till för att få den hjälp som teamet erbjuder. Det finns ingen annan organisation som åker hem till personer i behov av psykiatrisk hjälp eller kan ge professionell hjälp i svåra ärenden och som dessutom kan koppla över till sjukvård och socialtjänst.

De anhöriga som intervjuades hade innan de fick hjälp från teamet vänt sig till vården utan att få adekvat hjälp. I något fall aktualiserade teamet även hjälp från socialtjänsten som den anhöriga saknade kunskaper om. De anhöriga konfirmerade den stora betydelsen av teamets tillgång till en psykiatriker.

7.4 Vad betyder Mobila Fältteamet för samarbetspartners?

De organisationer som kontaktar Mobila Fältteamet gör ofta det för att komma i kontakt med sjukvården. Teamet fungerar då som ett komplement till och ibland ”en sluss” in till psykiatrin. De externa parterna ringer för att de behöver rådgivning i enskilda ärenden, för att de behöver stöd i hemmet i ett enskilt ärende eller för att kunna hänvisa enskilda personer till teamet.

Alla aktörer som intervjuades var nöjda med den hjälp de hade fått av teamet. Teamets hjälp upplevdes avlastande. Hjälpen betydde ett minskat lidande för den enskilda och i vissa fall även för deras grannar. De hade erfarenhet av att teamet hjälpt till med att förebygga vräkning.

De upplevde att teamet var lätta att få tag på och att de var serviceinriktade, men några av intervjupersonerna befarade att teamet kunde bli överbelastade. Sjukvårdsupplysningen hade gärna sett att teamet hade jobbat kvällar och helger eftersom de själva arbetar vid dessa tider.

På frågan om det finns någon annan att kontakta i stället för Mobila Fältteamet, framkom det att de uppfattade att teamet har en unik och värdefull roll. Vårdcentralen upplevdes sakna den psykiatriska kompetensen och psykiatrin upplevdes som alltför svårtillgänglig.

7.5 Vilken roll har Mobila Fältteamet i förhållande till omgivande system?

I förhållande till omgivande organisationer har Mobila Fältteamet både en roll som stödjande och ”störande”. Teammedlemmarna säger själva att de kan uppfattas som besvärliga när de ligger på och påtalar behov av insatser från en enskild organisation. Eftersom utvärderingen av avgränsningsskäl inte har intervjuat representanter från sjukvården är det svårt att veta om denna bild överensstämmer med hur teamet faktiskt uppfattas.

I förhållande till omgivande system har teamet i huvudsak en komplementär roll, men används ibland för att avlasta enskilda verksamheter som teamet menar borde göra hembesök hos sina egna patienter.

7.6 Metoddiskussion

Det faktum att intervjupersonerna (både anhöriga och representanter för organisationer som kontaktar teamet) i de flesta fall har rekryterats via teamets medlemmar kan innebära att utvärderingen baseras på ett selektivt urval. Det finns en risk för att endast de personer som har varit nöjda med teamets arbete har tillfrågats om att medverka i utvärderingen.

Detta problem är svårt att komma förbi eftersom det i det här fallet inte fanns något annat sätt att genomföra rekryteringen på. Om förfrågan skulle ha gått ut till samtliga som hade haft kontakt med teamet under senare tid, skulle det ha blivit svårt att hantera med de begränsade resurser som fanns i tid. Det som talar emot att urvalet är selektivt är att de olika aktörer som har intervjuats har gett en samstämmig bild – teamet själva, de anhöriga samt de organisationer som kontaktar teamet.

8. Slutsatser och rekommendationer

Sammanfattningsvis bedöms MFt som ett unikt och mycket viktigt komplement till de ordinarie organisationer som verkar för att ge vård och stöd till personer med allvarlig psykisk ohälsa. De erfarenhetsbaserade kunskaper som teamet har samlat på sig under årens lopp skulle behöva nå övriga organisationer för ett bättre bemötande av målgruppen. Deras flexibla arbetssätt skulle kunna överföras till fler organisationer, vilket sannolikt skulle innebära mindre svårigheter för personer i behov av vård och stöd.

Det som framkommer som en svårighet för teamets del är dess lösa koppling till övriga organisationer. En starkare knytning till eller samarbete med andra organisationer som har liknande uppdrag skulle kunna ge synergieffekter. Nuvarande modell för hur teamet styrs och leds är också en fråga som bör lyftas för teamets utveckling i framtiden.

9. Referenser

- Cullberg, Johan. & Mattson, Maria. (2002). Kontraproduktiva inslag i dagens akuta psykosvård. Omvårdnaden måste stödja läkningsprocessen. *Läkartidningen*, Vol. 99, Nr. 3, sid. 190–193.
- Danermark, Berth., & Kullberg, Christian. (1999). *Samverkan. Vårdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Göteborgs Stad (2013). *Inventeringsrapport. Planeringsunderlag för stöd och service i Göteborgs Stad för personer med psykisk funktionsnedsättning 2013*. Rapporten kan erhållas av Agneta Ahlström, processledare PRIO Psykiatrisamordning, Göteborgs Stad.
- Jungner, Christina (2007). *Psykiatrisk omvårdnad inom dagsjukvård och mobilt team. En intervjustudie med vårdpersonal*. Examensarbete inom omvårdnad, höstterminen 2007. Högskolan i Skövde. Institutionen för Vård och Natur.
- Kommun och sjukvård. Samverkan i Göteborgsområdet (2014). *Förlängning av samverkansavtal Mobilt Fältteam (Mft) 2015-01-01 – 2015-12-31*.
- LGS (2011). Förslag 1 Fältbaserat/mobilt team. Daterat 2011-07-20.
- LGS (2012a). *Samverkansavtal om ett mobilt fältteam*. Daterat 2012-02-09.
- LGS (2012b) Information om Mobilt Fältteam. (odaterat, undertecknat Gillis Andersson m.fl.
- SOU 2006:100. (2007). *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning. Stockholm: Fritzes förlag.
- VGR (2014). *Regional utvecklingsplan för vuxenpsykiatri, 2014–2018*. Diarienummer: RS 875–2013.

10. Bilaga 1. Forskningsetik

Studien har genomförts enligt de etiska riktlinjer som Vetenskapsrådet har utarbetat för forskning inom humanistisk och samhällsvetenskapligt område. Utgångspunkten är att individer som deltar inte ska komma till fysisk eller psykisk skada. Individskyddet kan formuleras i fyra olika krav på forskning: informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet (www.codex.vr.se). Med utgångspunkt från dessa riktlinjer redovisar utvärderingen inte uppgifter som kan knytas till enskilda personer. Både personal och anhöriga som har intervjuats har fått ett informationsbrev innan medverkan där det framgår att det var frivilligt att medverka i utvärderingen, att deras uppgifter skulle behandlas konfidentiellt och hur informationen skulle användas.

Samtliga har tillfrågats om intervjun kunde spelas in på band innan det gjordes. Personuppgifter har lagrats separat från intervjumaterial på ett sätt som gör att obehöriga inte kan få tillgång till detta.



FoU_iväst **GR**

FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET

Besök Anders Personsgatan 8 • **Post** Box 5073, 402 22 Göteborg • **Tel** 031-335 50 00
Fax 031-335 51 17 • **e-post** fou@grkom.se • www.grkom.se/valfard