

Rapport/sammanfattning av konferensen om
samsjuklighet/samordning 14 november 2017

Deltagare:

Liselotte Sjögren	Projektledare VOSS
Anette Pettersson	Samordningskordinator Tierp
Marie Waldelius	Östhammars kommun
Terese Eriksson	PO Heby kommun
Kajsa Lantz- Drennan	Café REKommenderas
Liselott Björkwall	Psykiatrimottagning Enköping
Susanne Lundell	Psykiatrimottagning Enköping
Linda F	Högbergsskolans gymnasium Tierp
Sarah Jansson	Högbergsskolans gymnasium Tierp
Miriam Dahlström	Rehabcoach Heby Kommun
Sebastian Settergren	PO Enköping
Staffan Utas	RFHL
Elisabet Alphonce	Socialpsykiatri Uppsala kommun
Jessica Andersson	Arbetsmarknadskonsulent Heby kom.
Maria Edman	Stegen Knivsta kommun
Jenny Fischer	Stegen Knivsta kommun

Linnea Eriksson	Stegen Knivsta kommun
Caroline Trygg	Stegen Knivsta kommun
Eva Manlig	Stegen Knivsta kommun
Linus Eriksson	Affektiva mott. 2, kurator
Louise Rohde	Stegen Knivsta kommun
Annica Danielsson	Biståndshandläggare Enköping
Sanna Hansen	Öppenvård Håbo kommun
Maria Eriksson	BASteamet Knivsta kommun
Kristin Hallqvist	BASteamet Knivsta kommun
Åsa Kämäriänen	BASteamet Knivsta kommun
Karin Noréus	Vuxenenheten Knivsta kommun
Karin Falk	Vuxenenheten Knivsta kommun
Linn Bengtsson	Affektiv mottagning 2
Alexander Engdahl	Råd- och behandlingsgruppen Uppsala
Dirk Kehr	Uppsala Stadsmission
Lena Norén- Eriksson	Anhörigkonsulent Uppsala
Karolina Wik	Personligt ombud Uppsala
Marie Siberg	Personligt ombud Uppsala
Peder Granath	Personligt ombud Uppsala
Sanna Åkervall	Socialsekreterare Enköping
Lena Nilsson	OCD-förbundet Uppsala län
Anna Spångberg	Socialsekreterare Heby kommun
Diana Habtemikael	Socialsekreterare Heby kommun

Leif Eriksson	Idun stödboende, behandlingsassistent
Hossin Solaf	Idun stödboende
Mona Wallén	Biståndshandläggare Enköping
Annelie Stenbäck	Samverkanskoordinator Älvkarleby
Heléne Melkersson	Socialtjänsten Gävle
Anne-Maria Järvelin-Nord	Socialtjänsten Gävle
Anna-Karin Lidehäll	Programråd depression/ångest
Helene Ahlgren	RMSH distriktet
Helena Lydén	Socialtjänsten Gävle
Sami Mäki	Socialtjänsten Gävle
Mia Kuronen	Peer Bålsta
Pia Røjdeby	BISAM Uppsala
Susann Arnehed	Allmänna Arvsfonden
Laila Blideskog	Forum för Brukarinflytande
Anna-Maria Lundberg	Forum för Brukarinflytande
Eleonor Belin	Ge makten vidare/FBI
Elsa Kjellander	Forum för Brukarinflytande
Anna Thalén	Forum för Brukarinflytande
Petra Rohrer	Forum för Brukarinflytande
Mats Bjurgard	Råd och Stöd i Knivsta
Jonas Högvist	VOSS Affektiva mott. 2
Susanne Asp	Socialtjänsten Enköping

Totalt: 61

Anna Thalén, utvecklingsledare på Forum för Brukarinflytande, inledde konferensen med att hälsa deltagarna välkomna, hon gick igenom en del praktiska saker samt presenterade en power-point om vad samverkan/samordning är.

Därefter presenterade Petra Rohrer, Forum för Brukarinflytande, en power-point om vad samsjuklighet är och hur vanligt förekommande det är samt berättade lite kort om sina egna erfarenheter av samsjuklighet.

Efter Petra berättade Forumets övriga personal om sina egna erfarenheter ur ett brukarperspektiv - Eleonor Belin, Elsa Kjellander och Laila Blideskog.

Sedan var det Dirk Kehr från Uppsala Stadsmission som föreläste om deras projekt ”Arbetsintegrerad öppenvårdsbehandling”.

Strax före lunch fanns det tid för reflektioner för deltagarna som sedan togs med i eftermiddagens workshop.

Direkt efter lunch föreläste Liselotte Sjögren och en brukare om Vård- och stödsamordning, VOSS.

Därefter var det dags för en fikapaus och sedan delades deltagarna in i olika grupper för att diskutera 3 frågor i en workshop.

Resultat från workshopen:

1. Har brukare/patienter i den verksamhet som du är verksam inom ofta mer än en diagnos/funktionsnedsättning? Hur ser det ut?

- Ja, oftast beroende och psykiatri.

-Alla möter samsjuklighet inom verksamheterna. Mycket psykisk ohälsa sammansatt problematik, ofta beroende.

- Ja. Beroende, Bipolär sjukdom, Asperger, ADHD, social fobi, PTSD, depression. Visst borde väl denna dag egentligen i huvudsak rikta sig till enbart psykiatrin? Det är ju där samsjukligheten ligger.

- Ja. Missbruk och psykisk ohälsa.

-Våra brukare har ofta en eller flera diagnoser samt missbruk. Ofta i väntan på utredning, ibland ändras diagnoser efter en längre tids drogfrihet. Ibland är medicinering och missbruk sammanblandade efter flera års medicinering.

-Ja, det är det vanliga! Svårast är det med dem som har beroendeproblematik och en psykiatrisk diagnos.

-Ja, vanligt förekommande.

-Ja, fysiskt och psykiskt. Bipolär sjukdom/ADHD, Ångest/depression och beroende, Intellektuella funktionsnedsättningar och psykisk ohälsa, smärtproblematik och psykisk ohälsa. NPF, ätstörningar, PTSD.

- I stort sett alla.

*-Beroende+ psykiatrisk diagnos. Ångestproblematik vanligt.
Måste man sätta en diagnos?*

2. Hur fungerar samverkan kring enskilda brukare/patienter i din verksamhet?

- Startat ett projekt.

- BASteam Knivsta. Intern samverkan kontinuerligt mellan enheter-Heby. Brukarråd som samarbete med psykiatri och RIM.

*- BASteamet fungerar bra! Råd och stöd fungerar!
Kommunikationen mellan myndighet Råd och stöd och Stegen fungerar.*

- BASteam. SIP. Psyk. Bollar fram och tillbaka.

- Samverkan fungerar sådär. Ofta är en SIP det forum man till slut möts i, oftast efter en lång tid. Våra brukare som har kontakt med läkare och som har mediciner har ofta avbrott då läkare byts ut/slutar, vilket inte gagnar helhetssynen.

- Det känns som att det, trots allt, får åt rätt håll. VOSS-samverkan fungerar bra! Enköping är en liten kommun, vilket underlättar. Men också problem om det inte funkar (kan vara väldigt personberoende). Ibland fungerar det väl organisatoriskt, men inte för individen.

- *Fungerar olika bra. Ofta används SIP som första vägen till samverkan. Det skulle behöva förbättras från alla verksamheter samt att prata mer om samverkan.*

- *Det fungerar dåligt på LSS-sidan. Samverkan kan också bli bättre inom psykiatrin.*

- *SIP förbättrar mycket-SUF. För personbundet. BAS-team för missbruk hos kommunen.*

- *Lättare med samverkan i mindre kommuner. Kontakt med kuratorn på psykiatrin. Vad är det psykiatrin faktiskt kan göra och vad är det kommunen faktiskt kan göra?*

3. Hur kan samverkan kring enskilda brukare/patienter i din verksamhet utvecklas och bli bättre?

- *Landstinget. (Samverkan mellan vård och vård behöver utvecklas.)*

- *Samverkan med psykiatriproblem upplevs som stuprör.*

- *Prestige mellan Affektiva mottagningen och Beroendemedicinska. Klienter/brukare lider på grund av hierarki och oförmåga till samarbete mellan dessa. Skärpning!! Vi borde ha kvalificerade kontaktpersoner.*

- *Bättre samordning med regionen, psykiatrin.*

- *Mer samordnade insatser, tydligare intentioner och framför allt (önskas) längre stadigvarande kontakter för brukare inom Psykiatrin.*

- *Ha förståelse för respektive verksamheter samt prata med varandra för att det ska bli bättre för brukaren/patienten.*

- *Veta vem man ska kalla till en SIP samt veta vilka som ska delta för att det ska bli så bra som möjligt.*

- *Anlita fler personer med egen erfarenhet. Använd VOSS-metoden. Mer tid och resurser för personal att arbeta med olika metoder.*

- *Team kring enskilda.*

- *Vård och vård samordning- landstinget. Mycket tid går åt till administration. Psykiatriproblemet.*

Övrigt:

Dirk Kehr från Uppsala Stadsmission fick många nya kontakter- kan kanske leda till att deras projekt om ”Arbetsintegrerad öppenvårdsbehandling” uppmärksammas.

De fyra personerna från Forumet som talade om sina egna erfarenheter av samsjuklighet fick en del förfrågningar om att komma och föreläsa, bl.a en förfrågning från Heby kommun och en från Arvsfondens handläggare.

Slutsatser/reflektioner:

Vi fick många positiva reaktioner från deltagarna som tyckte konferensen var bra och att de lärde sig en del nytt. Utifrån

svaren från workshopen som jag har läst så kan dra följande slutsatser:

- De flesta nämner missbruk/beroende och samtidig psykisk ohälsa som den vanligaste formen av samsjuklighet.
- Någon menade att denna dag borde i huvudsak ha riktat sig till bara Psykiatrin.
- Att alla möter samsjuklighet inom verksamheterna.
- Många skriver om betydelsen av SIP.
- Att det är lättare med samverkan i en mindre kommun.
- Vikten av att ha förståelse och kunskap om varandras verksamheter (regionuppsala/landsting och kommunerna).
- Deltagarantalet från Psykiatrin och från RIM kunde ha varit bättre.