

Att samla ansvaret för behandlingsinsatserna

*ACT-arbete för personer med
psykisk sjukdom och missbruk*

Emma Fredriksson

FoU- Södertörns skriftserie nr 56/2007
Andra omarbetade upplagan
Tryck Intellecta Infolog 2009
ISSN 1403-8358

Rapporten kan beställas från FOU- Södertörn:
E-post: info@fou-sodertorn.se
Tel: 08-530 621 80

Förord

Behandling och stöd till personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk har på senare år blivit ett utvecklingsområde inom samarbetet mellan kommuner och landsting. I Huddinge kommun har man startat ett samverkansarbete mellan kommunens missbruksvård och landstingets beroendecentrum och psykiatri för att förbättra vården för dessa klienter.

Den här rapporten följer ett arbetslag som satts samman för att arbeta målinriktat med personer med den dubbla problematiken psykisk sjukdom och missbruk. Inom den nya verksamheten som startade 2006 anställdes ett samlokaliserat team om fyra personer med olika yrkesbakgrund och organisationstillhörighet. Arbetet är ACT-inriktat (Assertive Community Treatment) och personalens roller kan karakteriseras som case managers. Vid verksamhetsstarten deltog personalen också gemensamt i en case manager-utbildning. Arbetet startade som ett s.k. miltonprojekt, inom ramen för den statliga utredningen Nationell psykiatrisamordning.

FoU-Södertörn engagerades att utvärdera arbetet det första året. Utvärderingens upplägg skedde i nära samarbete mellan projektledare, ACT-team och FoU-Södertörn. Överenskommelsen blev att en utvärdering av klientarbetet skulle ske genom intervjuer med personalen. Detta är väl motiverat i texten utifrån klienternas situation som utsatta, svårkontaktade och har åtskilliga vårdkontakter. I utvärderingssammanhanget för denna målgrupp, personer med psykisk sjukdom och missbruk, är studien intressant metodmässigt. Kan det vara så att utvärderingar med direkt klientkontakt kräver ganska långvariga studier? Kanske den typ av korta utvärderingar som FoU-arbete oftast medger är olämpliga i validitetshänseende i studier av denna målgrupp, om man förutsätter deras egen medverkan?

Den här rapporten om en verksamhet med de kanske svåraste klienterna inom såväl missbruksvård som psykiatri, blir ett dokument som konkretiserar svårigheterna i det praktiska arbetet. Att tillskapa ett personalteam som står utanför de vanliga organisatoriska ramarna ger en tydligare fokus på klienterna, emellertid går en hel del resurser åt till att förankra sig själv i organisationerna. Att bygga upp smidiga vägar för hjälp till klienterna är tidskrävande och fordrar stort tålamod då en hel del klienter visar ovilja eller ambivalens i kontakten. Samtidigt välkomnas ACT-teamet av flertalet av klienterna, varav några i stort sett inte släpper in någon annan i sitt hem. Vilken presumtiv kraft som ligger i en sådan tillit är svårt att säga efter den korta projektiden. Studien belyser samtidigt hur arbetet att förverkliga önskemålen om en förbättrad livssituation för dessa klienter följer ganska krokiga vägar.

Rapporten är skriven av Emma Fredriksson, statsvetare med erfarenhet av arbete inom psykiatrisk slutenvård. Emmas tidigare arbete som utredningssekreterare inom Nationell psykiatrisamordning gör henne också till en särskilt lämplig person att förstå och tolka de sammanhang som utgör villkoren för arbete med studiens speciella målgrupp.

Tullinge i november 2007

Eva Nyberg
Forskningsledare, FoU-Södertörn

Innehållsförteckning

Inledning	4
En tillbakablick - förändringar i samhällets ansvar för personer med psykiskt funktionshinder	5
Olika insatserna för stöd till den enskilde.....	9
ACT – team i Huddinge	10
Case management och ACT	13
Utvärderingen.....	15
Undersökningsmetod	15
Intervjuer; urval av informanter och frågor	15
Tillvägagångssätt och analys av intervjumaterialet.....	16
Förförståelse	17
Resultat- intervjustudie	18
Arbetet i teamet	18
Multidisciplinärt team	18
Samarbete inom teamet	19
Samarbete med andra aktörer	20
Klientens delaktighet.....	22
Tankar kring året som gått	23
Klienterna	25
Teamets arbete med klienterna.....	25
Utgångsläge	26
Kontaktskapande arbete, hjälp att organisera vardagslivet samt behandling.....	26
Exempel; teamet och klienterna.....	27
Boendesituation	34
Behandling	35
Ekonomisk situation.....	35
Nätverk.....	36
Barn	37
Diskussion och slutsatser	39
Referenser	42
Bilagor	44
Bilaga 1: Frågeguide till projektpersonal, klientbetonad.....	44
Bilaga 2: Frågeguide till klienter	45
Bilaga 3: Nätverkskarta.....	46
Bilaga 4: Barnschema	47
Bilaga 5: Frågeschema, ACT-team.....	49

Inledning

Personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk har svårt att få sina behov tillgodosedda. Studier visar att samordnade och samtidiga insatser över huvudmanna-gränserna är nödvändigt och att öppenvårdsprogram som behandlar psykisk sjukdom och missbruk integrerat ger bättre resultat än traditionell behandling där problemen hanteras var för sig.

I samband med ett möte mellan representanter för beställarenheten i Stockholms läns landsting, psykiatriska kliniken Sydväst, beroendecentrum Stockholm och socialförvaltningen i Huddinge kommun bildades under 2003 en arbetsgrupp med uppgift att arbeta fram förslag för samverkan mellan parterna. Syftet var att skapa en hållbar verksamhet för personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk.

I en inventering som arbetsgruppen gjorde 2004 identifierade man 79 personer med svår psykisk sjukdom och samtidigt missbruk i Huddinge. Av dessa var drygt hälften aktuella inom psykiatri och den andra delen inom individ- och familjeomsorgens vuxen/missbrukssektioner. Genom inventeringen konstaterades att målgruppen tar stora resurser i anspråk. Andra studier inom området visar att en stor del av dessa kostnader är onödiga och beror på att verksamheterna är illa anpassade för att möta de behov som dessa personer har (se ex. Nilsson & Wadeskog, 1999).

För att möta behoven krävdes ett nytt arbetssätt. I det förslag på förändrad organisation som arbetsgruppen presenterade lades fokus på en verksamhetsatsning baserad på ACT- modellen (ACT står för Assertive Community Treatment och kan översättas till samhällsbaserad integrerad behandling) samt den s.k. Tyresömodellen. ACT- modellen innebär att ett team, med företrädare från samtliga samverkansparter, arbetar tillsammans för att på plats vara tillgängliga och ge kontinuitet till klienten. Vård- stöd och behandlingsinsatser ges främst i hemmet eller annan plats där klienten känner sig trygg. Tyresömodellen innebär att företrädare för socialtjänsten, psykiatri och beroendevården samverkar lokalt och bildar små nätverk kring enskilda klienter.

I samarbete mellan Huddinge kommun, Psykiatriska Kliniken Sydvästra Stockholm och Beroendecentrum Stockholm har man därmed satt samman ett team för arbete med målgruppen. Under 2005 planerades organisationen och under 2006 kom det operativa arbetet igång. Det första året finansierades den nya verksamheten via länsmedlen i psykiatrisatsningen, s.k. Miltonmedel. Tanken är att verksamheten skall vara implementerad i ordinarie verksamhet inom tre år från projektstart. Inför år 2008 finansieras därmed verksamheten gemensamt av kommunen och landstinget. För verksamheten har ett lokalt samverkansavtal utformats.

För att få en bild av effekterna av projektet beslutade man att anlita FoU Södertörn för att göra en utvärdering. Resultatet av denna utvärdering presenteras i föreliggande rapport. Granskningen som FoU genomfört är begränsad till projektets första år, dvs. t.o.m. mars 2007.

En tillbakablick - förändringar i samhällets ansvar för personer med psykiskt funktionshinder

Det lokala Huddingeprojektet kan sättas in i ett större sammanhang. Nedan ges en översiktlig genomgång av de senaste decenniernas förändringar i Sverige när det gäller samhällets ansvar för personer med psykiskt funktionshinder.

En reform för ökad delaktighet och bättre levnadsförhållanden

En viktig omställning innefattar de ansvarförändringar som genomfördes i samband med psykiatrireformen 1995. Reformen föregicks av psykiatriutredningen (SOU 1992:73) men var resultatet av en ideologisk och medicinsk process som pågått sedan 70- talet. Förutom kritiken mot förhållandena på mentalsjukhusen samt den nya kunskapen om samhällsfaktors inverkan på psykisk ohälsa kom de nya läkemedlen mot psykos att spela en avgörande roll för denna förändring. Utifrån denna process startades en avveckling av mentalsjukhusen under 80-talet. Nedläggningen innebar en förändring av vårdsystemet där slutenvården splittrades upp och förflyttades till sjukhusen samtidigt som öppenvårdsbaserad metodik uppmuntrades och nya mottagningar öppnades. Förändringen utgick från en närområdesideologi där tanken var att ge psykiatriska mottagningar en central placering i bostadsområden för att möjliggöra tidiga insatser.

Syftet med psykiatrireformen var att förbättra de långvarigt psykiskt sjukas livssituation och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället. I samband med reformen flyttades fokus från medicinsk vård och behandling till social integration, omsorg, stöd och service. För att nå detta mål delades ansvaret upp främst mellan de två huvudmännen, kommun och landsting. Landstingets tidigare ansvar att fastställa behov av insatser såsom boende och sysselsättning övergick i kommunens regi. Landstingets ansvarsområde begränsades därmed till att omfatta diagnostik, behandling och psykiatrisk rehabilitering dvs. att identifiera, lindra och bota patientens psykiska symtom. Detta innebar i praktiken att man bevarade öppenvårdsenheterna och slutenvårdsenheterna inom landstinget medan boendekollektiv samt sysselsättningsverksamheter överfördes till kommunen (se bl.a. Markström, 2003; SOU 1992:73).

Propositionen (1993/94:218) som följde psykiatriutredningens slutbetänkande innehöll få lagliga förändringar. För att ge kommun och landsting klarhet i vem som ansvarade för vården och det ekonomiska ansvaret för personen med psykiskt funktionshinder gjordes dock ändringar i betalningsansvarslagen (1990:1404). Ändringarna innebar att kommunen fick det ekonomiska betalningsansvaret för de patienter som, av läkare med specialistkompetens i psykiatri, ansågs medicinskt färdigbehandlade¹. I och med att kommunerna fick ta över ansvaret för de ”färdigbehandlade” kompengades de via en skatteväxling med landstingen. Tanken med lagen var att klargöra ansvarsområdet. I praktiken har dock lagen varit orsak till en hel del tvister mellan kommun och landsting, bl.a. då man haft skilda åsikter om patienten i fråga är färdigbehandlad eller inte.

¹ I och med lag (2003:193) ersattes ”medicinskt färdigbehandlad” med ”utskrivningsklar”

Tio år efter psykiatrireformen

Ett flertal rapporter och utvärderingar har producerats under de senaste tio åren för att följa upp reformen och utvecklingen av landstingets och kommunens, vård, stöd och service till målgruppen (se bl.a. Socialstyrelsen, 1997, 1999a; Markström, 2003; Socialstyrelsen och Länsstyrelserna, 2005a). Mycket har hänt i kommunerna sedan reformen genomfördes och en viktig del i detta är att situationen för personer med psykiskt funktionshinder uppmärksammats mer i samhället. Verksamheter med personliga ombud har varit lyckosamma. Större fokus har lagts på brukar- och anhöriginflytande och man har idag en bättre kunskap och bild av vilka områden som behöver utvecklas. Även bristområden rapporteras. Ett av dessa områden är samverkan kring personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk. Psykiatrireformens återkommande mantra om betydelsen av samverkan mellan kommun och landsting fick inte den genomslagskraft som var tänkt och på vissa håll har reformen snarare bidragit till ett förtydligande av gränser dem emellan (SOU 2006:100).

Uppföljning av försöksverksamheter

En betydande del i regeringens satsning var de statliga stimulansbidragen som utgick mellan 1996 och 1998. Sammanlagt betalades 1,2 miljarder ut till kommuner och landsting för utveckling av nya arbetsformer och förbättring av vård, stöd, service och rehabilitering.

I propositionen (1993/94:218) underströks att en ökad samverkan mellan berörda instanser krävdes för att förbättra vården och stödet till personer med svår psykisk störning och missbruk. En av de satsningar som gjordes i samband med psykiatrireformen, baserad på stimulansbidragen, var försöksverksamheter för personer med denna problematik. 45 miljoner kronor avsattes för tio projekt i olika delar av Sverige.

I försöksverksamheterna testade man två olika modeller för samverkan, *behandlingsteam* och *vårdplaneringsteam*. Behandlingsteamerna svarade i huvudsak själva för behandling och stödinsatser, medan vårdplaneringsteamerna, efter bedömning, planerade och samordnade de ordinarie verksamheternas insatser rörande missbruket, den psykiska störningen och de sociala problemen.

I den uppföljning som Socialstyrelsens gjorde ett och ett halvt år senare framkom att klienternas livssituation förbättrats. Man såg ett klart samband mellan en minskning av missbruket och en förbättring av den psykiska hälsan. Patienterna upplevde själva att deras livskvalitet hade höjts. Hjälpbehov kvarstod dock inom områden som arbete och försörjning, samt den fysiska och psykiska hälsan (Socialstyrelsen, 2004a).

Trots de positiva resultaten visade uppföljningen att det gemensamma ansvaret för målgruppen inte fungerade tillfredsställande. Kostnadsfördelningen i relation till var och ens ansvarsområde var ett återkommande område för konflikt. Eftersom den första uppföljningen gjordes redan efter ett och ett halvt år, en kort period för att uppnå förändringar i förhållande till klienternas problematik, har en uppföljning även utförts fem år efter projektstarten.

De svarande som kunde följas upp efter fem år (42 procent) representerades främst av personer med psykosjukdom (Socialstyrelsen, 2004a).

Förloppet över fem år visade att:

- den sociala situationen har förändrats påtagligt och andelen som fått förtidspension eller sjukbidrag hade ökat signifikant,
- ingen av de intervjuade var längre bostadslös,
- drygt hälften av klienterna hade inga missbruksproblem,
- slutenvårdskonsumtionen ökade under början av projekttiden för att sedan minska,
- dödligheten för de medverkande klienterna var nästan åtta gånger högre än i normalbefolkningen.

Personalen som intervjuats i uppföljningen upplevde fortfarande vissa problem med:

- ansvarsfördelning, man har olika synsätt på vad som skall åtgärdas först, missbruket eller den psykiska sjukdomen,
- väntetiderna för diagnostisering av missbruk och psykisk störning är för långa,
- vårdtiderna inom slutenvården är för korta,
- det finns för få behandlingshem.

Efter projektperiodens slut fortsatte fyra projekt en organiserad samverkan mellan kommun och landsting genom tecknade eller planerade vårdavtal. Vid en jämförelse mellan de klienter som tillhört de avslutade projekten samt de som fortfarande var aktuella inom de fyra fortsatta projekten, framkom att klienterna som fortsatt behandling i de samverkande projekten visade en förbättrad psykisk hälsa och livskvalitet. Gällande missbruket kunde ingen skillnad påtalas mellan projekten.

I samband med arbetet i projekten har ett nationellt nätverk för dubbeldiagnoser bildats, som bl.a. etablerat en samverkan med motsvarande nätverk i andra nordiska länder (www.sn-dd.se/).

En Nationell psykiatrisamordnare

Brister som framkom i samband med utvärderingarna samt de våldsdåd som inträffade under 2003, utförda av personer som tidigare varit i kontakt med och sökt hjälp av psykiatrin, motiverade ytterligare en statlig satsning för förbättring inom området. Under hösten 2003 tillkallades en Nationell psykiatrisamordnare med uppgift att se över frågor som rörde bland annat arbetsformer, samverkan, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt funktionshindrade.

I ett steg att förbättra tillgången till vård och stöd, delaktighet i samhället och ökad livskvalitet för personer med psykiskt funktionshinder anslog riksdagen för åren 2005 och 2006 ett ekonomiskt tillskott om 500 miljoner till kommuner och landsting. Pengarna fördelades länsvis efter invånarantal i respektive län. En särskild satsning gjordes på de tre storstadslänen Stockholm, Västra Götaland och Skåne. För att få tillgång till medlen ställdes ett antal krav. Ett var att kommuner och landsting skulle

göra en gemensam ansökan, vidare att ett gemensamt avtal skrevs mellan kommunen och landstinget för den enskilda verksamheten.

Uppdraget som Nationell psykiatrisamordnare tillförordnades Anders Milton. Lokala och regionala projekt som finansierats i samband med utredningen har därmed på ett flertal håll kommit att kallas ”Miltonprojekt” och de medel som utbetalats ”Miltonmedel”. Utöver de medel som fördelades länsvis öronmärktes även medel för prioriterade utvecklingsområden. Två av dessa projekt har särskilt riktats till personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk, båda med inriktning på Case management.

I Psykiatrisamordningens slutbetänkande (SOU 2006:100) föreslogs bl.a. följande för att förbättra vården och den sociala omsorgen för personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk:

- att kommuner och landsting bör erbjuda målgruppen vård och stöd i integrerade former,
- att en utredning initieras för att utforma en ansvarsgaranti för denna målgrupp. Detta för att säkerställa att planering av vård- och stödinsatser kommer till stånd i tid. Garantin skulle innebära planering inom en vecka och behandling inom en månad,
- att regeringen ser över hur man kan förbättra och effektivisera den statliga medelstillelningen till olika aktörer som ansvarar för missbruksbehandling,
- att kommuner och landsting bör utveckla lokalt anpassade verksamhetsformer som effektivt kan möta behoven hos personer med komplexa vård- och stödbehov, exempelvis via lokala ACT-team eller Case managers,
- att kommuner och landsting ska bli skyldiga att ingå överenskommelser om sitt samarbete kring personer med psykiskt funktionshinder, detta innefattar bestämmelser om ansvar för insatser till personer som har en psykisk störning och ett samtidigt missbruk.

Psykiatrisamordningen har även tillsammans med Mobilisering mot narkotika formulerat en programförklaring i tio punkter för hur man bättre kan möta behoven hos personer med missbruk och psykisk sjukdom.

Grundförutsättningarna är:

1. Öka medvetenheten
2. Behandla missbruk och psykisk sjukdom samtidigt
3. Erbjud lättillgänglig vård
4. Alla ska ha makt över sitt eget liv
5. Anpassa organisationer och verksamheter
6. Prioritera personer med dubbel problematik
7. Gör en gemensam behovsanalys
8. Samordna insatserna
9. Använd resurserna mer effektivt
10. Bygg insatserna på en gemensam grundsyn

Olika insatserna för stöd till den enskilde

Vid en genomgång av intervjumaterialet samt de olika verksamheterna i kommun, stat och landsting står det klart att var och en av klienterna har ett stort antal professionella i sin närhet som bistår dem med insatser. Nedan ges en kort beskrivning av olika stödfunktioner som klienten kan komma i kontakt med.

Personligt ombud

Ett personligt ombud ska se till att en person med psykiskt funktionshinder får sina behov tillgodosedda utifrån de lagliga rättigheter som han eller hon har. Det finns stora variationer i hur hjälpen ser ut lokalt. Ett personligt ombud ska arbeta på personens uppdrag och utgå från dennes behov och önskemål. Stödet är frivilligt och kostar inget för den enskilde.

Boendestödjare

Enligt socialtjänstlagen kan personer med psykiskt funktionshinder erhålla boendestöd i form av omvårdnad och aktiva insatser i boendet. Stödets syfte är att hjälpa den enskilde att klara ett eget boende. Stöd i vardagen både i och utanför hemmet kan ingå. Boendestödet ska öka den enskildes möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället.

God man och förvaltare

Kommunen kan tillhandahålla god man och förvaltare. Dessa har som uppgift att sköta huvudmannens ekonomi genom att betala räkningar, lämna fickpengar, förvalta kapital, osv. Det kan även handla om att tillvarata den enskildes intressen i en rättshandling, exempelvis ansöka om olika typer av hjälpinsatser från kommunen, t.ex. bostadsbidrag. I uppdraget ligger också att sörja för person, d.v.s. se till att huvudmannen får den vård och omsorg han behöver och har rätt till, t.ex. ansöka om annat boende eller ansöka om bistånd hos biståndshandläggare. Skillnaden mellan god man och förvaltare är att den enskilde förlorar sin rättshandlingsförmåga vid ett förvaltarskap, d.v.s. förvaltaren är inte beroende av huvudmannens samtycke för att vidta åtgärder och agerar på eget ansvar för huvudmannens räkning. När det gäller huvudmannens personliga frågor som boende och vård bör i första hand huvudmannen själv få bestämma även om förvaltarens synpunkter inhämtas (www.huddinge.se).

Handläggare

I de fall klienten har försörjningsstöd, särskilt boende, vårdas på behandlingshem, är inskriven enligt LVM (lagen om vård av missbrukare), har biståndsbedömd sysselsättning, barn placerade i familjehem eller annat stöd via kommunen finns oftast en eller flera handläggare kopplade till detta stöd. Om klienten uppbär stöd från försäkringskassan (sjukpenning, sjukersättning, rehabiliteringsersättning osv.) finns en handläggare inkopplad.

Övriga aktörer

Utöver ovan beskrivna aktörer kan klienten ha ytterligare kontakter i form av exempelvis läkare, sjuksköterska, psykolog eller arbetsterapeut inom sjukvården, personal inom sysselsättningsverksamhet eller kontaktperson inom frivården.

ACT – team i Huddinge

Övergripande mål för projektet

Det övergripande målet med projektet är att skapa en verksamhet som kan tillgodose behoven hos de mest utsatta personerna med samtidig psykisk störning och missbruk.

Målgrupp

I verksamheten riktar man sig till vuxna personer som på grund av samsjuklighet har ett utökat behov av samtidig vård och stöd från ett flertal myndigheter.

Inför verksamhetsstarten identifierade man särskilt fyra grupper som kunde komma att bli aktuella. Dessa var:

- Personer med diagnostiserad psykosjukdom med missbruk,
- Akutsökande patienter med drogpåverkan och allvarliga psykiatriska symtom,
- Hemlösa med missbruk,
- Tunga missbrukare utan ännu diagnostiserad psykisk störning.

ACT- team

I projektet som startades upp under 2006 anställdes, för det operativa arbetet, fyra personer med olika yrkesbakgrund för att bilda det s.k. *ACT-teamet*. Man har i projektet valt att kalla var och en av personerna i teamet för en Case manager. Dessa personer har tillsammans erfarenhet av psykiatri, socialtjänst och beroendevård.

Teamet består av:

- 1 socialsekreterare från kommunens missbrukssektion
- 1 boendestödare med erfarenhet från kriminalvården
- 1 sjuksköterska med erfarenhet av beroendevård och psykiatri
- 1 mentalskötare med erfarenhet av beroendevård och psykiatri

Tanken är att teamet skall tillgodose klientens behov inom en och samma verksamhet. Grundtanken i modellen är att ge psykiatrisk behandling och beroendebehandling samtidigt, kombinerat med sociala stödinsatser.

Till teamet finns även kopplat en arbetsledare och en patientansvarig läkare (PAL).

Projektplanen följer de riktlinjer som gavs ut i rapporten, *Behandling av personer med komplexa vårdbehov pga. psykisk störning och missbruk* (Palmstierna, 2004).

ACT-teamets uppdrag

Enligt projektplanen framgår följande uppdrag för ACT-teamet:

- *Teamet ska ansvara för planering, framtagande av beslut, genomförande och uppföljning av insatser.*

Det innebär att även om det formella ansvaret om beslut ligger hos ordinarie handläggare i respektive organisation är det ACT-teamets uppgift att initiera och lämna underlag för beslut.

- *Teamet har ett samlat ansvar för att behandlingsinsatser, stödinsatser och praktisk hjälp når fram till klienten.*

Det innebär att teamet arbetar med allt från dagligt stöd i boendet till kontakter med myndigheter för att tillvarata klientens intressen utifrån behov.

- *Teamet ska säkerställa klientens övriga kontakter.*

I de fall ACT-teamet inte kan eller bör tillgodose klientens behov ansvarar man för att initiera och följa upp kontakten med berörd myndighet.

- *Teamets personal ska vara ombudsmän och bevaka samhällsliga rättigheter.*

Teamet har en skyldighet att identifiera och hålla kontakt med sociala, medicinska och psykiatriska insatser i närområdet som kan vara tillgodo för klienterna.

(Huddinge kommun, m.fl.; Projektplan för samverkan, 2005).

Utgångspunkterna för teamet är att:

- *Ingen ansvarar för mer än 10 klienter*

- *Vara aktivt uppsökande, ansvara för att kontakten med den enskilde fungerar*

I ACT- modellen betonas att teamet skall arbeta uppsökande samt att möta klienten där personen känner sig trygg, såsom i hemmet eller på annan plats i klientens närmiljö (Palmstierna, 2004; Socialstyrelsen, 2003a).

- *De insatser som teamet ger anpassas kontinuerligt till klientens olika faser av motivation och förändringsförmåga.*

- *Utföra motivationell behandling*

Detta innebär att personalen i teamet, utifrån ett icke konfrontativt förhållningssätt, tillsammans med den enskilde personen, identifierar problem och alternativ till nuvarande livssituation.

- *Se till att farmakologisk, -kognitiv- och beroendebehandling ges samtidigt.*

Teamets uppgift blir i första hand att motivera, initiera och möjliggöra fortsatt farmakologisk behandling. I teamets egen verksamhet skall speciella metoder för kognitiv missbruksbehandling för målgruppen utvecklas.

- *Ge sociala stödinsatser för familj, nätverk och bostad för att få det vardagliga livet att fungera.*

(Huddinge kommun, m.fl.; Projektplan för samverkan, 2005).

Teamet arbetar två och två med varje klient, med en person från kommunen och en från landstinget. Varje klient får en kontaktperson som huvudansvarig.

Primärteam och styrgrupp

Utöver ACT-teamet och arbetsledaren finns även en styrgrupp samt ett primärteam. *Styrgruppen* har till uppgift att besluta om budget, målgrupp samt att tydliggöra uppdrag vid en eventuell konflikt eller tveksamhet. I styrgruppen finns representanter från Beroendecentrum, socialförvaltningen och psykiatrin.

Primärteamet träffas en gång i månaden och huvuduppgifterna är att:

- utgöra remissinstans för aktualisering i ACT-teamet,
- behandlingsplanering som kräver problemlösning utöver ordinarie ramar,
- följa upp arbetet i ACT-teamet, samt
- sprida kunskap om och förankra ACT-teamets uppdrag i den egna verksamheten.

I primärteamet finns sex organisationer representerade:

- 1 enhetschef från kommunens missbruksenhet
- 1 enhetschef från kommunens öppenvårdsenhet
- 1 enhetschef från kommunens socialpsykiatriska sektion
- 1 enhetschef från kommunens arbete och försörjning
- 1 enhetschefer från den psykiatriska öppenvården, landstinget
- 1 enhetschef från psykosteamet, landstinget
- 1 chefsjuksköterska från Beroendecentrum Stockholm

Klienternas inträde i projektet

Alla enheter som är representerade i primärteamet har rätt att remittera klienter till ACT-teamet. Remisserna diskuteras på primärteamets möten där man avgör om klienten ska gå vidare till teamet eller om det kan lösas på annat sätt. ACT-teamet är delaktiga på primärteamets möten och kan själva vara med och ha synpunkter på vilka klienter som bör ingå. För att en klient skall bli aktuell krävs att hon/han samtycker till att tystnadsplikten bryts mellan berörda tjänstemän.

Case management och ACT

Nedan ges en kort beskrivning av metoderna Case management och ACT.

Case management

Case management metodiken startade i USA under 70-talet och användes som ett sätt att förmedla behandling till patienter i öppenvård. I kontrast till det traditionella vårdssystemet har en gemensam nämnare för funktionen varit att anpassa servicen till klienterna där Case managern har ansvar för att förmedla vården till den enskilde. Det finns ingen standarddefinition på vad som innefattas i verksamheten. Nedan ges därmed en kort introduktion till begreppet Case management och de olika modeller som utvecklats ur grundmodellen, den s.k. mäklarmodellen. Samtliga modeller innehåller ett antal basfunktioner som att:

- identifiera klienterna,
- göra en behovsbedömning,
- planera insatser,
- samordna insatser, samt
- följa upp och utvärdera insatserna (Björkman, 2005).

Tabell 1: Case management modeller.

Modell	Antal personal	Kontakt med patienten	Behandlande funktion
<i>Mäklarmodellen</i>	1	Gles kontakt, ca 30- 50 klienter	Nej
<i>Kliniska Case management modellen</i>	1	Ganska tät kontakt	Ja, såsom krisintervention, social träning och familjestöd
<i>Resursmodellen</i>	1	Ganska tät kontakt	Ja, mer uttalat från klientens självbestämmande, jobbar med bl.a. boendeträning och arbetsträning
<i>Rehabiliteringsmodellen</i>	1	Ganska tät kontakt	Ja, mer uttalat från klientens självbestämmande, jobbar bl.a. med insatser som stärker sociala och instrumentella färdigheter
<i>Assertive Community Treatment (ACT)</i>	Multidisciplinära team om 3-4 personer.	Tät kontakt, ca 10 klienter	Ja, vård och stödinsatser, främst i hemmet
<i>Personligt ombud</i>	1	Ser olika ut, arbetar på uppdrag av klienten	Nej

Källa: (Björkman, 2005, Socialstyrelsen och Länsstyrelserna 2005b, Socialstyrelsen, 2004b)

I slutbetänkandet som låg till grund för psykiatrireformen (SOU 1992:73) föreslogs att ”långvarigt och allvarligt psykiskt störda” skulle få rätt till personliga ombud. Dessa ombud skulle hjälpa till att hantera de nya förutsättningar som satsningen på öppna vårdformer inom psykiatrin inneburit. Förslaget byggde man på utvecklingen av Case management i USA och Storbritannien. Arbetsmodellen med personliga ombud påminner om den ursprungliga mäklarmodellen och i samband med satsningen på personliga ombud har dessa ibland likställts med Case managers. I samband med reformen fattade regeringen beslut om att försöksverksamheter skulle startas upp på tio orter i landet under en period om tre år.

Vid mätningar efter 18 månader kunde man se tydliga positiva förändringar av funktionsförmåga och vårdbehov (minskat behov av öppen och sluten psykiatrisk vård) för de som ingått i studien. Man såg vidare att ombudens vanligaste uppgifter var att ge råd/stöd och utföra uppsökande arbete, att de som ingick i försöken uppskattade verksamheten samt att verksamheter med personligt ombud kunde organiseras och drivas framgångsrikt med olika huvudmän och organisationsmodeller (Socialstyrelsen, 1999b; Björkman, 2000).

ACT- modellen

Assertive Community Treatment (ACT) är ett samhällsbaserat behandlings- och rehabiliteringsprogram och den modell av Case management som har den internationellt bäst dokumenterade effekten. Programmet riktar sig främst till långtidssjuka personer med stor konsumtion av slutenvård. I originalmodellen har multidisciplinära team ansvar för en definierad grupp patienter, arbetssättet är uppsökande och teamets tjänster icke tidsbegränsade. Tillgängligheten är stor och det skall finnas ett mobilt krisstöd dygnet runt (Björkman, 2005; Malm, 2002).

I randomiserade (slumpvist fördelade) kontrollerade studier, där man jämfört intensiva Case management modeller (såsom ACT) med mindre intensiva, framkommer bättre resultat enligt ACT- modellen (minskning av vårdtid i sluten psykiatrisk vård samt stabilitet i boende). I Europeiska (främst engelska) studier har dock resultat visat att ACT- modellen inte är så effektiv som framgår i Australiensiska och Amerikanska studier. Kritiken besvaras från Amerikanskt håll genom att ifrågasätta programtroheten i de engelska modellerna (Björkman, 2005).

Användningen av ACT i Sverige är än så länge blygsam och utvärderingarna få. I Sverige har utvärdering och forskning främst berört personliga ombud.

Utvärderingen

Under våren 2006 fick FoU-Södertörn i uppdrag att utvärdera ACT-teamet i Huddinge. Genom intervjuer med involverade tjänstemän och klienter ville man se vilka effekter (positiva som negativa) som de samlade teamarbetet inneburit.

Fokus i utvärderingen har lagts på följande tre områden:

- Den process som klienten genomgått under det år ACT-teamet varit inkopplade.
- ACT-teamets arbete och kontakt med klienterna. Vad man har planerat och vad man genomfört.
- Det interna samarbetet inom teamet samt det externa med andra aktörer.

Undersökningsmetod

I denna studie har den kvalitativa metoden i form av en halvstrukturerad (öppen) intervju ansetts som bäst lämpad för insamling av data, detta för att kunna individualisera intervjusituationen (Kvale, 1997). Intervjuer har gjorts med personalen i ACT-teamet, arbetsledaren samt en klient. Syftet med materialinsamling via intervjuer har varit att inhämta kunskaper om den utveckling som klienterna i projektet gått igenom och hur metoden fungerat.

Intervjuer; urval av informanter och frågor

Klientbetonade intervjuer

För att få ett uppföljningsbart material valdes de 15 första klienterna ut för belysning i intervjustudien. Inför intervjuerna ställdes ett gemensamt frågeschema upp (bilaga 1). Därefter gjordes tre intervjuer med ACT-teamets personal med fokus på klienternas utveckling. Det första intervjutillfället var i juli 2006, det andra i november 2006 och det tredje i mars 2007.

Klienterna i projektet består av ett antal individer som redan i dagsläget har ett stort antal kontakter med personal inom kommun, landsting och myndigheter. Kontakter som förutom anspråk på klientens tid och resurser även ställer höga krav på ömsesidig tillit för att samverkan skall fungera dem emellan. Utöver hänsyn till dessa var det för ACT-teamet viktigt att deras egen kontakt med klienterna fick tid att gro och byggas upp. Man ansåg det därmed inte lämpligt att tillföra ytterligare kontakter genom FoU personal, något som ledde fram till beslutet att inhämta huvuddelen av empirin genom intervjuer med ACT-teamet. Detta innebär dock inte att personalens uppfattning om klientens framsteg nödvändigtvis sammanfaller med klientens. Genom förfrågan från projektpersonalen tackade en klient ja till medverkan i en intervju. Intervjun genomfördes i maj 2007 (se bilaga 2). Vid intervjutillfället deltog även två personer från ACT-teamet. Att endast en klientintervju genomförts och en stor del av empirin kring klienterna är sekundärmaterial kan ses som en begränsning.

Utöver intervjuer med ACT-teamet och en klient har även en telefonintervju genomförts med arbetsledaren i projektet.

Nätverkskarta

På förfrågan från FoU Södertörn tackade ACT-teamet ja till att ställa ett antal frågor till klienterna om deras nätverk.

En nätverkskarta togs fram som personalen skulle fylla i tillsammans med klienten (se bilaga 3). Tanken var att få vetskap om hans/hennes nätverk, hur många professionella, vänner, nära samt perifera kontakter personen hade. Detta för att på ett tydligare sätt kunna arbeta med klientens omgivande nätverk. För sex av klienterna är en nätverkskarta gjord.

Barnschema och livslinje

Eftersom två tredjedelar av klienterna har barn så föreslog FoU-Södertörn att ett barnschema skulle fyllas i av personalen tillsammans med klienten. Syftet var att:

1. Kartlägga föräldrarnas kontakt med barnet/n, samt
2. Få en uppfattning om hur föräldern uppfattar barnets syn på sin och föräldrarnas livssituation (se bilaga 4).

Några i teamet upplevde frågorna i barnschemat som problematiska då man ansåg att de kunde framkalla skuld och skamkänslor hos klienten, känslor som ansågs svåra att bemöta innan kontakten förankrats. Man ville även undvika att klienten skulle uppfatta det som att teamet antog en myndighetsroll. Teamet ansåg att huvudfokus, till en början, var klienternas situation och inte barnens. Få barnschema har fyllts i och rapporteras därmed inte i utvärderingen.

Förslag gavs även om att göra en *livslinje* samt en *arbetslinje* för de klienter där det var möjligt. På livslinjen skulle markeras händelser som inneburit viktiga förändringar i klientens liv med konsekvenser för dennes psykisk hälsa och missbruk. På arbetslinjen skulle markeras kontakter med klienten, utifrån begreppen *bedömning, planering och genomfört*. Detta ansågs inte lämpligt att göra i detta tidiga skede av behandlingen men teamet kunde tänka sig att använda detta framöver.

Arbetet i teamet samt samarbete med andra aktörer

Förutom en uppdatering av situationen för klienterna har även intervjuer utförts med ACT-teamet med fokus på deras arbete internt samt samarbetet med andra aktörer (se bilaga 5).

Tillvägagångssätt och analys av intervjumaterialet

Strukturen på intervjuerna har varit semistandardiserad. Detta innebär att frågeschemat fungerat som en mall men att de intervjuade under samtalet getts möjlighet att vidareutveckla resonemang samt ta upp ämnen utöver frågorna. Den öppna formen var viktig för att kunna individualisera intervjusituationen. Varje intervju har dokumenterats på dator alternativt bandspelare. De intervjuade har sedan erbjudits att läsa och kommentera de utskrivna intervjuerna.

Intervjuerna har vidare analyserats och kategoriserats efter vissa teman. När det gäller klienterna har bedömning, planering och genomförda insatser varit ett riktmärke. Fokus har även legat på ACT-teamets möjligheter till kontakt med klienterna under det första året samt samarbetet internt och med övriga aktörer. I redovisningen av intervjumaterialet har jag lagt in citat från de intervjuade för att förstärka ett sammanhang. Namnen på de intervjuade samt klienterna är fingerade.

Förförståelse

Medvetenhet och öppenhet om vår egen förförståelse är en central del i forskningen. Hur kan då min egen förförståelse påverka tolkningen av empirin? Min utbildningsbakgrund som statsvetare samt min arbetslivserfarenhet som skötare inom psykiatri samt som utredningssekretare inom en statlig utredning med fokus på personer med psykiskt funktionshinder ger viss inblick i området. Fördelarna är att jag redan är bekant med termer och med målgruppens problematik och därmed lätt kan sätta mig in i arbetet. Även om jag är bekant med begrepp och termer så har jag inte jobbat praktiskt med metoden ACT eller Case management vilket gör mig till en ”nybörjare”. På FoU södertörn förs en aktiv dialog kring varje projekt där personalen läser igenom och kommenterar materialet under projektens gång, något som varit till stöd i analysen.

Resultat- intervjustudie

I detta kapitel presenteras materialet från de intervjuer som genomförts med ACT-teamet och klienten.

Först görs en genomgång av teamets interna arbetssätt samt samarbete med andra aktörer såsom primärteam, psykiatri, beroendevård och kommun. Därefter följer en gemensam beskrivning av utgångsläget för klienterna när de började i projektet, följt av en presentation av ett antal klienter. Slutligen en redovisning av klienternas situation gällande boende, behandling, ekonomi, nätverk och barn.

Arbetet i teamet

Inför sin nya roll som Case manager i ACT-teamet har de fyra anställda gått en tiopoängs kurs i case management. Kursen innehöll bl.a. utbildning i de olika lagar som berör målgruppen, organisationsfrågor, samverkan, kriminologi, vårdplanering m.m. Samtliga anställda ger ett gott betyg till utbildningen och ser den som en bra start att påbörja arbetet som Case manager. Utöver tiopoängskursen har samtliga gått en kurs i *motivational interviewing* (MI). MI är en klientcentrerad metod för att öka klientens motivation till förändring. MI använder sig av fyra specifika metoder: att ställa öppna frågor, lyssna på ett reflekterande sätt, summera och bekräfta. Tanken är att metoderna skall hjälpa klienten att förstå sig själv bättre och så småningom ta fram sin inre motivation, arbeta sig igenom ambivalens och därefter fatta beslut. Två i teamet har även gått en påbyggnadskurs om 5 poäng i psykiatri.

Till teamet finns även kopplat en arbetsledare. Arbetsledaren sammankallar till och leder ACT-teamets gemensamma behandlingskonferenser (en gång i veckan). Hon sammankallar även till möten med primärteam och styrgrupp. Arbetsledaren har en lång erfarenhet av att jobba med klienter med missbruk. Hon har även jobbat aktivt med samverkansfrågor mellan kommun och landsting.

Multidisciplinärt team

Enligt ACT-modellen skall personalteamet vara multidisciplinär, d.v.s. bestå av personer med olika specialistkunskaper. I Huddinges ACT-team har en sjuksköterska, en socionom, en boendestödjare och en mentalskötare anställts. Nedan ges en inblick i respektive persons bakgrund samt roll i teamet.

Sjuksköterska – Eva

Eva är sjuksköterska med vidareutbildning i psykiatri. Hon har bl.a. arbetat inom psykiatrin samt på beroendemottagning. Eva står för den största medicinska kunskapen i teamet och anser att hon har bred kunskap om psykiska sjukdomar, bl.a. vad man ska leta efter gällande biverkningar av medicin.

Boendestödjare- Anna

Anna är behandlingspedagog och har bl.a. arbetat inom kriminalvården och på behandlingshem. Anna har arbetat både med klienter med missbruk och klienter med psykisk problematik. Anna är kopplad till socialpsykiatrin i Huddinge. Trots att hon är

anställd i kommunen anser hon sig ännu inte vara tillräckligt förankrad i organisationen.

Mentalskötare - Jenny

Jenny har gått omvårdnadsprogrammet och bl.a. arbetat som mentalskötare med tvångsvårdade patienter inom psykiatrin. Jenny har även arbetat inom narkomanvården samt med missbruk och personer med dubbeldiagnos. Jenny har svårt att definiera sin roll i teamet, i förhållande till de andra, men berättar att hon använder sig av erfarenhet från de olika områden hon arbetat inom.

Socionom- Cecilia

Cecilia är socionom och har tidigare arbetat med hemlösa personer med psykisk sjukdom. Cecilia har även koppling till kommunens missbruksenhet där hon arbetade innan hon blev anställd i ACT-teamet. Hon anser sig bidra med ”socialsekreterarperspektivet” och kunskap om hur man jobbar i kommunen med målgruppen, exempelvis med remisser och bedömningar.

Teamet anser sig generellt komplettera varandra bra. Eva efterfrågar dock kompetens från en arbetsterapeut.

Det som jag kan tänka mig, det vore en arbetsterapeut (...) Det vore bra att ha vid vissa händelser. Det kan vara svårt att bedöma som syrra.

(I) Vad skulle en arbetsterapeut kunna tillföra?

Hjälp med bedömningar... det skulle gå fortare. Annars får man ta hjälpen från andra och vi har inte så många att tillgå.

Samarbete inom teamet

Inför uppstarten av teamet var tanken att var och en skulle ansvara för 10 klienter men att alla fyra skulle samarbeta och dela med sig av sin kompetens. Detta upplägg visade sig inte vara genomförbart organisatoriskt och man bestämde ganska snart att istället jobba med klienterna två och två, genom miniteam med en person från kommunen och en från landstinget. Upplägget handlade även om ett säkerhetstänkande, att ingen skulle behöva arbeta ensam.

Klienterna är ganska strikt uppdelade efter de två miniteamen. Då samtliga befinner sig mycket ute ”på fältet” så har de två teamen format sina egna rutiner och arbetssätt. Trots uppdelningen påpekar man att de fyra arbetar nära varandra samt använder sig av varandras kompetenser.

Två fasta hållpunkter för samtliga är veckoplanering på måndagar med arbetsledaren, patientansvarig läkare och ansvarig chefssjuksköterska samt möte med primärvårdsteamet en gång i månaden (se nedan). Vid veckoplaneringen har hela teamet möjlighet att tillsammans med arbetsledaren bearbeta svåra frågor och få råd om vidare hantering gällande behandling. Arbetsledaren sitter med i ledningsgruppen och kan därmed lyfta viktiga frågor. Man upplever detta som ett stort stöd och påpekar

betydelsen av att arbetsledaren är lättillgänglig.

Hon är alltid tillgänglig på telefon. Och hon sitter ibland här i samma korridor. Så det är bra tillgänglighet (...) Om det är någon kris och jag tänker, det här löser inte jag ensam och inte i teamet heller. Då får man fråga henne. Man får ju alltid kontakt. (Eva)

När det gäller avrapportering mellan de två miniteamen håller man fortfarande på att arbeta upp rutiner. Man har bl.a. prövat teamtid på fredagar. Man har dock inte lyckats hålla fast vid denna och avrapporteringen sker i dagsläget "lite i farten". Det framkommer i intervjuerna att man har olika tankar kring vad en fast avstämningstid ska användas till. Någon vill att man skall använda den till att gå igenom klienterna, en annan vill använda tiden till reflektion, d.v.s. vad som hänt under veckan, hur man reagerat i olika situationer och hur man ska se till att utnyttja varandras olika kompetenser.

Samarbete med andra aktörer

Primärteamet

I Huddinge har en lokal samverkansgrupp, ett *primärteam*, satts samman bestående av relevanta samarbetspartners vid olika mottagningar och kliniker lokalt.

ACT-teamet deltar i primärteamets möten och beskriver dem som en "remiss och behandlingskonferens". Man anser att samarbetet med primärteamet fungerar bra och att det är viktigt att få diskutera det aktuella arbetet med klienterna. Primärteamet har under året fått en utökad roll. Utöver remisshantering och samråd kring de patienter som fått avslag för deltagande i ACT-teamet används mötet för att diskutera redan inskrivna klienter och hur man bör gå vidare gällande behandling, samverkansproblem osv.

ACT-teamet uppskattar närheten till beslutsfattarna och påpekar att det är en "obetalbar möjlighet" att få träffa cheferna för alla verksamheter en gång i månaden. Det är viktigt att bygga upp ett förtroende så att representanterna i primärteamet litar till den kompetens som ACT-teamet besitter. En av de anställda framhåller att denna tillitsgrund tar tid men att man oftast får gehör för sina funderingar.

Samverkan med övriga aktörer gällande behandling

Ett huvuduppdrag för de som arbetar i teamet är att ta ett samlat ansvar för att behandlingsinsatser, stödinsatser och praktisk hjälp når fram till klienten. Om det formella ansvaret för beslut ligger utanför teamets handlingsmandat skall man kontakta berörd organisation för att nödvändiga insatser skall kunna sättas in. Uppdraget innebär därmed att samordna och ha kontakt med ett stort antal olika aktörer utifrån klientens behov (se avsnitt "olika insatser för stöd till den enskilde").

Eftersom en stor del av de behandlingsinsatser som klienterna behöver inte kan utföras av teamet fordras att de får gehör för sina önskemål kring vilken behandling klienterna bör få. I projektplanen anges att "Personalen i ACT-teamet bör ha en långtgående delegation, alternativt 'gräddfil' för intagning på klinik, bistånd, t.ex. ekonomi och

boende samt behandling, i samråd med primärteamet”(Huddinge kommun, m.fl.; Projektplan för samverkan, 2005, sid. 7).

På en fråga till var och en i teamet kring vilket gehör man får vid önskemål om en insats som ligger utanför deras mandat framkommer att man upplevt detta på olika sätt, någon anser att samarbetet med övriga aktörer fungerar väldigt bra, en annan att det finns mer att önska. När det gäller samarbetet med psykiatrin upplevs den patientansvarige läkaren underlätta ärendegången.

På frågan om det finns hinder mellan teamet och de som fattar beslut om behandling i kommunen, svarar Jenny.

Ja, att vi jobbar på olika sätt och under olika lagar. Det kan bli lite svårt ibland i och med att vi tycker att de ska lita på våra bedömningar samtidigt som de kanske måste göra sina egna för att de går under SoL.

(I) Går det att lösa?

Vi har haft ganska många diskussioner om det och jag tycker inte att vi kommit någon vart. Man får lösa det på så sätt att de får lita på vår bedömning, vi har ju ändå en socialsekreterare i teamet som kan göra sådana bedömningar, som har jobbat med det.

Långa utredningstider

Ett område som samtliga upplever som problematiskt är när man anser att det finns behov att omhänderta en klient enligt LVM (lagen om vård av missbrukare i vissa fall). Socialnämnden är vid en anmälan skyldig att inleda en utredning. Här upplever teamet att anmälningar inte tagits på allvar samt att socialtjänsten tagit lång tid på sig att göra en utredning.

Även vid frivilliga placeringar ser man hinder i långa utredningstider.

...om man kollar på frivilliga placeringar på behandlingshem, det är också soc som ska göra sin utredning, vi tycker att det har tagit alldeles för lång tid där...de har ändå sett till sina rutiner som de måste gå igenom. Tanken med oss, har vi tänkt, att det skulle kunnat gå mycket smidigare om de litat på vår bedömning i och med att vi känner klienterna och jobbar så tätt med dem. (Cecilia)

(I) Hur skulle man kunna jobba med den här biten?

Jag tror att det är på gång. Det är så pass nytt det här sättet att arbeta i kommunen, alla har sitt revir och alla måste tänka om. Jag hoppas att desto längre vi jobbar, desto större förtroende får vi, både bland handläggare och chefer, att de vågar lita på oss mer o mer...det är frustrerande nu men vi bygger ju grunden för någonting. (Cecilia)

Matchningen av klienternas behov och myndigheternas organisation verkar vara ett återkommande hinder som personalen i teamet stött på.

Myndighetsutövning är otroligt fyrkantigt och våra klienter är som stora blobbar i jämförelse med dessa fyrkanter, de passar inte alls in (...) det finns handläggare som är jätteförstående för de här klienterna och att de behöver speciallösningar. Sen finns det handläggare som är regelryttare och som gillar fyrkantigheten i myndighetsutövning...det blir svårt när de inte är villiga att göra lite speciallösningar. Vi försöker ha klientens intresse i fokus medan de har myndigheten...rätt ska vara rätt och det ska fyllas i ansökningar och skrivas på och utredningstider och så...Vi har varit ute bland de flesta verksamheter och presenterat vårt team och jobbar på att sprida budskapet, berätta vad vi gör och hur vi jobbar och vad vår vision är. Jag tror att folk inte riktigt fattar vad vi gör än...eller alla förstår inte.
(Cecilia)

Generellt verkar teamet uppleva hinder när det gäller behandling för klienternas beroende. Utöver långa utredningstider för LVM och frivilliga placeringar tar man upp den bristande eftervården vid avgiftning. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ansvarar landstinget för korttidsvård och medicinsk avgiftning. Att skriva en remiss och få in en klient på avgiftning upplever man vara relativt enkelt, däremot är det sämre med eftervården då det är brist på vårdplatser. Enligt en undersökning från Mobilisering mot narkotika och socialstyrelsen är detta ett nationellt problem. I undersökningen framkommer att det i landstinget råder resursbrist för narkomanvården främst gällande eftervård men även för psykosocial behandling och mellanvård (Mobilisering mot narkotika & Socialstyrelsen, 2003).

Arbetsledaren berättar att man kan se de största förändringarna hos psykiatrin. För de klienter som är aktuella inom psykiatrin fungerar det bättre med medicinering och drogkontroll. När det gäller utredning (bl.a. diagnos) för vidare behandling har man dock stött på hinder i form av lång väntan. Här gäller ingen ”gräddfil” för de aktuella klienterna.

Klientens delaktighet

Arbets sättet med Case Management innebär en klientfokusering och i integrerad behandling framhålls betydelsen av att beslut om insatser fattas ömsesidigt mellan behandlare och klient. Detta gemensamma beslutsfattande leder enligt Meuser (2005) till bättre utbildade klienter, större tillfredställelse med vården och förbättrade behandlingsresultat.

För att bli aktuell i ACT-teamet krävs att klienten samtycker till att tystnadsplikten bryts mellan involverade tjänstemän och vårdpersonal. Vid första besöket med klienten samlas ACT-teamet (2 personer), klienten samt den som remitterat klienten till primärteamet. I remissen har remittenten skrivit en anledning till att klienten bör få stöd av ACT-teamet.

Hur vanligt är det att målsättningen skiljer sig åt mellan klienten, remittenten och personalen i ACT-teamet?

På denna fråga till teamet framkommer att man till en början upplevde att remittenten hade en övertro på vad man kunde åstadkomma inom teamet, exempelvis drogfrihet på

kort tid. Nu upplever man dock en större förståelse från remittenterna, att detta är något som tar tid.

När det gäller skillnader mellan personalens och klientens önskemål berättar en i teamet att det förekommit att klienter inte förstått vad de skrivit på, att de inte velat delta och inte förstått vad teamet arbetar med. Detta ser man delvis som en del av sjukdomsbilden och mer som undantag än regel. En i personalen betonar att det handlar om en inskolningsperiod och att klienten inte alltid är ”redo” att knyta en kontakt. Någon annan framhåller att remittentens och klientens mål oftast är helt olika. Ett exempel är att remittenten vill att personen skall få bukt med sitt missbruk medan klienten inte alls ser detta som ett mål.

(I) Hur hanterar man denna situation i arbetet med klienterna?

Är det så att de har ett omfattande missbruk så är det klart att vi försöker motivera patienten att få bukt med det, men vi gör det väldigt mycket icke konfrontativt. (Jenny)

Icke konfrontativt är ett ledord i ACT-teamets kontakt med klienterna och ett begrepp som återkommer när det gäller integrerade behandlingsprogram. Mueser m.fl. (2005) lyfter fram aktuella begrepp i behandling där tonvikten ligger på tillit, förståelse och inläring samt stegvis motivationsinriktad rådgivning snarare än direkt konfrontation och ifrågasättande.

Vet man vad brukarna tycker om behandlingen?

En viktig del i klientfokuseringen innebär att klienterna får tillfälle och möjlighet att tycka till om behandlingen och kontakten med ACT-teamet och övriga aktörer.

Till teamet ställdes en fråga om brukarinflytande och om man tagit in klienternas synpunkter på något sätt. Det framgår att företrädare för brukarföreningar deltagit under uppbyggnadsskedet av projektet. Några i teamet berättar att de brukar fråga klienterna om hur de upplever kontakten med ACT-teamet. Personalen anser att de snabbt märker vilken inställning klienterna har och om de vill träffas eller inte, i början kanske några tycker att det är meningslöst men när de ser fördelarna så brukar de ändra inställning.

Utöver en muntlig förfrågan, samt klienternas deltagande vid vårdplaneringen, har man ännu inte utformat någon brukarenkät eller dylikt för att samla in klienternas synpunkter. Samtliga är dock positiva till detta och ser eventuellt att de skulle kunna samköras med vårdplaneringen (d.v.s. två gånger per år). En i personalen menar att en avstämning ligger framåt i tiden då tillit byggs upp med klienterna.

Tankar kring året som gått

Vid uppstarten upplevde man en anstormning av remisser till teamet. Även om trycket varit stort finns fortfarande utrymme att ta emot klienter i behov av stöd. Riktlinjen är att varje Case manager skall arbeta med högst tio klienter. Eftersom man jobbar i miniteam om två och två så innebär det högst 20 klienter per team. Personalen påpekar

att ett antal klienter, som regel, är inskrivna på behandlingshem eller dylikt och att antalet klienter därmed går i vågor. Eftersom det rör sig om långvariga kontakter tänker man sig en tät kontakt till en början som trappas ner eftersom när klienten mår bättre. I detta senare skede finns oftast utrymme för nya klienter. Under det första år som teamet arbetat har endast en person avskrivits.

Teamet upplever att man under det första året byggt upp en bra bas att stå på när det gäller kontakten med handläggare och personal hos de samverkande aktörerna. Tidigare blev man "slussad runt" men nu vet man vem man ska vända sig till. Man upplever även att arbetsuppgifterna klarnat och att teamet blivit säkrare i vad de gör. Eva och Anna berättar om året som gått.

Teamet är under utvecklingen och vi lär oss hela tiden både från våra misstag och vad som är bra. Den personliga kännedomen är viktig. Vi har ju träffat personalen på boendestödet och de vet vilka vi är. Och vi har doktorerna. Jag tror att det är A och O att de känner till vad vi gör. Då är det mycket enklare att samarbeta. (Eva)

Allting tar sin tid. Det är långsiktigt. Det gäller det här med förankringen, att förankra så att alla samhällets instanser, beroendet, psykiatrin, kommunen etc. verkligen förstår att det tar lång tid. För att det har tagit väldigt lång tid för patienterna att befinna sig där de är idag innan vi kom in. Och det tar tid att höja livskvalitén. (Anna)

Till en början gick mycket tid åt till att förankra arbetet och se till att man arbetade i samma riktning. Denna respons har förbättrats under året men teamet arbetar fortfarande i en gråzon där en del av uppdraget griper in på områden och i uppgifter som traditionellt tillhört kommunen eller psykiatrin. Arbetsledaren i teamet berättar att det i några ärenden blivit rejält "gnissel". Hon berättar vidare att varje enskilt ärende, där konflikter uppstått, diskuterats på behandlingskonferenser samt i primärteamet. Här har man försökt komma fram till en lösning om vem som ska göra vad. Ett område som fortfarande upplevs som problematiskt är dock ekonomin, vem som ska ta kostnaderna.

Det framkommer i intervjumaterialet att ACT-teamets behov växer i takt med att verksamheten blir tydligare. T.ex. har man bara utnyttjat den patientansvarige läkaren, kopplad till teamet, om ca 20 procent. Behovet av läkarkonsultation upplever man i dagsläget vara större än så.

Arbete i miniteam

I personalgruppen ser man risker med uppdelning i miniteamen.

Att det blir småteam i teamet är alltid en fara, en risk att vi utvecklar olika kulturer i hur vi jobbar. Jag och Eva har inte en endaste klient ihop. Jag tror att det finns en risk att det blir mer och mer splittrat. (Jenny)

Implementering av verksamheten

Enligt projektbeskrivningen var tanken att verksamheten skulle vara implementerad i ordinarie verksamhet inom tre år från projektstart. På en fråga till arbetsledaren om vilken fas hon upplever att verksamheten befinner sig svarar hon att de fortfarande befinner sig i en uppstartsfas och att tre år är ett kort tidsperspektiv. Med implementering syftar hon främst på finansiering av verksamheten och inte på själva organisationen som framöver antas se ut som idag.

Klienterna

I en överenskommelse mellan ACT-teamet och FoU-Södertörn valdes de 15 första klienterna ut för belysning i intervjustudien. Ett frågeschema ställdes upp med syfte att följa processen under det första året. Intervjuer om klienternas situation gjordes med ACT-teamet vid tre tillfällen. En klient intervjuades direkt av FoU-Södertörn (se under exemplet *Niklas*).

Teamets arbete med klienterna

Samtliga i teamet är överens om att det gemensamma målet för de klienter som deltar är att ge dem en *ökad livskvalitet*. I detta innefattas t.ex. att vardagen fungerar, att man har mat för dagen, att man är drogfri, mår bättre psykiskt, är mindre stressad och utnyttjar sina egna förmågor. Någon betonar att målen är väldigt individuella och att ”det kan vara allt från att de lever ensamma och behöver folk att umgås med till att de behöver praktisk hjälp i hemmet”.

Personalen i ACT-teamet utför ingen regelrätt behandling enligt något behandlingsprogram. Man arbetar dock mycket med motivational interviewing (MI). Här är den terapeutiska processen viktig, den som innebär att lära känna en person och bygga upp tillit. ACT-teamet belyser att de börjar arbeta med klienten ”där han/hon är”. Initialt har klienten ett stort hjälpbehov, då träffas man ofta, knyter kontakt och hjälper till med det som verkar vara det största hindret för tillfället. Det som hindrar klienten att komma vidare. Är det exempelvis tänderna som är problemet då börjar man där. Det kan även handla om ekonomiska hinder och missbruk. Få klienter upplevs dock se ett behov att göra något åt sitt missbruk. Några använder droger som egenmedicinering för psykiska problem. Teamet belyser att många av klienterna är mycket kompetenta i sin pillerkunskap, d.v.s. känner till olika preparat och deras verkningar.

Teamet betonar att när man målformulerar måste man göra det tillsammans med klienten, annars tar man sig inte framåt. Därmed är det oftast klienten själv som definierar vad som är det största hindret. Ibland utgår man även från remissen och använder det som ett ingångsläge för att få kontakt.

En stor del av uppdraget innefattar även att vårdplanera och se till att alla berörda aktörer medverkar vid vårdplaneringsmötena.

I den ursprungliga ACT –modellen, där forskning gett god evidens, betonas att vårdgivarna i teamet skall vara tillgängliga för patienten under hela dygnet (Björkman, 2005; Malm, 2002; Palmstierna, 2004). *Hur har man löst detta i Huddinge?*

Arbetsledaren förklarar att man modifierat ACT modellen. Teamet är inte tillgängliga dygnet runt utan bara under arbetstid. Under andra tider förväntas den ordinarie organisationen träda in, såsom mobila team, akutsjukvård och kommunens nattpatrull. Vid särskilda fall kan ACT-teamet ge dessa jourer i uppdrag att ”kolla till” de klienter som tillhör teamet.

Nedan ges en inblick i arbetsgången med klienterna det första året, utgångsläge när de skrevs in, planering och genomförande av insatser.

Man bör inför läsning av empirin vara medveten om att den tid FoU-Södertörn följt ACT-teamet är kort, sett till det långsiktiga hjälpbehov som denna målgrupp har (se bl.a. Socialstyrelsen, 2004a). FoU-Södertörn har inte heller tillgång till tidigare handlingar kring klienternas situation utan informationen om klienterna har uteslutande inhämtats via information från ACT-teamet, arbetsledaren samt en klientintervju.

Utgångsläge

Klienterna består av nio kvinnor och sex män. Sju personer har remitterats från psykiatri, sju från kommunens missbruksenhet och en person från den gemensamt drivna beroendemottagningen. Av klientpresentationen framgår att samtliga klienter har en samtidig psykisk sjukdom och ett pågående missbruk, något som pekar på en adekvat remittering. Klienternas psykiska problematik handlar bl.a. om depressioner och ångestproblematik, självdestruktivitet, psykoser, tvångstankar och neuro-psykiatrisk problematik. Vad gäller missbruk så återfinns alkoholmissbruk, narkotika-missbruk och läkemedelsmissbruk. Ett antal har avtjänat fängelsestraff.

Två personer var i åldern 20-30 år, fyra mellan 30-40, sju i åldern 40- 50 och två över 50. Nio av de femton klienterna hade barn, sammanlagt hade klienterna 13 barn i åldrarna 0 till 20 år. Fyra personer var hemlösa. De flesta hade någon typ av nätverk bestående av familj och föräldrar, dock i mindre utsträckning vänner. Åtta av klienterna hade gått ut gymnasiet eller hade en vidare utbildning. Projektpersonalens vetskap om tidigare arbetsliv var vid den första intervjun knapp, frågetecken fanns för åtta personer, två personer har haft ett fungerande arbete för länge sedan, tre personer arbetar nu eller för en kort tid sedan och två personer har aldrig haft ett fungerande arbete. När det gäller behandling hade fyra klienter samtalskontakt (utanför projektet) och två klienter hade genomgått behandlingsprogram (KBT och 12-steg).

Kontaktskapande arbete, hjälp att organisera vardagslivet samt behandling

De utskrivna klientinriktade intervjuerna har analyserats och kategoriserats efter teman där bedömning, planering och genomförda insatser varit ett riktmärke. Områden som i stort gäller i arbetet med alla klienter är kontaktskapande arbete, organisering av vardagslivet samt behandling.

Kontaktskapande arbete

För att kunna arbeta mot målet att skapa en verksamhet som kan tillgodose behoven hos personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk är en avgörande faktor att

klienten vill ha kontakt med ACT-teamet. I arbetet med ungefär en tredjedel av de klienter som ingått i studien har detta varit den huvudsakliga inriktningen för teamet, d.v.s. att arbeta med och motivera klienterna till en kontakt med teamet. Detta påminner om behandlingsstadierna, *engagemang* och *övertalning*, kopplat till integrerad behandling. Mueser (2005) refererar till Osher och Kofoeds studier av återhämtning när han pratar om de fyra stadierna engagemang, övertalning, aktiv behandling och återfallsförebyggande. Stadierna definieras med hänsyn till patientens användning av droger och av relationen till behandlaren. I *engagemangsstadiet* har patienten ingen regelbunden kontakt med behandlaren. Målsättningen här är att etablera en terapeutisk relation med patienten, d.v.s. ett frivilligt möte som äger rum regelbundet (minst en gång i veckan). Viktiga åtgärder i detta stadium är enligt Mueser uppsökande verksamhet, krisåtgärder, stabilisering av psykiatriska symptom samt hjälp med boende, sociala förmåner, ekonomin osv. I *övertalningsstadiet* har behandlaren en regelbunden kontakt med klienten men denne är omotiverad att förändra sitt beteende. Den centrala innebörden är att motivera och hjälpa klienten till insikt om sitt beteende, inte tvinga honom eller henne till beteendekontroller. Åtgärder i detta stadium kan vara motivationsintervjuer.

Organisering av vardagslivet

En viktig del i ACT-teamets uppdrag innebär att ha ett samlat ansvar för att stödinsatser och praktisk hjälp når fram till klienten, detta kan bl.a. innebära stöd i boendet, hjälp med ekonomin, med sociala stödinsatser osv.

Behandling

Utöver praktisk hjälp i vardagen så är en viktig del i ACT-teamets arbete att ta ett samlat ansvar och se till att nödvändiga behandlingsinsatser kommer till stånd. Samtliga femton klienter är i behov av någon behandling, medicinsk, terapeutisk, psykosocial osv. För ett antal klienter är den behandlande delen särskilt framträdande och nödvändig för att kunna arbeta vidare med klienten.

Exempel; teamet och klienterna

Nedan ges exempel på ett antal klienter och deras kontakt med teamet. Den klientintervju som genomförts presenteras först. Övriga klientbeskrivningar utgår från intervjuer med ACT-teamet och beskrivs med bakgrund, klientens medverkan och presentation av sina problem, planering hösten -06/genomfört våren -07 samt vad som underlättar samt hindrar. Varje avsnitt avslutas med en sammanfattande reflektion.

Intervju med Niklas

För Niklas fanns det ett krav ställt från psykiatrin att han skulle ha kontakt med ACT-teamet. Inför första mötet med teamet tänkte han att ”nu blir det mer jobb” och ”nu ska de på mig och ge mig en massa hjälp som jag inte vill ha”. Niklas säger att han har dålig erfarenhet av psykiatrin då de lagt sig i för mycket hur han sköter sitt liv. Han menar vidare att de prackar på honom en missbrukarschablon.

(I) Hur skulle du vilja att psykiatrin bemötte dig?

Jag skulle vilja att de var mer liberala, att de såg mig som en vuxen människa som har rätt att använda vilka droger jag vill (...)

Trots att Niklas är väldigt kritisk till psykiatrin så menar han samtidigt att den, under vissa perioder, hjälpt honom att stabilisera sig samt gett honom medicin och mat på regelbundna tider.

Till skillnad från psykiatrin upplever han att kontakten med ACT-teamet fungerar bra. De har bl.a. fått tillåtelse att hjälpa till med städning hemma hos Niklas, något som han är tacksam för och tror att han inte skulle ha kommit igång med själv.

(I) Hur kom det sig att ACT-teamet fick hjälpa dig men inte psykiatrin?

Jag vet inte, de lägger sig inte i lika mycket, är inte lika naiva heller.

(I) Hur ser du på ACT-teamet, deras roll?

De är ju bra, och snälla, de kan ju aldrig riktigt gå med på det jag säger men jag tycker att vårt samarbete fungerar bra, det hjälper mig att träffa dem.

(I) Vill ni olika saker ibland när ni träffas?

Det tror jag säkert om vi hade fört saken till sin spets.

(I) Har du något exempel?

Som till exempel att jag vill röka en pipa hasch då och då. Men det får jag nog inte lov att göra för de vill nog hellre att jag ska lämna urintester (sägs med skämtsam ton).

(I) Hur gör ni då när ni har olika uppfattningar om hur ni ska göra?

Jag för det inte på tal om jag ska vara ärlig...

Eftersom två av teamets personal sitter med under intervjun så diskuteras teamets och Niklas skilda syn på narkotika och hur man förhåller sig till det. Personalen är medveten om Niklas uppfattning och menar att ”vi har kommit överens om att vi inte är överens”. I sammanhanget kommer även alkoholen på tal och man diskuterar teamets vilja att Niklas ska dricka lite mindre. Detta är något som Niklas instämmer i.

Det håller jag faktiskt själv med om därför att det går åt mycket pengar och det är inte bra för magen.

(I) Så du har minskat ner på det?

Ja, jag har minskat ner på det för tillfället. Jag kan inte lova någonting men just nu känns det bra, jag går inte på nålar då jag inte har någonting att dricka.

Under intervjun lyfter personalen upp Niklas sociala sida och påpekar att det vore bra om han fick möjlighet att träffa mer folk. Niklas håller delvis med om det men uppger samtidigt att:

Jag störs inte av att vara isolerad, jag saknar ingenting, om jag söker mig till ett socialt umgänge söker jag mig till en mindre initierad krets av människor.

Åsa

Åsa remitterades till ACT-teamet från psykiatrin som ansåg att hon behövde hjälp att kontrollera sitt alkoholmissbruk.

Åsa är en kvinna i 30-årsåldern med egen lägenhet. Hon tycker det är obehagligt att vistas bland mycket folk och exempelvis att åka kommunalt. Hon anses av teamet ha svårt att organisera sin vardag. Åsa saknar sysselsättning men går till en träfflokal. Utbildning och tidigare arbete är okänt. Åsa har hjälp av boendestöd två gånger i veckan. Åsa har ett tungt alkoholmissbruk och en borderlinestörning.

Klientens medverkan och presentation av sina problem

Åsa säger till teamet att hon vill ha hjälp med sitt drickande. Hon har dock avbokats ett flertal besök och det har varit svårt för ACT-teamet att skapa en kontakt med henne. Enligt teamet kan det bero på att hon tycker det är jobbigt när krav ställs på henne.

Planering hösten -06/Genomfört våren - 07

Planeringen för Åsa var vid starten att hon skulle ta medicin mot sitt alkoholmissbruk samt att teamet sedan skulle utvärdera användningen. Man ämnade även stödja henne i att åka kommunalt samt hjälpa henne med praktiska göromål.

På grund av den knapphändiga kontakten har ACT-teamet svårt att avgöra om Åsa tar sin medicin. Hon säger själv till teamet att hon sköter medicineringen men av Åsas kontaktperson inom psykiatrin framgår att så inte är fallet. Övrig planering som hjälp att åka kommunalt och med praktiska göromål har inte varit möjligt att genomföra då flertalet möten avbokats.

Vad som underlättar samt hindrar

Teamet upplever att det går att övertala Åsa om att träffas. Tålmodighet och uthållighet lönar sig. Man upplever även att Åsa klarar sig bra ekonomiskt. I kontakten upplevs hindren vara att Åsa inte är uppriktig samt de många avbokningarna.

Reflektion – motsträvig kontakt?

Även om de två klienter som här presenterats skiljer sig mycket åt befinner de sig fortfarande i ett stadium där en tillitsgrund håller på att byggas upp mellan personal och klient. Niklas remitterades till ACT-teamet från psykiatrin som ansåg att han behövde hjälp med sitt drogmissbruk. Han har en tung psykiatrisk diagnos i botten och hade vid första kontakten med ACT-teamet permission från LPT (lagen om

psykiatriskt tvång) ². Teamet tror att de krav som ställts från psykiatrin, att han utifrån LPT:n ska ha kontakt med teamet, var en avgörande faktor. Ett av målen för teamet är att Niklas skall vilja träffa teamet efter att tvångsvården gått ut.

I Niklas fall har en regelbunden kontakt upprättats med ACT-teamet. Han anser dock fortfarande att droger fungerar som självmedicinering och önskar att psykiatrin skall betrakta honom som en vuxen individ och därmed tillåta honom att använda droger. Åsa har själv uttryckt en önskan att få hjälp att trappa ned på sitt drickande. Ord och handling går dock inte hand i hand här. Hon fortsätter att ställa in möten och sköter inte sin behandling på det sätt man kommit överens om.

Camilla

Camilla remitterades från kommunens missbruksenhet för att av ACT-teamet få dagligt stöd och hjälp att finna sysselsättning.

Camilla är en tjej i 20 årsåldern. Hon är inneboende hos en släkting och saknar sysselsättning. Hon har en eftergymnasial utbildning och har tidigare haft kortvariga arbeten. Camilla har en tung neuropsykiatrisk diagnos och har tidigare haft problem med missbruk. I teamet upplever man att Camilla har relativt nära kontakt med sin ursprungsfamilj.

Klientens medverkan och presentation av sina problem

Camilla behöver bl.a. hjälp att betala sina räkningar samt hjälp med blanketter och kontakter med försäkringskassan.

Planering hösten -06/Genomfört våren - 07

I planeringen för Camilla ingår att ordna en försökslägenhet, ordna med medicinering för Camillas neuropsykiatriska problematik, hjälpa henne med ekonomin samt att passa tider.

ACT-teamet har ägnat mycket tid till att hjälpa Camilla med ekonomin (räkningar, försäkringar osv.). Camilla står i kö till en lägenhet som man hoppas hon ska få inom kort. Eftersom kön till medicinering var lång har man i teamet fått dispens att låta den läkare som är kopplad till teamet sköta denna.

² För att tvångsvård enligt LPT ska bli aktuellt krävs att personen lider av en allvarlig psykisk störning. Med allvarlig psykisk störning avses psykotiskt tillstånd med förvirring, tankestörningar, hallucinationer eller vanföreställningar. Även depressioner utan psykotiska symtom där självmordsrisk föreligger och mer uttalade personlighetsstörningar med impulsgenombrott av psykotisk karaktär eller starkt tvångsmässigt beteende räknas som allvarlig psykisk störning.

Chefsöverläkaren får ge en patient tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillståndet får också ges för en längre period, om det finns särskilda skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör. Tillstånd får ges endast under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen (25§).

Vad som underlättar samt hindrar

ACT-teamet tror att medicinering kommer vara till hjälp för Camilla att organisera sitt vardagsliv då de bedömer att otåligheten och impulsiviteten begränsar henne. Att Camilla aktivt söker upp och ber teamet om hjälp med diverse praktiska göromål underlättar det framtida samarbetet.

Beatrice

Beatrice remitterades till ACT-teamet från beroendemottagningen med en önskan om att teamet bl.a. skulle hjälpa henne att komma bort från ett självskadebeteende.

Beatrice är en kvinna i 40 årsåldern. Hon har gymnasiekompetens och har haft en del tillfälliga arbeten. Beatrice har ett eget boende samt hjälp av boendestöd två gånger i veckan. Hon aktiverar sig med olika fritidssysselsättningar samt går till en träfflokal. Beatrice har haft problem med missbruk sedan tonåren och har sedan länge kontakt med psykiatrin. Hon har varit inskriven enligt LPT ett flertal gånger.

Klientens medverkan och presentation av sina problem

Beatrice hör ofta av sig till teamet då hon är orolig och mår dåligt. Hon uppskattar teamet och tycker att tillgängligheten är bra, till akutteamet kan det vara svårt att nå fram. Beatrice har en god sjukdomskunskap och ser ett problem i sitt drickande. För att stilla sin ångest dricker hon dagligen och gör sig ofta mycket illa. Beatrice går i terapi och är noga med att ta sin medicin (psykofarmaka). Hennes mål är att bli frisk och att sedan kunna gå ut och föreläsa om sina erfarenheter.

Planering hösten -06/Genomfört våren - 07

ACT-teamet har en tät kontakt med Beatrice och de träffas minst en gång i veckan. I planeringen innefattas främst hjälp att minska ner på drickandet och att få hennes ångestproblematik under kontroll.

Beatrice har tagit upp en hel del av sina tidigare fritidsaktiviteter. Teamet ser positivt på att hon aktiverar sig men anser samtidigt att det blir väl mycket ibland och pratar med henne om att ta pauser och stressa ner. Man har tillsammans utarbetat ett veckoschema. I teamet upplever man att självskadebeteende minskat sedan man började arbeta med Beatrice samt att hon är lugnare och mer strukturerad. Beatrice går i terapi samt har varit hos ACT-teamets läkare och fått medicin utskriven för sitt alkoholsug. Hon tar regelbundna blodprov. Man upplever i teamet att detta har fungerat bra men poängterar att kontakten med Beatrice kommer att bli långvarig.

Vad som underlättar samt hindrar

Att Beatrice är positiv till kontakten med ACT-teamet underlättar mycket. Hon ringer ofta och ser gärna att personalen följer med på t.ex. läkarbesök. Teamet upplever också att boendestödet fungerar bra. Att hon själv vill minska ner på sitt alkoholintag är också positivt samt att hon är företagsam och ser till att aktivera sig.

Beatrices ångest utgör ett stort hinder, något som leder till att hon dricker och skadar sig själv. Beatrice har även haft svårt att hantera pengar och gör ofta impulsköp. Hon

har ansökt om en god man men fått avslag. I dagsläget får hon viss hjälp med ekonomin av boendestödet och en släkting.

Reflektion - organisering av vardagslivet?

Med både Camilla och Beatrice har ACT-teamet byggt upp en kontakt och den terapeutiska relationen verkar enligt ACT-teamet kommit en bit på väg. I båda fallen har teamet kunnat hjälpa till med veckoplanering och struktur. I Camillas fall har det framkommit att hon känner obehag inför att arbeta, ett hinder som teamet ännu inte jobbat vidare med. När det gäller Beatrice finns en del oklarheter om vem som ska hjälpa henne med de ekonomiska frågorna.

Adam

Adam remitterades till ACT-teamet från kommunen med syfte att förbättra hans psykiska hälsa samt hjälpa honom att bli drogfri.

Adam är en man i 30 årsåldern. ACT-teamet har knapphändig bakgrundsinformation om honom då han är svår att få kontakt med samt var häktad vid teamets inledande arbete. Adam lever ensam. Han har sedan tonåren missbrukat narkotika och alkohol. Det är oklart om en psykiatrisk diagnos är ställd men teamet vet att han haft återkommande depressioner och beskriver honom som apatisk och inåtvänd. Ursprungsfamiljen beskrivs som en multiproblemfamilj (psykisk sjukdom och missbruk). Utbildnings- och arbetshistoria är okänd.

Klientens medverkan och presentation av sina problem

Klientens egen medverkan är i princip obefintlig. Han vill inte träffa ACT-teamet och när de ses svarar han inte på tilltal. Teamet har försökt prata med honom om psykisk ohälsa men han nämner då att han inte vill träffa en läkare och inte ta någon medicin. Han beskriver själv sina problem som ”bristen på pengar”.

Planering hösten -06/Genomfört våren - 07

Eftersom Adam suttit häktad under hösten så har planeringen påbörjats under våren. Denna innefattar bl.a. att hjälpa till att ordna boende (bor nu på lågröskelboende) så att en kontakt kan byggas upp. Teamet har bl.a. ställt som krav att han måste ha kontakt med dem för att få sitt försörjningsstöd. Teamet har bokat in en träff med läkare för Adam då de anser att han är i behov av bedömning och eventuellt en tvångsåtgärd.

Vad som underlättar samt hindrar

Att Adam har ett boende som tillåter honom att bo kvar trots återfall i missbruk är något som enligt teamet underlättar den fortsatta kontakten. Teamet ser även positivt på den goda kontakt man fått med frivården.

Hindren anser teamet vara Adams bristande sjukdomsinsikt och hans ovilja att kommunicera med teamet. I teamet är man orolig att han kommer att begå nya brott. En viktig del för att förhindra detta är, enligt teamet, att han går med på mediciner.

Johan

Johan blev remitterad från psykiatrin med en önskan om att ACT-teamet skulle hjälpa honom att klara av sitt boende.

Johan är en ensamstående man i 30 årsåldern. Johan har gymnasiekompetens och har tidigare arbetat inom handel. För tillfället saknar Johan sysselsättning. Han har en egen lägenhet. Johan har en lång sjukdomshistoria bakom sig och har en tung psykiatrisk diagnos. Alkoholmissbruk har också förekommit en längre tid. Han har varit inlagd på behandlingshem samt inskriven enligt LPT ett flertal gånger. Han har ingen samtalskontakt men tar medicin för sin psykiska sjukdom samt för missbruket. Johan har relativt bra kontakt med sina föräldrar. I övrigt är kontaktnätet svagt.

Klientens medverkan och presentation av sina problem

Johan var till en början motiverad att träffa ACT-teamet. Han uttryckte en önskan om att börja i kognitiv beteendeterapi. Ett strakt motiv var att han ville ha tillbaka sitt körkort. Johan har tvångstankar och uttrycker ofta suicidala tankar, att han inte orkar leva med sina tvångshandlingar.

Planering hösten -06/Genomfört våren - 07

På grund av att Johan varit mycket dålig gör man under hösten en LVM anmälan då man anser att det är viktigt att han får en placering på ett behandlingshem.

Johan blir under hösten och våren allt sämre och blir inlagd för psykiatrisk vård ett flertal gånger. Han är mycket förtvivlad över sin situation, gråter ofta när teamet träffar honom och vädjar om hjälp. Vid FoU:s senaste intervju hade Johan fått plats på ett behandlingshem för vård. Vägen dit var lång och man upplever i teamet att placeringen tog alldeles för lång tid. Placeringen krävde mycket påtryckningar från teamet och läkare. På behandlingshemmet kommer Johan att få psykoterapi två gånger i veckan.

Vad som underlättar samt hindrar

En stark drivkraft för Johan är att få tillbaka sitt körkort, ett motiv till att acceptera behandling. Hinder för Johan är enligt teamet att han har stark ångest och är tungt medicinerad. Han uttrycker att han inte fått rätt behandling för sin problematik. När Johan mår dåligt tycker han att det är otäckt att gå ut. När han är inskriven på sjukhus går han inte ut på flera månader. Han tycker att det är jobbigt att vara ensam och när han är hemma i sin lägenhet skapar det stor ångest. Han utför tvingande ritualer som upptar hela hans tid under det att han dricker stora mängder alkohol. Johan har svårt att sköta sin ekonomi och får hjälp av en släkting.

Reflektion - Behandling för att möjliggöra kontakt?

Både Adam och Johan har varit svåra att nå. Åtgärder i engagemangsstadiet som omnämns av Mueser (2005) är stabilisering av psykiatriska symptom samt praktisk hjälp i form av boende och dylikt. Detta verkar stämma väl in på den planering som ACT-teamet lagt upp för Adam och Johan.

Nedan följer en beskrivning av klienternas situation gällande **boende, behandling, ekonomi, nätverk och barn.**

Boendesituation

Boendet är en viktig del i en människas liv och framhålls av psykiatriutredningen (SOU 1992:73) och Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100) som en av de viktigaste faktorer för förbättrade levnadsförhållanden.

När ACT-teamet började arbeta med klienterna (de femton första) såg situationen ut enligt nedan när det gäller boende:

- Boende i lägenhet/hus: 9 personer
- Boende hos släkting 2 personer
- Hemlösa 4 personer

Av de klienter som bodde i egen lägenhet hade fem av nio boendestöd från socialtjänsten.

För de klienter som var hemlösa eller bodde hos släktingar planerade teamet under våren och hösten samordning av insatser för att hitta boenden såsom egen lägenhet, försökslägenhet samt boende kopplat till behandling.

Vid FoU:s intervju med ACT-teamet i mars framgick att av dem som bott hos släktingar stod en i kö för försökslägenhet och en var inskriven i slutna psykiatrisk vård. Av de fyra hemlösa var en person avskriven i projektet och övriga tre bodde på ett lågtröskelboende (accepterar påverkan från droger). Planering för insatser om egen lägenhet eller träningslägenhet kvarstod därmed för samtliga som inte hade ett eget boende.

Tillgången till olika boendeformer är en viktig faktor för att kunna erbjuda goda boendelösningar för målgruppen. I en nationell utvärdering av boenden inom socialtjänsten från 2003 framkom att det i kommunerna fortfarande fanns en stor brist på anpassade boenden i hemkommunen med adekvata vård- och omsorgsinsatser (Socialstyrelsen, 2003b).

En viktig faktor för att personer med psykiskt funktionshinder skall kunna leva som andra på ett integrerat sätt är tillgången till lägenheter i det ordinarie bostadsbeståndet. För att åstadkomma detta och för att förhindra vräkning är det viktigt att samarbete sker mellan socialtjänsten, psykiatrin, kronofogdomyndigheten och bostadsföretagen (SOU 2006:100). I en av Socialstyrelsens uppföljningar av psykiatireformen konstaterades en fyra gånger högre risk att bli vräkt för en person med psykosdiagnos som vårdats i psykiatrisk heldygnsvård, i jämförelse med befolkningen som helhet (Socialstyrelsen, 1999a).

Behandling

En viktig del i ACT-teamets uppdrag är att ta ett samlat ansvar för att behandlingsinsatser och stödsatser når fram till klienterna. Hur teamet upplever att samverkan fungerat med övriga aktörer gällande behandling har diskuterats tidigare i rapporten.

”Behandling” berör ett stort antal olika insatser såsom medicinsk eller terapeutisk behandling för missbruket och/eller den psykiska sjukdomen, social rehabilitering, fysisk rehabilitering osv.

Det är svårt att utifrån empirin få en överblick av ACT-teamets samordning av behandlingsinsatser. Av materialet framgår dock att under perioden då ACT-teamet funnits har sex klienter påbörjat medicinering för sitt missbruk eller sin psykiska sjukdom. Av de 15 klienterna har fyra varit inlagda på behandlingshem. Fem klienter har varit inskrivna i slutna psykiatrisk vård under perioden.

Ett antal klienter går på någon form av samtalsbehandling. Oklart är dock vilken typ av samtalsbehandling det rör sig om. Några träffar sin kontaktperson inom psykiatrin för samtal. En eller möjligtvis två klienter går i psykoterapi. En klient står i kö till färdighetsträning. Framtida planering för ett flertal klienter är någon form av terapi, tolvstegsbehandling³ eller medicinering.

Det är oklart vilken roll teamet har när det gäller initiativ till social och arbetsinriktad rehabilitering. Ingen av klienterna var kopplad till någon arbetsinriktad rehabilitering, de flesta ansågs för dåliga för att delta i sådan. Teamet har dock arbetat aktivt med ett antal klienter när det gäller motivation till att delta i olika sysselsättningsverksamheter samt fritidsaktiviteter.

Motivation till att ta sin medicin och motivation till att minska ner på alkohol- och drogintag verkar vara de huvudsakliga insatserna för teamet. Det finns dock frågetecken kring vem som bevakar medicineringen. ACT-teamet försöker motivera samtidigt som psykiatrin och socialtjänsten har visst ansvar för uppföljning av medicinering. ACT-teamet påpekar att de klienter som är inskrivna hos psykosmottagningen får en bättre uppföljning än de som är inskrivna i öppenvårdspsykiatrin. En anledning till detta kan tänkas vara att klienterna i öppenvårdspsykiatrin bara har en läkarkontakt. Teamet har därmed efterfrågat att de klienter som ingår i teamet också får en egen kontaktperson för bättre uppföljning.

Ekonomisk situation

Personer med psykisk sjukdom har ofta en ekonomiskt utsatt situation. I studier där man tittat på målgruppen och deras levnadsförhållanden framgår bl.a. att en stor del är

³ Behandling för att komma ur ett alkohol- och/eller drogberoende. Tolvstegsbehandling (eller den s.k. Minnesotamodellen) ser beroendet som en sjukdom. Behandlingen bygger på Tolvstegsprogrammet, där det första steget innebär att man erkänner sitt beroende. I en behandling enligt tolvstegsmodellen ges lektioner om kemiskt beroende ur olika synvinklar. Deltagarna får kännedom om sjukdomsbegreppet, förnekandet, återfallsprevention m.m. I gruppterapi talar deltagarna om konsekvenser av beroendet och hur det påverkar deras liv.

försörjda genom sjukförsäkringssystemet. Av de personer i åldern 18-29 som beviljats sjuk- och aktivitetsersättning under 2005 utgjorde exempelvis personer med psykisk sjukdom 72 procent, i ålder 20- 24 var det så högt som 77 procent (Försäkringskassan, 2006).

Särskilt utsatta ekonomiskt är de som har ett samtidigt missbruk. I *Social rapport* (Socialstyrelsen, 2006) framkommer att de sociala konsekvenserna är allvarliga, något som bl.a. innebär att de i högre grad är mottagare av ekonomiskt bistånd.

De femton klienter som FoU Södertörn följt hade under projektperioden följande ersättningar som huvudsaklig inkomstkälla:

- Sjukersättning (tidigare förtidspension): 9 personer
- Försörjningsstöd: 3 personer
- Egen försörjning: 1 person
- Oklart: 2 personer

Att klara sig ekonomiskt och sköta sin ekonomi

I fem fall av femton (utöver de två där ersättning var okänd) var det för ACT-teamet oklart hur personen klarade sig ekonomiskt. För fyra av klienterna bedömde teamet det fungera ganska bra rent ekonomiskt men de behövde hjälp att sköta sin ekonomi. Två upplevdes ha mycket ont om pengar och en person bedömdes klara både ekonomin och hanteringen bra. En person är avskriven.

När det gäller hjälp att sköta ekonomin var det ett antal klienter som fick hjälp av släktingar, någon av kommunens handläggare, ytterligare någon av ACT-teamet. För cirka en tredjedel var det dock oklart vem som kunde stödja klienten i detta. Det verkar finnas en gråzon gällande vem som skall ta ansvar. Är det boendestödjarna, handläggare inom kommunen, släktingar eller bör ACT-teamet gå in? Vidare framgick att det var svårt att få en god man beviljad.

Nätverk

Sociala relationer har stor betydelse vid psykiska sjukdomstillstånd och kan ha en skyddande effekt. Avgörande faktorer blir hur väl det fyller individens behov av socialt stöd. I ett flertal undersökningar har man även påvisat att prognosen att tillfriskna från schizofreni är bättre om man har ett större nätverk med vänner och bekanta och inte bara ett nätverk som är dominerat av familj och nära släkt (Lipton, Cohen m.fl., 1981).

I forskning om personer med psykiskt funktionshinder framkommer att det sociala nätverket ofta är litet. Studier visar att hinder för ett ökat socialt liv kan vara dålig ekonomi, arbetslöshet, bristande sociala färdigheter och en känsla av alienation (Brunt, 2005). I de klientfokuserade intervjuerna med ACT-teamet framgår att en stor del av klienterna är ensamma. Samtliga saknar arbete och ett flertal även någon typ av sysselsättning.

Nätverkskarta

Sex av femton klienter har tillsammans med personalen fyllt i en förenklad nätverkskarta (se bilaga 3). Kartan är uppdelad i fyra fält; familj/släkt, vänner, arbete/sysselsättning och professionella. I kartan markeras personer med olika symboler. Placeringen i kartan markerar hur viktig personen i fråga är för klienten, desto närmare kartans mitt desto mer betydelsefull och vice versa. En linje med tvärstreck indikerar en negativ kontakt. Tanken med nätverkskartan är främst att teamet skall få vetskap om klientens nätverk och därmed kunna arbeta mer aktivt med detta.

De sex ifyllda kartorna skiljer sig mycket åt där några klienter har ett flertal nära kontakter med familjemedlemmar medan andra har väldigt få eller ingen kontakt alls med släkt och familj. Detsamma gäller för vänner. Några har 2-4 nära vänner medan andra saknar vänner helt eller bara har negativa kontakter i form av gamla missbrukskompisar. Likheter mellan de sex klienterna kan ses i att alla utom en klient har ett obefintligt nätverk kopplat till arbete och sysselsättning. Samtliga klienter har ett välfyllt fält med professionella kontakter. Det är mellan fem och tio aktörer inom detta område.

De klienter som ACT-teamet arbetar med har således ett stort antal kontakter med olika professionella. Bristen på samsyn mellan dessa parter kan skapa ett splittrat system där varje inblandad betraktar personens problem utifrån sin yrkesroll. Sociologen Erik Arnkil har i sin forskning tittat på samspelet mellan det privata nätverket och det professionella när det gäller hjälpinsatser omkring socialvårds-klienter. Om bristande samsyn råder bland de professionella, inkopplade för att lösa en problematisk situation, riskerar klienten att försees med problemetiketter där svårigheter som uppstår enkelt kan förklaras som egenskaper hos klienten snarare än bristande information och samsyn mellan myndigheterna. Genom en mobilisering av klienternas nätverk finns bättre chanser att fokusera på klientens resurser och möjligheter istället för brister (Forsberg & Wallmark, 2001).

Barn

Studier som gjorts på barn som lever med en förälder med psykisk sjukdom visar att många av dem befinner sig i en extra utsatt situation. Bl.a. pekar rapporteringen på en ökad risk för psykiska störningar eller andra problem som rör utveckling, beteende och funktionsförmåga hos dessa barn.

I ett projekt som Socialstyrelsen gjorde i slutet av 90- talet om psykiskt sjuka föräldrar och deras barn togs ett antal rekommendationer fram utifrån resultatet (Socialstyrelsen, 1999c).

Dessa var att:

- Vid riskbedömning bör hänsyn tas till hur föräldrarnas sjukdom samspelar med andra faktorer som interaktion mellan barn och föräldrar, den andra föräldrarnas stöd, relationer i övrigt inom familjen, tillgång till sociala nätverk mm. Man slog även

fast att ”barn till psykiskt sjuka behöver stöd av sociala nätverk och professionella hjälpare för att motverka dålig självkänsla, oro, isolering och ett alltför stort ansvarstagande”.

- Barnens situation bör uppmärksammas tidigt för att minska riskerna för psykisk ohälsa senare i livet. Här anses vuxenpsykiatrin ha en central roll när det gäller att ”upptäcka” dessa barn och sätta igång processer i de professionella nätverken för att ge barnen ett adekvat stöd.
- Informera patientens barn om vad föräldrarnas psykiska sjukdom innebär och vilka konsekvenser den kan föra med sig, samt göra anmälan till socialtjänsten när det är nödvändigt.

Klienternas barn

Nio av de femton klienterna som ingår i denna utvärdering har barn. Sammanlagt har klienterna 13 barn i åldrarna 0 till 20 år, varav 10 är under 18 år.

För barnen såg vårdnaden ut enligt nedan:

- | | | |
|-----------------------------------|------------|----------|
| • Gemensam vårdnad: | 3 klienter | (5 barn) |
| • Boende hos den andre föräldern: | 3 klienter | (5 barn) |
| • Oklart: | 2 klienter | (2 barn) |
| • Barn placerad i familjehem: | 1 klient | (1 barn) |

I ACT-teamets uppdrag ingår främst att stödja och samordna insatser för den vuxne. Det finns inte specifikt uttalat att man i arbetet med klienterna ska rikta in sig på barnens situation, dock ingår i uppdraget att ”ge sociala stödinsatser för familj, nätverk och bostad för att få det vardagliga livet att fungera”.

Det framgår i intervjuer med personalen att hantering av barnens situation är känslig. Av rädsla för att klienten ska koppla ihop teamet med de sociala myndigheterna och därmed förlora tillit anser man det mindre passande att gå in på klienternas relation till barnen. Man hänvisar till socialtjänstens ansvar för att barnen har det bra.

Av intervjumaterialet framkommer dock att ACT-teamet i högsta grad är inblandade i klienternas relation till barnen, t.ex. som kontaktpersoner vid möten med barn och familjeenheten. Genom teamets nära kontakt med ett antal klienter ser de även sådant som andra professionella aktörer inte gör.

Diskussion och slutsatser

Med syftet att skapa en hållbar verksamhet för personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk i Huddinge sattes under 2006 ett ACT-team samman. För att utvärdera teamets arbete, som bildats i ett samarbete mellan socialtjänsten och psykiatrin, anlätades FoU-Södertörn.

Nedan redovisas de slutsatser som framkommit i intervjumaterialet.

Hur fungerar samverkan inom teamet samt med andra aktörer?

En stor del av teamets arbete har under det första året handlat om att skapa rutiner, bygga upp samarbeten och tillitsgrunder med andra aktörer samt med klienterna.

ACT-teamet har under det första året kommit att arbeta i två miniteam (2 och 2). Samarbetet inom dessa team fungerar enligt personalen bra. I intervjuerna framkommer dock att brister finns när det gäller insynen. Man har t.ex. olika åsikter om hur, när och vad som skall avhandlas vid möten dem emellan. En viktig del i arbetsmodellen om multidisciplinära team är bredden och erfarenhetsutbytet mellan de olika yrkeskompetenserna. Ett haltande utbyte mellan personalen skulle därmed kunna innebära en sämre behandling för klienterna.

Samarbetet med arbetsledaren upplevs av teamet fungera bra där tillgängligheten är en viktig faktor. Detsamma gäller för primärteamet. Närheten till cheferna inom kommun och landsting har varit en viktig del av den modell som byggts upp i Huddinge, detta för att tillsammans med "beslutsfattarna" kunna diskutera uppkomna svårigheter och eventuella lösningar. Två aktörer som teamet arbetar med men som saknas i primärteamet är representanter från frivården och den psykiatriska slutenvården.

En stor del av de behandlingsinsatser som klienterna behöver är av sådan art att de inte kan utföras av ACT-teamet. För att klienterna skall få sina behov tillgodosedda krävs därmed samverkan och samordning med ett stort antal aktörer i klientens närhet. I teamet råder delade meningar om vilket gehör man får från dessa aktörer. Överens är man när det gäller omhändertagande enligt LVM där man anser att kommunen arbetar byråkratiskt och långsamt. Även när det gäller socialtjänstens utredningar för boende upplever teamet brister. Matchningen mellan klienternas behov och myndigheternas organisation verkar vara ett återkommande hinder som teamet stött på.

I intervjumaterialet finns indikationer på att samarbetet med psykiatrin fungerar bättre än det med kommunen. Bör man arbeta med att förbättra förankringen mellan kommunen och teamet?

Planerat och genomfört, ACT-teamets arbete och kontakt med klienterna

Det framkommer i materialet att teamet, utöver motivationell behandling, främst arbetar med att *planera insatser, se till att beslut om insatser fattas* och till viss del *se till att de genomförs*.

Av de fyra klienter som var hemlösa vid inskrivning i projektet har en avskrivits och övriga tre fått en tillfällig boendelösning via ett lågtröskelboende. För att kunna arbeta med klienterna anser teamet att boendet är ett viktigt steg på vägen, dvs. att de har en fast adress där de får tillsyn och mat och där man kan söka upp klienterna. Olika typer av boendelösningar för denna målgrupp är i kommunerna bristfällig och man får därmed ta det som står till buds. Den ursprungliga planeringen om egen lägenhet eller träningslägenhet kvarstod därmed för samtliga som inte hade ett eget boende.

För att personer med psykiskt funktionshinder skall kunna leva som andra på ett integrerat sätt är tillgången till lägenheter i det ordinarie bostadsbeståndet centralt och det är av yttersta vikt att aktörerna samarbetar för en förbättring.

När det gäller stöd att sköta ekonomin verkar det finnas en gråzon i ansvar mellan boendestödjare, handläggare i kommunen, släktingar och ACT-teamet. För cirka en tredjedel av teamets klienter var det oklart vem som kunde stödja klienterna i detta. Ytterligare brister visade sig i svårigheterna att få en god man beviljad.

En stor del av klienterna saknar sysselsättning samt har ett svagt nätverk. Klienternas nätverk, kopplat till sysselsättning och arbete, är i princip obefintligt. Samtliga klienter har dock ett välfyllt fält med professionella kontakter. Att arbeta stödjande för att utöka de ickeprofessionella kontakterna torde därmed vara en viktig uppgift för ACT-teamet.

Två tredjedelar av klienterna har barn. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom befinner sig i en extra utsatt situation. I intervjuer med ACT-teamet framkommer att det råder oklarhet om och hur man ska närma sig barnen utifrån uppdraget.

Det är svårt att utifrån empirin få ett en överblick av ACT-teamets arbete med samordning av behandlingsinsatser. I projektplanen påtalas betydelsen av uppföljning och utvärdering av arbetet med klienterna. Utöver en extern utvärdering skall ACT-teamet, innan man börjar arbeta med klienterna, utforma en modell för hur man ska följa upp resultatet. En fråga ställdes till samtliga i ACT-teamet *om* regelbunden uppföljning av klienternas sker samt i så fall *på vilket sätt*.

I intervjusvaren från teamet framkommer att uppföljningen i stort sker intern inom teamet. Man ser veckomötena med arbetsledaren samt månadsmötena med primärteamet som en typ av uppföljning. Vårdplaneringen för patienterna som sker halvårsvis betraktas även som en del i uppföljningen av klienterna. Ytterligare möten utöver redan beskrivna kan även bokas in när det krisar eller vid större planeringar. Någon *modell* för uppföljning verkar dock inte ha utformats.

Vid uppföljningar av integrerad psykiatrisk behandling och beroendebehandling har viktiga riktmärken varit funktionsnivå, alkohol och droganvändning, utnyttjande av slutenvård och boendesituation (Socialstyrelsen, 2004; Gefvert, Sundberg och Wiberg, 2005; Palmstierna, 2000). För att kunna utföra de första tre behöver man tillgång till både klienternas medgivande samt till uppgifter gällande vårdkonsumtion, något som

man i denna utvärdering inte haft tillräcklig tillgång till. Utvecklingen för de klienter som ingår i teamets arbete är många gånger långsam och kräver en uppföljning över en längre tidsperiod. En viktig del är därför att i det löpande arbetet utforma en modell för klienternas utveckling. En metod för att i det löpande arbetet följa klienternas utveckling kan t.ex. vara ett strukturerat arbetsschema där kontakter med klienten markeras i tiden, utifrån begreppen bedömning, planering, genomfört. På så sätt kan man inom teamet se hur långt man kommit med varje klient samt se var de största hindren finns när det gäller genomförande av de planerade insatserna.

Kontakten med klienterna

I intervjuerna framkommer att en stor del av arbetet fortfarande handlar om att bygga upp en tillitsgrund att stå på. För ungefär en tredjedel av de klienter som ingått i studien har detta varit särskilt framträdande. Detta är ett viktigt stadium som bygger grunden för vidare behandling och återfallsförebyggande arbete.

Malm (2002) framhåller att den största skillnaden mellan olika modifierade case managementprogram och ACT-modellen enligt originalversionen, är att ACT-modellen har en professionell 24-timmars krisverksamhet inom teamet. I Huddinge har detta inte ansetts genomförbart och man har därmed ordnat det på annat sätt, dvs. genom att koppla in mobila team, akutsjukvård och kommunens nattpatrull. Hur detta fungerat utifrån klienternas perspektiv har dock inte undersökts.

Klientens delaktighet

I integrerad behandling betonas betydelsen av klientens delaktighet och att beslut om insatser fattas ömsesidigt mellan behandlare och klient. I intervjumaterialet framkommer att det relativt ofta råder delade meningar mellan remittenten och klienten om vilka insatser som bör sättas in. Detta förklaras bl.a. hänga ihop med sjukdomsbilden. En vanlig skillnad är t.ex. att remittenten vill att personen skall få bukt med sitt missbruk medan klienten inte ser detta som ett mål.

Det visar sig att ett flertal av klienterna, av psykiatrin och socialtjänsten, fått ett ultimatum uppställt att, ”du måste ha kontakt med ACT-teamet för att få X och Y”. Om detta varit en förutsättning för kontakten är svårt att säga, dock framgår att det råder tveksamhet kring vissa klienters uppriktighet i kontakten med teamet. Är det ultimatumet som styr kontakten eller är det klienternas egen vilja? Hur påverkar detta i så fall utfallet och den motiverande behandlingen? Det finns även en risk att klienten kopplar ihop personalen i ACT-teamet med ”en myndighetsperson”. I intervjuer med personalen har betonats betydelsen av att *inte* ses som en myndighetsperson, för att lättare närma sig klienterna och få dem att känna att teamet arbetar på deras uppdrag.

Utöver vårdplaneringen och muntlig förfrågan har man än så länge inte inhämtat klienternas åsikter om teamets arbete. För att få tydligare inblick i dessa samt kunna se förbättringen över tid kan det vara aktuellt att redan nu fundera över modeller att hämta in synpunkter på.

Referenser

Björkman, T (2000) *Case management for individuals with severe mental illness. A process- outcome study of ten pilot services in Sweden.* Akademisk avhandling. Lunds universitet.

Björkman, T "Case management" i Brunt D; Hansson L (red) (2005) *Att leva med psykiska funktionshinder - livssituation och effektiva vård- och stödinsatser.* Lund. Studentlitteratur.

Brunt, D "Socialt nätverk" i Brunt D; Hansson L (red) (2005) *Att leva med psykiska funktionshinder - livssituation och effektiva vård- och stödinsatser.* Lund. Studentlitteratur.

Forsberg, G och Wallmark, J (2001). *Nätverksboken - om mötets möjligheter.* Kristianstad. Liber.

Försäkringskassan (2006) *Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar. Fördelning på län och diagnos, 2003-2005.*

Gefvert, O; Sundberg, L och Wiberg, D (2005) "Integrerad behandling av patienter med dubbla psykiatriska diagnoser. Spindeln i Västerås: resultat och metoder" i *Dubbel diagnos. Allvarlig psykisk sjukdom och missbruk.* Västra Frölunda. Intellecta DocuSys.

Huddinge kommun; Psykiatriska kliniken Sydvästra Stockholm; Beroendecentrum Stockholm (2005) Projektplan för samverkan kring personer med samtidig psykisk störning och missbruk, med komplexa vårdbehov, i Huddinge kommun.

Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Lund. Studentlitteratur

Lipton, F. R; Cohen, C.I; Fisher, E; Katz, S.E. (1981) *Schizofrenia: a network crisis.* Schizofrenia bulletin 7.

Malm, U (2002) *Case management. Evidensbaserad integrerad psykiatri.* Lund. Studentlitteratur.

Markström, U (2003) *Den svenska psykiatrireformen. Bland brukare, eldsjälur och byråkrater.* Umeå. Boréa förlag.

Meuser, K. T m.fl. (2005) *Dubbel diagnos. Allvarlig psykisk sjukdom och missbruk.* Västra Frölunda. Intellecta DocuSys.

Mobilisering mot narkotika & Socialstyrelsen (2003). *Organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård.*

Nilsson, I och Wadeskog, A (1999) *Rutger Engström- psykiskt sjuk eller missbrukare?* Socialstyrelsen och SEE.

Palmstierna, T; Gadd, K och Norman, C et. al (2000) Med små medel går det att hjälpa svårt psykiskt störda missbrukare. *Läkartidningen* 2000; 97:2205-6.

Palmstierna, T (2004) *Fokusrapport- Behandling av personer med komplexa vårdbehov p.g.a. psykisk störning och missbruk*. Stockholms läns landsting

Proposition 1993/94:218. *Psykiskt stördas villkor*.

Socialstyrelsen (1997) *God psykiatrisk vård på lika villkor?*

Socialstyrelsen (1999a) *Välfärd och valfrihet?* Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform.

Socialstyrelsen (1999b) *Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer*. Psykiatriuppföljningen 1999:3.

Socialstyrelsen (1999c) *Barn till psykiskt sjuka föräldrar*.

Socialstyrelsen (2003a) *Psykosociala effekter för personer med psykiska funktionshinder*.

Socialstyrelsen (2003b) *Boende för personer med psykiska funktionshinder. En nationell uppföljning och utvärdering av boendeformer inom socialtjänsten*.

Socialstyrelsen (2004a) *Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem. En långtidsuppföljning av Socialstyrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatrireformen*.

Socialstyrelsen (2004b) *Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder. En sexårsuppföljning av tio försöksverksamheter*.

Socialstyrelsen och Länsstyrelserna (2005a) *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004*.

Socialstyrelsen och Länsstyrelserna (2005b) *Personligt ombud - välfärdsentreprenörer utan gränser En undersökning av verksamheter för personligt ombud i glesbygd*.

Socialstyrelsen (2006) *Social rapport*.

SOU (1992:73) *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*. Stockholm. Allmänna förlaget.

SOU (2006:100) *Ambition och ansvar- Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Stockholm. Edita

Bilagor

Bilaga 1: Frågeguide till projektpersonal, klientbetonad

Utgångsläget

Bakgrund

Remitterad från:

Med frågan:

Nuvarande sysselsättning:

Utbildningshistoria:

Arbetshistoria:

Sjukdomshistoria:

Familj nu:

Ursprungsfamilj:

Boendehistoria:

Egen presentation av sina problem:

Bedömning

Klienten om resultat:

Planering

Om klientens medverkan:

Hittills försökt

Vad som underlättar:

Hinder:

Hittills genomfört

Bilaga 2: Frågeguide till klienter

(X och Y är personal från ACT-teamet)

Till klient:

Kommer du ihåg hur ni träffades första gången?

Tänkte Du något om varför de (ACT-teamet) kom?

Hur tror du att X och Y tänkte när de träffade dig?, Tänkte de att du behövde någon hjälp?

Till X och Y:

Hur tänkte ni om "klient" behövde hjälp med något?

Till klient:

Har ni träffats ofta, vad har ni pratat om?

Har X och Y föreslagit Dig något under den här tiden, vad har de velat?

Har Du tyckt själv att någon förändring behövts?

Hur är Ditt liv, vad brukar du göra på dagarna?

Har Du andra som hälsar på? Besöker du själv några personer?

Till X och Y:

Hur tänker ni om Klientens situation idag? Hur tänker ni om behov av förändring?

Till Klient:

Har det funnits andra tider när ditt liv varit väldigt annorlunda än idag? Är det något Du saknar från den tiden?

Har Du barn? Kontakt med släktingar?

Har Du haft kontakt med socialtjänsten? Hur har det varit?

Kommer du ihåg några personer som varit till hjälp? Vad gjorde de som var bra? (El neg erfarenheter)

Har Du haft kontakt med psykiatri? Hur har det varit?

Kommer du ihåg några personer som varit till hjälp? Vad gjorde de som var bra? (El neg erfarenheter)

Hur tänker du om X och Y, varifrån kommer de? Vad kan man be dem om för sorts hjälp, tänker Du? Får Du den hjälp du tycker att du behöver?

Har Du känt dig besvärad av dem någon gång?

Till X och Y:

Tycker ni att det stämmer? Känns det bra för er att hjälpa Klient med det han vill?

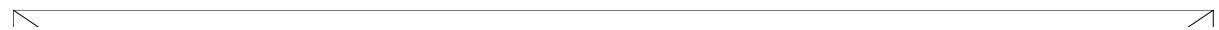
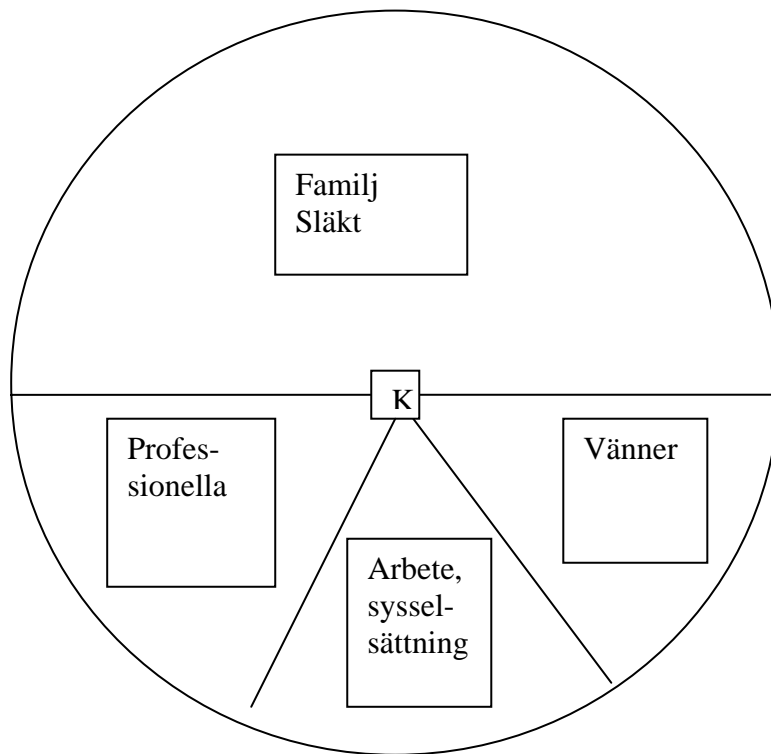
Vill Ni olika saker ibland? Hur gör Ni då?

Till Klient:

En del personer som X och Y har kontakt med har eller har haft problem med sprit, eller narkotika, hör Du till dem? Vilken hjälp har du sökt för det, fått?

Hur tänker Du om framtiden? Hur skulle du vilja ha det om några år? Vad behövs för att det ska bli så?

Bilaga 3: Nätverkskarta



○ Kvinnlig person

△ Manlig person

□ Husdjur

— Linje = kontakt mellan personer, positiv

—/ Linje med tvärstreck = neg kontakt (klientens uppfattning)

Bilaga 4: Barnschema

Syfte: 1) Kartlägga föräldrarnas kontakt med barnet/n, och
2) Få en uppfattning om hur föräldern uppfattar barnets syn på sin och föräldrarnas livssituation.

Förslaget till frågeschema försöker omfatta några frågor som kan vara aktuella för barn med föräldrar som har en svår livssituation:

- hur ser samvaron ut?
- kan föräldern ge en beskrivning av barnet som person?
- har barnet tagit ett särskilt ansvar, för hemmet, för föräldern, p.g.a. den speciella uppväxten?
- har föräldern någon uppfattning om att barnet kan ha det svårt p.g.a. föräldrarnas problem?
- har föräldern uppfattat att barnet har synpunkter på föräldrarnas vård/ behandling?
-

Motivering till föräldern (om man behöver en) för att ställa frågor om barnen:

Inte bara vuxna har det svårt - det kan barn också ha. Hur barn mår påverkar också hur man mår själv. Eller finns bättre motiveringar, använd dem, ni känner era klienter bäst.

Vi har försökt göra ett frågeschema som kan gälla både om barnet bor hemma, hos den andra föräldern eller har eget boende, för enkelhetens skull. Vi har tagit frågor som kan gälla för alla barn först, därefter mer specifika frågor som anknyter till föräldrarnas problematik.

Frågorna är inte varandra uteslutande, går i varandra här och var, för att belysa samma sak från olika utgångspunkter.

OBS!

- Alla frågor behöver inte ställas vid samma tillfälle.
- En del frågor kanske redan är besvarade vid andra tillfällen.
- Frågorna måste naturligtvis individualiseras, beroende på känslighet och svårighet. Frågorna kan snarast ses som "frågeområden" än fasta formuleringar.
- Alla frågor kan säkert inte ställas till alla.
- Om frågorna blir irrelevanta för vissa personer, och Du själv finner bättre frågor, ställ dem i stället!
- Om det finns flera barn är det väl bra att prata om ett i taget.

Frågeschema:

Barnets förnamn och ålder: Förälder (initialer):

Barnets boende nu:

Barnets boende sedan födseln:

Tid:

Tid:

Barnet som person

Hur skulle du beskriva din pojke/flicka, hur tänker du om honom/henne som person?

Vad är han/hon bra på?

Vad har han/hon svårigheter med?

Barnets vardag

Hur går/gick det i skolan för honom/henne?

Om vuxen: Jobbar med? Hur tycker han/hon om sitt jobb?

Fritidsintressen?

Tycker du att han/hon har kompisar?

Har han/hon tagit hem kompisar under åren?

Känner du barnets kompisar, nu, tidigare?

Om du tänker tillbaka på hans/hennes uppväxt, hur brukar du tänka då?

Om endast umgänge:

När sågs ni senast?

Vad gjorde ni tillsammans då, minns du det?

Fungerar umgänget som du önskar?

Om inte, hur skulle du vilja ha det?

Barnets relation till andra föräldern

Hur tänker du att den andra föräldern är med barnet? Bra förälder, varför, varför inte?

Er kontakt om barnet, hur fungerar den?

Ansvar för hemmet, föräldrarnas eller numera eget

Vad hjälper/hjälpte han/hon till med hemma när hon bor/bodde hos dig, stadigvarande eller under umgänge? (Ordning på sina saker, städa, laga mat, handla etc.)

Ibland finns konflikter omkring ansvar för hur det är hemma, har ni haft sådana?

Om aktuellt: hur tycker du att han/hon klarar att bo själv (el med sambo)?

Barnet om föräldrarnas problem

Vet du hur han/hon tänker om dina problem?

Hur vet du det?

Märker han/hon när du mår dåligt? Hur visar det sig?

Hur påverkar det honom/henne? Vad gör han/hon?

Har han/hon följt dig till några vårdkontakter någon gång? Varför?

Hur reagerade han/hon?

Hur blev barnet bemött av personalen där?

Vilken kontakt hade han/hon med vårdpersonal vid detta/dessa tillfälle(n)?

Pratade ni om besöket/n efteråt, vad berättade barnet då?

Har barnet (haft) synpunkter på din behandling? Vilka?

Föräldrarnas uppfattning om barnets psykiska hälsa i relation till egen

Har du sett några psykiska problem hos barnet? Vilka?

Om ja: har du haft några tankar om att de kan sammanhänga med dina problem? Hur?

Om ja: Dina tankar om detta?

Om inga problem hos barnet: hur tänker du om det?

Hur tror du det kommer att gå för honom/henne i framtiden?

Bilaga 5: Frågeschema, ACT-team

Berätta lite om dig själv, din utbildning och tidigare erfarenheter (gällande arbete med målgruppen)

- Hur fick du veta om projektet? Vad tänkte du?
- Utbildning innan (under) projektets gång?
- Berätta om din roll i projektet/teamet.
- Hur organiserar ni arbetet i teamet? (ex mötesformer, avrapportering osv. Beskriv hur ni arbetar)
- Balansen mellan den medicinska behandlingen och den psykosociala? Hur fungerar den?
- Beskriv samarbetet med primärteamet.
- Om du anser att klienten är föremål för ex. slutenvårdsbehandling, hur agerar du?
- Vilka övriga aktörer samarbetar ni med?
- Hur har arbetet förändrats under projektets gång?
- Vad är målen för de patienter som deltar i er behandling?
- Har man regelbunden uppföljning av klienternas utveckling i ACT- och primärteamen?
- Arbetssättet med Case Managers innebär en klientfokusering, Skillnader mellan remittentens, era önskemål och klientens, hur hanterar man detta?
- 1/3 av klienterna är hemlösa, hur arbetar man med det?
- Har ni genomfört, kommer att genomföra någon brukarenkät eller dylikt om klienternas upplevelse av ert arbete ACT-teamet?
- Har du något ytterligare som du gärna vill berätta?