



VÄSTERBOTTENS
LÄNS LANDSTING



DD-rapport 2008

Elin Löfroth
Lars Hellgren
Marie Östlund
Pola Andersson



Skellefteå kommun
Socialkontoret

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Dubbla diagnoser – dubbla möjligheter	3
Inledning	4
Historik	4
Historiken i Skellefteå före projektet	4
Bakgrund till projektet	4
Projekttiden hösten 1995 – hösten 1998	6
Övergång till permanent verksamhet 1999	7
Organisation	8
Kompetensgruppen.....	8
Diagnostisering/Utredning	9
Vår metodik	10
Missbruk - Psykiskt störning.....	10
Evidens	10
Team.....	10
Casemanagement.....	10
Svårigheter som casemanager	11
Motivation	11
Flexibilitet och struktur	11
Förhållningssätt	11
Kontinuitetsprincip.....	11
Krisberedskap.....	11
Nätverksarbete.....	12
Behandlingens fyra steg	12
Behandlingsskalan	13
Inslag i behandlingen	14
Gruppverksamhet	14
Öppet hus.....	14
Aktivitetsgrupp.....	14
Social färdighetsträningsgrupp.....	15
Svårigheter i grupparbetet	15
Klienterna/patienterna utveckling	15
Behandlingsresultat*	17
Våra erfarenheter	17
Utbildningar/kurser externa uppdrag	18
Nationellt nätverk	18
Framtidsvisioner	19

Dubbla diagnoser – dubbla möjligheter

Personer med psykisk sjukdom och samtidigt oberoende missbruk bemöttes tidigare från vårdgivare på två alternativa sätt:

- Man ville inte se och såg därför inte att den person man mötte hade båda sjukdomstillstånden, utan attityden var: bara Kalle slutar dricka så /om vi behandlar Kalles depression så slutar.....
- Kalle blev till följd av detta betraktad som ett hopplöst fall.

Idag vet vi att det finns goda och stora möjligheter att bistå personer med s.k. dubbeldiagnos, om behandlingen till dem organiseras så att de får samtidiga och samordnade insatser för sina båda sjukdomstillstånd.

Dubbeldiagnosteamet har haft förmånen att få arbeta i ett integrerat team sedan 1995, med personal från socialkontoret och psykiatriska kliniken, för att bistå personer med dubbeldiagnos.

När vi sammanställde vår rapport, fann vi till vår glädje att 50 % av dem vi jobbat med idag är fria från missbruk samt att 60 % är stabila i sitt psykiska tillstånd. Tyvärr finns det en mörk sida, nämligen hela gruppens utsatthet och kraftigt förhöjda dödlighet. En utsatthet som vi tycker ytterligare uppmanar samhället att avsätta resurser och fokus på dessa personers behov.

Vår förhoppning är att du som läser denna rapport dels ska se detta mörka, men även förhoppningsvis kunna känna den glädje och stora tillfredsställelse det innebär, att få möjlighet att möta och stödja dessa personer.

Då uppbyggnaden av vår verksamhet varit en process där alla aktörer bidragit med sina kunskaper, vill jag särskilt rikta uppmärksamheten på våra klienter som lärt oss väldigt mycket, om hur det är att leva med dubbla diagnoser som i de flesta fall inte är dubbla utan flera.

DD-teamet Skellefteå

Inledning

Sedan 1995 finns i Skellefteå ett Dubbeldiagnosteam som drivs gemensamt av psykiatriska kliniken och socialtjänsten. Teamet består av två socialsekreterare, en mentalskötare samt en psykiatrisjuksköterska. Behandlingen sker i öppenvårdsform enligt en stegvis modell. Denna rapport är ett försöka att beskriva verksamhetens utveckling från projekt till permanent verksamhet samt de erfarenheter som vi gjort under de drygt tolv år som verksamheten funnits.

Historik

Historiken i Skellefteå före projektet

Den psykiatriska missbruksvården (slutenvård) i Skellefteå var till i mitten av 1980-talet centrerad till Umedalens sjukhus. När den psykiatriska kliniken allvårdsavdelningar öppnade, fick en del av de psykiskt sjuka missbrukarna vård här i Skellefteå. Eftersom vi saknade en specialiserad missbruksenhet så kunde man även fortsättningsvis använda vårdplatserna på Umedalens sjukhus.

Den psykiatriska kliniken i Skellefteå startade en toxikomaniavdelning i januari 1990. Skellefteå kommun hade dessförinnan haft ansvaret för avgiftning/tillnyktring och mottagningsverksamhet i form av en alkoholpoliklinik. Vården var då präglad av Minnesota behandlingens förhållningssätt och detta synsätt fortsatte även ett antal år inom toxikomaniavdelningen. I samband med öppnandet blev det ett antal specifika rehabiliteringsplatser för psykiskt sjuka missbrukare. Resultatet blev att dessa personer ändå inte rehabiliterades i den utsträckning man hoppades utan ofta försämrades i sina tillstånd. En förklaring till detta kan vara psykiatrins och kommunens dåvarande förhållningssätt till missbrukare.

Den psykiatriska öppenvården var inte inriktad på behandling för personer med dubbeldiagnosproblematik och det samma gällde för kommunen. Vintern 1994 startade psykiatriska kliniken ett Dagmarprojekt för svårt psykiskt sjuka missbrukare. Två personer rekryterades från toxikomaniavdelningen. Uppgiften var bl.a. att inventera målgruppen samt försöka bedriva behandling i öppenvård.

Dagmarprojektet arbetade med ca 20 personer under ca 1 ½ år .

Socialtjänsten i Skellefteå initierade inför psykiatrireformen till ett samverkansavtal med psykiatriska kliniken. I det avtalet lyftes psykiskt sjuka missbrukare fram som en målgrupp där det fanns ett behov av att utveckla insatserna och även att det var ett gemensamt ansvar.

Bakgrund till projektet

Psykiskt sjuka missbrukare fick inte den hjälp de behövde. De cirkulerade runt mellan olika vårdinstanser. Vården/behandlingen var inte tillräcklig för människor med dubbelproblematik. Vad man framför allt upplevdes som ett problem, var att missbruket inte var uppmärksammat inom sjukvården. Orsaken till detta kunde bl.a. vara annan problematik som dolde missbruket. Ett annat problem var att när väl missbruket blivit synligt fanns allt för ofta ett förakt/motstånd mot dem som hade missbruksproblem. Socialtjänsten har på motsvarande sätt

inte uppmärksammat personer med psykisk sjukdom. Detta resulterade ofta till att de inte fick någon behandling över huvud taget. Vad man saknade var en adekvat behandling för denna målgrupp.

Socialstyrelsen tillsatte medel till 10 projekt som riktade sig till målgruppen svårt psykiskt sjuka missbrukare. Projektet löpte under tre år, hösten -95 till hösten -98. Projekten hade en samordnad forskning och en gemensam utvärdering som sköttes av Agneta Öjehagen.

I projektansökan från Skellefteå definierades både arbetsmetod och målsättning med vårt arbete.

Den metod vi valde att arbeta och fortfarande arbetar efter kallas New Hampshire-modellen. Inslag av metoden hade man även använt sig av i Dagmarprojektet. Bakgrunden till modellen är att man i New Hampshire hade konstaterat att missbruk och psykisk sjukdom är två sjukdomstillstånd med hög comorbiditet, dvs. förekommer ofta tillsammans. Vården tog inte hänsyn till detta utan klienterna förväntades vända sig till flera olika vårdgivare. Man ansåg att vårdgivarna tillsammans måste förenkla för målgruppen, så att de kunde få adekvat vård med ett tydligt budskap. Man bildade därför öppenvårdsteam med personal från psykiatri och missbruksvården. Teamen i New Hampshire fick till uppgift att arbeta med såväl casemanagement som gruppbehandling. Enligt New Hampshire modellen bedrivs arbetet enligt en fyra-stegs modell med fokus utifrån vilken fas klienterna befinner sig. Den stegvisa behandlingen kan lätt lura en att tro att processen är 1 till 4, när verkligheten är att de flesta varierar i vilket stadie de befinner sig i. Personen kan vara i aktiv behandling för att sedan behöva ytterligare motivationsarbete. Dock har vi konstaterat att har man lyckats etablera en bärande relation, har den förblivit varaktig.

De fyra stegen:

1. Anknytnings/Engagemangsfas

Målsättningen är att etablera en relation med klienterna. Man arbetar med att hjälpa dem med ev. medicinska, relationsmässiga och sociala (exempelvis bostadsproblem) problem.

2. Övertygande/Motivationsfas

När relationen är bärande, d.v.s. att klienten känner trygghet och tillit, påbörjas motivationsarbetet.

3. Aktiv behandlingsfas

Målet är att uppnå drogfrihet och hjälpa klienten till en ökad psykisk stabilitet.

4. Återfallsförebyggande fas

Målet är att minska risken för återfall via kontinuerligt stöd och att bearbeta inträffade återfall. Motivationsarbetet och processen för att uppnå drogfrihet är en lång arbetsprocess, där återfall är en del i processen.

Ansvarsfrågan

Metoden definierar klart ansvarsfrågan avseende hur behandlingen fortskrider.

Ansvar i fas 1 är helt och hållet behandlarens, för att successivt övergå till klienten, så att dennes ansvar dominerar i fas 4. Exempel på sådan ansvarsöverföring är att de flesta av klienterna inledningsvis inte klarar att komma på bokade tider. Då är det teamets uppgift att se

till att möten kommer till stånd. När klienten kommit längre i sin utveckling fungerar det oftast med fasta tider.

Våren innan projektet startade fick två av deltagarna i teamet samt deras chefer utbildning av företrädare från New Hampshire.

Projektiden hösten 1995 – hösten 1998

Enligt Socialstyrelsen skulle målgruppen vara vuxna med oberoende och samtidig svår psykisk sjukdom och missbruk. För att få ingå i projektet skulle klienterna vara diagnostiserade. En projektansvarig psykiatriker knöts till teamet. Han ansvarade för den psykiatriska diagnostiseringen och blev i de flesta fall patientansvarig läkare.

Fastställda sjukdomskriterier:

- schizofreni, vanföreställningssyndrom och andra psykotiska tillstånd
- bipolär affektiv sjukdom, egentlig depression med melankoli
- uttalade personlighetsstörningar: Schizotyp personlighetsstörning, borderlinestörning, antisocial personlighetsstörning om samtidig psykosjukdom
- andra diagnosgrupper av motsvarande svårighetsgrad, t.ex. neuropsykiatriska störningar.
- Med missbruk avses missbruk/beroende av alkohol, narkotika och/eller tabletter

I inledningen var allt arbete inriktat på att utreda tilltänkta klienter. I resterade delen av rapporten kommer vi, för enkelhets skull, konsekvent nyttja begreppet deltagare för de klienter/patienter som ingått/ingår i verksamheten.

Vi som var projektanställda utbildades hos respektive huvudman på de screening instrument som socialstyrelsen tagit fram: utdrag ur ASI (Addiction Severity Index) för socialtjänstens personal och AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) för personalen från psykiatrin. Samtidigt utbildades vi också på de övriga utredningsmaterial som ingick i forskningsprojektet: Livskvalitetskattning och SCA 90

Vi började omgående med vårt deltagararbete samtidigt som vi parallellt genomförde de utredningar som krävdes. Några av deltagarna ”övertogs” från Dagmar projektet, resterande var nya för oss.

Under de första månaderna fattade vi några principiella beslut:

- alla klienter fick två casemanager, en från socialtjänsten och en från psykiatrin.
- vi var alltid två vid hembesök
- vi upplevde ett behov av handledning för att förbättra personalgruppens teamkänsla, vilket vi startade under hösten.

Praktiska frågor tog även upp en del av arbetstiden. T.ex. hittade vi och flyttade in i en lägenhet i centrala Skellefteå. Vår målsättning var att erbjuda deltagarna en så hemlik miljö som möjligt och som samtidigt skulle vara rumsligt utkristalliserad från såväl socialtjänsten som psykiatrin. Detta kanske främst för att markera att vi var något nytt.

Det stora deltagarintaget, 22 personer under 12 månader, resulterade i att större delen av vårt arbete upptogs av aktivt deltagararbete. Anledningen var att de flesta befann sig i den turbulens som ofta omger personerna i inledningen av arbetet. Parallellt med deltagararbetet var vi, personalgruppen, inne i processen att bilda ett team i ordets rätta bemärkelse*. En process som försvårades då en i teamet, av personliga skäl, slutade. Detta resulterade till att vi under en period av cirka 6 månader var 1 personal kort, innan den nye medarbetaren kunde träda i tjänst. Under resterade delen av projektet var personalgruppen intakt.

Vi arbetade även parallellt med att utveckla våra färdigheter med att arbeta enligt New Hampshire modellen. Några team medlemmars erfarenhet av psykiatrivård var mycket värdefull. Det är viktigt med ett icke konfrontativt förhållningssätt, detta gäller framförallt deltagare med psykosproblematik. Traditionell missbruksvård är ofta mer konfrontativ vilket inte alltid passar denna målgrupp.

Vi reste till New Hampshire för att vidareutveckla våra kunskaper. Den resan var mycket värdefull, dels för att skaffa sig kunskap, men även för att vi svetsades samman som team. Av den anledningen har vi även fortsättningsvis, sedan projektet övergått till permanent verksamhet, planerat för gemensamma upplevelser som t.ex. studiebesök och konferenser.

Personal från de tio projektorterna träffades också minst en gång per år för erfarenhetsutbyte.

Vi började även själva efter några år föreläsa om vårt arbete och ordnade även en konferens i Skellefteå hösten 1998, där Tom och Lindy Fox, Kim Meuser från New Hampshire och Agneta Öjehagen föreläste.

Under slutet av projekttiden återkom ett stort antal frågeformulär för att genomföra utvärderingen av såväl deltagarnas utveckling, upplevelser kring bemötande samt hur vi i teamet upplevt vårt arbete.

*Grupp som arbetar tillsammans för att uppnå ett visst mål.

Övergång till permanent verksamhet 1999

Under slutfasen av projektet påbörjades arbetet med att skapa förutsättningar för en permanent verksamhet. Den perioden präglades av stor osäkerhet. Projektet förlängdes först i sex månader innan beslutet togs. Det var svårt att veta hur vi skulle hantera situationen. Vi beslutade att fortsätta behandlingsarbetet med de deltagare som redan var inne i verksamheten, däremot tog vi inte in några nya deltagare eftersom vi inte visste om vi skulle kunna arbeta vidare med dem eller inte.

Efter beslutet att verksamheten skulle bli permanent startade en turbulent tid för teamet. Diskussionerna om anställningsvillkor och löner ledde till att personalen som var anställda av psykiatriska kliniken slutade.

Med två nya medarbetare påbörjades ett nytt deltagarintag. Efter cirka 6 månader slutade en av de två nya medarbetarna från psykiatrin och en före detta teammedlem från projekttiden kom tillbaka. Den andra nya medarbetaren insjuknade efter några år och på den tjänsten är det

sedan 5 år tillbaka samma vikarie. För övrigt har personalen varit densamma med undantag för tillfälliga vikarier.

På grund av miljöproblem bytte vi lokal. Lokaler har varit ett återkommande diskussionsområde under tiden efter projektet. Vi fick dubbla budskap från våra huvudmän. Fick allt sämre kontor på socialkontoret respektive psykiatrikliniken, för att till slut helt sakna kontor. Samtidigt efterlyste man att vi skulle synas mer hos respektive huvudman.

Organisation

Under projekttiden bestod ledningen av IFO:s avdelningschef, klinikchefen för psykiatri och en ansvarig projektläkare. Idag består teamets ledningsgrupp av enhetschefen för beroendeenheten och enhetschefen för socialtjänstens öppenvård för vuxna. För verksamheten ingår dessutom en medicinskt ansvarig psykiatriker.

Respektive organisation ansvarar för löner och utbildning av sin personal. Psykiatriska kliniken ansvarar för handledning och fordon medan socialtjänsten ansvarar för verksamhetslokal och verksamhetsmedel.

Kompetensgruppen

En kompetensgrupp startades med syfte att sprida kunskap och utveckla arbetsmetoder kring dubbeldiagnosfrågor. Gruppen bestod och består fortfarande av representanter från såväl öppen som slutenvården inom psykiatri, distrikten inom socialtjänsten och dubbeldiagnosteamet. Arbetet i gruppen har över tid förändrats men har nu börjat hitta sina former. Den har förutom att utgöra ett gemensamt forum även underlättat kontakten med moderorganisationerna.

Diagnostisering/Utreddning

Kravet var och är fortfarande att en person först skall diagnostiseras/utredas innan han/hon inkluderas i dubbeldiagnossteamet. De flesta deltagarna har upplevt detta positivt vilket också lett till ökad självkännet och förståelse för den egna problematiken samt att de har fått adekvat hjälp. Vilket också resulterat i ett bättre resursutnyttjande då onödiga, ibland felaktiga, insatser har undvikits. Vi har även fått rapport om att personer som blivit nekade inkludering oftast också upplevt diagnostiseringen/utredningen positivt. De har många gånger själva haft funderingar på om de har någon form av psykisk sjukdom, medan det för andra klart framstått att det var missbruket som orsakade deras problem. Det är bättre att veta än att leva i ovisshet.

En svårighet med diagnostisering som krav för att beviljas få delta i verksamheten, är att en del inte blivit diagnostiserade på grund av sin svåra missbruksproblematik. För att en diagnos skall kunna genomföras skall personen vara drogfri under en längre period vilket inte alla klarar. Detta innebär att vissa som sannolikt skulle vara betjänta av en kontakt med dubbeldiagnossteamet inte beviljats detta eftersom diagnos saknas.

De nya riktlinjerna som innebär att alla som kommer i kontakt med psykiatrin skall diagnostiseras samt tilldelas en ansvarig läkare skulle kunna innebära att ovanstående inte längre är aktuellt. Tyvärr är vår uppfattning att de diagnoser som nu ställs inte alltid är efter lika noggrann utredning som tidigare, utan den för stunden mest påvisbara. T.ex. att en person söker till beroendeenheten för avgiftning och får en missbruks/beroende diagnos utan att någon ytterligare diagnos ställs. Det är viktigt med en utvidgad diagnostisering där även personlighetsstrukturer bedöms. Vi har också konstaterat att det blivit svårare att få läkartider samt tid för konsultation med ansvarig läkare på grund av läkarbrist.

ASI har fungerat som ett strukturerat intervju- och planeringsinstrument. Vissa deltagare har dock gjort flera intervjuer. I framtiden är det bättre att ta del av tidigare intervjuer och endast göra en uppföljning vid inskrivning i dubbeldiagnossteamet.

Det har varit svårt att få rutiner för deltagarutvärdering. Det som fungerat bäst är de regelbundna teamträffarna där vi planerat vårt arbete samt bedömt klienterna utifrån den 8:a-gradiga behandlingsskalan som kommer att presenteras under kapitlet "Vår metodik"

Personalen anställda av psykiatriska kliniken har fortlöpande i patienternas journaler gjort vårdplaner som utvärderas årligen.

Vår metodik

Missbruk - Psykiskt störning

Missbruk och psykisk ohälsa är två sjukdomstillstånd som ofta förekommer samtidigt. Vår grundtanke är att dessa påverkar varandra och måste behandlas parallellt. Den traditionella hönan ägget diskussionen är ointressant, insatser måste ske i samklang och inom båda problemområdena.

Evidens

Det finns idag evidens för att behandling av psykisk sjukdom och missbruk måste vara integrerad. Behandlingen för de olika tillstånden måste ske samtidigt och integrerat. Personer med dubbeldiagnos skall ges vård, stöd- och kontrollinsatser genom samtidiga och samordnade insatser för båda sina sjukdomstillstånd från psykiatri, socialtjänst, andra vårdgivare, eventuell frivård och frivilligorganisationer.

Team

Iden med att bilda team med personal från psykiatriska kliniken och socialtjänsten kom utifrån våra erfarenheter av hur den traditionella organisationen fungerade för patienter/klienter med dubbeldiagnos. De förväntades själva vända sig till en rad olika instanser för sina problem, vilket ofta resulterade i en ökad förvirring hos deltagarna istället för att hjälpa dem. Slutsatsen blev att organisationerna måste samverka för att på bästa sätt kunna stötta patienten/klienten.

Casemanagement

Casemanager är ett heterogent begrepp. Ursprungligen kommer det från USA och innebär ett förmedlings- eller mäklaruppdrag.

Den modell dubbeldiagnosteamet arbetar efter innebär att vi själva erbjuder behandling och stöd men kan även, om behov finns, förmedla och hjälpa deltagaren att få vård stöd utanför vårt område som t.ex. somatisk vård och psykoterapi. Vår målsättning är att hjälpa deltagarna att bli drogfria, att själva ta ansvar för sin psykiska sjukdom och att stötta dem i sin anpassning till samhället.

För att lyckas krävs förståelse och respekt för deltagaren och hans/hennes situation samt engagemang, flexibilitet och uthållighet. Det är viktigt att man är positiv och förmedlar hopp. För att klara detta bör behandlaren/casemanager ha balans i det personliga livet och kunskap angående problematiken.

All behandlingsknuten planering sker gemensamt i teamet. Det får till följd att vi delar på ansvaret för varje deltagare och risken för utbrändhet minskar.

I arbetet överskrider man ibland de gränser som normalt finns i traditionell form av behandling. Mötet med deltagarna kan ske i deras hem, på arbetsplatsen eller ute på stan. I början av kontakten tar vi ansvar för behandlingen. Om deltagaren önskar följer vi med på olika möten som t.ex. läkarbesök, möte med arbetsledare o s v. samt ger stöd i kontakten med olika myndigheter.

Svårigheter som casemanager

Den livsföring som många deltagare har, innebär stora risker. Det kan många gånger vara svårt som behandlare att veta hur man ska förhålla sig till situationer som man inte alltid kan påverka. Det arbete som bedrivs i deltagarens vardag väcker många etiska, känslomässiga och juridiska frågor.

Motivation

Det finns inte något krav på uttalad vilja till förändring för att ingå i gruppen. Det enda de måste acceptera är att ha kontakt med teamet.

Flexibilitet och struktur

Insatserna måste anpassas individuellt och utifrån deltagarens aktuella situation. Insatsen kan bestå av allt från socialträning, samtalsstöd, telefonkontakt, familjesamtal, hembesök till att hjälpa dem hitta en daglig struktur.

Samtidigt som teamets personal måste vara flexibla, så måste strukturen upprätthållas för att inte dras in i det kaos som många av dessa personer lever i.

Förhållningssätt

Förhållningssättet är viktigt framförallt när det gäller personer med psykosjukdom men även för den övriga deltagargruppen. Därför använder vi oss av ett icke konfrontativt förhållningssätt för att minska polariseringen.

Relationen är en absolut nödvändighet för att behandlingen skall fungera. Positiva gemensamma upplevelser är bra när man ska skapa relationer. En utgångspunkt är att man utvecklas i relation med andra. Det är viktigt att man är trygg i sitt sammanhang för att våga pröva nya sätt att hantera livssituationen.

Våra deltagare har ofta en väldigt negativ självbild och väldigt låg tilltro till den egna förmågan att påverka sin livssituation. Det gör att de kan verka omotiverade. Att visa dem på deras tillgångar och resurser, leder till att de kan få en mer nyanserad självbild och att de vågar pröva livsstilsförändringar.

I behandlingsarbetet är det viktigt att målen anpassas till den enskilde personens funktioner och förutsättningar. Om personalen inte har den förmågan finns risk att det leder till frustration som i västa fall kan upplevas som ett misslyckande av deltagaren.

Kontinuitetsprincip

Det är absolut nödvändigt att ge deltagarna en kontaktgaranti. Oavsett hur deras psykiska hälsa, missbruk och livssituation utvecklas, är de garanterade kontakt. För att öka tillgängligheten har varje deltagare två "casemanager". Detta gör att det blir mindre sårbart vid semestrar, tjänstledighet och dylikt.

Krisberedskap

Teamets erfarenhet är att hög beredskap krävs i början av en ny kontakt. Många av deltagarna har gjort suicidförsök och har suicidala tankar. De behöver stöttas med mediciner och i vissa fall behövs inläggning på kliniken. I inledningen av en kontakt saknar många deltagare förmågan att hållbara ångest och vår insats behöver då ske snabbt. Successivt lär sig deltagaren att lita på att vi finns och att hantera sin ångest. Det leder till en ökad uthållighet i besvärliga situationer och att de även kan hitta egna lösningar på kriser som uppstår.

Om en deltagare hamnar i kris är det viktigt att omedelbart försöka möta upp. En kris kan bestå av sorg, förälskelse eller praktiska hinder.

Nätverksarbete

Teamet uppmuntrar deltagarna till en ökad kontakt med anhöriga och andra närstående. De flesta utvecklar också en tätare kontakt med sitt nätverk när deras livssituation blivit stabilare.

Teamet arbetar också mycket med direktkontakt med anhöriga. Genom stödsamtal kan de anhöriga få en bättre förståelse för deltagarens problematik. Syftet är också att hjälpa anhöriga att sätta gränser gentemot deltagaren. Vi stöttar även deltagarna i att sätta egna gränser vad gäller kontakten med anhöriga eftersom en del anhöriga behandlar dem som "barn".

Vi arbetar även med deltagarnas mer formella kontaktnät. Vi har kontakt och "utbildning" av arbetsledare, boendestödspersonal, förvaltare/godemän, LSS-handläggare, hyresvärdar osv. Teamet möter dem och informerar, för att öka förståelsen. Överhuvudtaget tycker vi att det varit en del av arbetet som fungerat väldigt bra. Vi har fått mycket bra respons från dessa kontakter. Nätverksarbetet är också för att visa deltagarna att det finns människor som känner engagemang för dem. En positiv utveckling är att fler ur målgruppen idag får stöd i sitt boende via socialtjänstens handikappomsorg.

Behandlingens fyra steg

Steg 1 – Engagemangssfas/ anknytningsfas

Vår upplevelse är att det tar upp till 18 månader att skapa en terapeutisk allians med deltagaren. Den kontaktskapande/förberedande processen är viktig för det fortsatta arbetet. Som vi tidigare nämnt så ligger ansvaret för en fungerande relation på behandlaren och bygger alltid på förtroende, tillit och respekt.

I början av vårt engagemang handlar det ofta om täta kontakter med deltagaren. Det är viktigt att visa att vi står kvar. Deras tillit till andra människor är ofta väldigt bristfällig på grund av tidigare besvikelser. Ibland använder vi ett "lapps-system" vilket innebär att vi för en dialog via brevlådan till deltagaren. Idag fungerar ofta sms och e-post som kontaktlänk.

Parallellt kan deltagaren få hjälp med relationsmässiga och sociala problem. Psykiatrisk behandling erbjuds även under pågående missbruk.

Steg 2 – Motivationsfas/ övertygandefas

När relationen är bärande, dvs. när deltagaren känner trygghet och tillit, påbörjas motivationsarbetet. Det innebär att man arbetar med att hjälpa deltagaren se hur dennes alkohol/drog konsumtion påverkar livssituationen. Vi ställer frågor och uppmuntrar deltagaren att fundera över sitt missbruk. Vi hjälper deltagaren att formulera mål och för resonemang om vilka hinder som finns för att uppnå målet. Missbruket framstår ofta som en av faktorerna till att målet inte uppnås. Vi belyser de negativa effekter som missbruket ger som t.ex. försämrad fysisk- och psykisk hälsa, försämrad ekonomi och sociala problem. Genom en stödjande och rådgivande relation vågar deltagaren ändra sitt beteende och tankemönster. Målet är en deltagare som är beredd till förändring.

Steg 3 - Aktiv behandling

Målet att uppnå drog/ missbruksfrihet är ett aktivt val från deltagarens sida. Vår insats riktas framför allt till:

- stödåtgärder, riktade till att stödja och hjälpa drogfriheten
- beteendeträning
- social färdighetsträning
- medicinsk behandling
- samtalsbehandling

Om en deltagare är drogad/berusad försöker teamet att hålla kontakten. Vid senare drogfrihet kan teamet använda och dra nytta av uppkomna situationer utan att fördöma. Deltagaren kommer gradvis att stabilisera sin drogfrihet och förbättra sin psykiska hälsa. Detta innebär att ansvarsförskjutningen till deltagaren ökar.

Steg 4 - Återfallsförebyggande fas

För teamets del handlar det om att förhindra och ta hand om eventuella återfall. Vi fokuserar på riskfaktorerna såsom dålig sömn, dålig aptit, oro m.m. Tanken är att deltagaren själv ska vara uppmärksam på sin situation för att inte hamna i missbruk eller psykisk ohälsa.

Behandlingsskalan

För att bedöma och planera vår insats använder vi oss av den 8 gradiga behandlingsskalan som utarbetades i New Hampshire. Behandlingsskalan har sin motsvarighet i de 4 stegen men där varje steg är uppdelat i två. Vi bedömer regelbundet var deltagaren befinner sig och planerar vårt arbete utifrån det.

1 Tidigt engagemangstadiet

Personen har inte någon form av behandling (psykiatri, missbruksvård el. dyl.)

2 Engagemangstadiet

Personen har varit i kontakt med någon typ av behandling eller vård, men har inte någon regelbunden kontakt. Avsaknaden av denna regelbundenhet medför att någon samarbetsallians inte har kunnat byggas upp.

3 Tidigt motivationsstadiet

Personen har regelbunden kontakt med någon eller några inom vård och behandling, men inte minskat sitt missbruk under någon längre tid (inte över 1 månad). Regelbunden kontakt innebär att en relation och samarbetsallians har byggts upp och man kan diskutera vad missbruk innebär.

4 Motivationsstadiet

Personen är engagerad i kontakt med behandlaren/casemanager. Diskuterar missbruket och visar tecken på att minska sitt missbruk åtminstone 1 månad (färre droger, mindre mängd). Aversionsbehandling (ex Antabus) kan användas.

5 Tidigt behandlingsstadiet

Personen är engagerad i någon form av behandling. Har minskat sitt missbruk under minst 1 månad och har drogfrihet/nykterhet som mål, även om han/hon fortsätter missbruka.

6 Behandlingsstadie

Personen är engagerad i någon form av behandling, har erkänt att missbruket är ett problem och har varit drogfri/nykter kortare tid än 6 månader.

7 Återfallspreventionsstadie

Personen är engagerad i någon form av behandling, har erkänt att missbruket är ett problem och har varit drogfri/nykter under minst 6 månader.

8 Frisk/återställd

Personen har inga problem som kan härledas till missbruk under det senaste året och deltar inte längre i någon behandling.

Inslag i behandlingen

Gruppverksamhet

All gruppverksamhet bedrivs i en lägenhet, centralt belägen, avskild från socialtjänsten och psykiatrin.

Öppet hus

”Öppet hus” har vi måndag och fredag förmiddag vilket innebär att minst två ur teamets personal finns tillgängliga i lokalen. Vi bjuder på fika och umgås med besökarna. Ibland har vi även ”öppet hus” kvällstid. Vid dessa tillfällen kan även de som arbetar dagtid delta. Det har visat sig att det i gruppen finns en stor acceptans för varandra, vilket gjort att man kommer även om man "mår dåligt". Möjligheten finns att gå undan om någon önskar enskilt samtal.

Besökare till öppet hus förväntas vara drogfria/nyktra. Detta gäller också vid andra gruppaktiviteter. Någon drog/nykterhetskontroll utförs inte. Det har förekommit att deltagare kommit påverkade men har inte varit någon svårighet att hantera. När så skett, har det varit viktigt att ge dem ett bra bemötande samtidigt som övriga besökare inte har behövt påverkas av situationen.

Öppet hus har utvecklats till att bli en kontaktyta för de deltagare som inte längre har behov av kontinuerlig kontakt med teamet. De vet att vi alltid finns tillhands under den tiden.

Aktivitetsgrupp

Teamet har bedrivit gruppaktiviteter som t.ex. keramik, ridning och minigolf. Vi har även haft danskurs som i sin tur har lett till att vi kunnat diskutera hur man sköter hygien och kläderna. Dans fungerar också som en träning av närkontakt. Andra utåtriktade aktiviteter som bedrivits är: utflykter, restaurangbesök, biobesök o s v. Målsättningen är att deltagarna ska få social träning.

Vid några tillfällen har vi genomfört en serie av träffar under olika teman t.ex. ”våga pröva något nytt”. Till dessa träffar har vi valt att rikta inbjudan till en begränsad grupp av våra deltagare i syfte att få en gruppammansättning med liknande funktionsnivå.

Social färdighetsträningsgrupp

Denna grupp tillkom utifrån deltagarnas önskemål. De känner sig speciella och avvikande och upplever det svårt att träffa "normala" människor. Gruppen tränar både genom rollspel och diskussioner. De ämnen som gruppen arbetar med kan vara: lära sig att lyssna, starta ett samtal o s v. Teamet ger även hemläxor där deltagarna får träna på egen hand ute i vardagen. Den här gruppen träffas en gång per vecka. Målsättningen är att deltagarna bättre ska lära sig hantera olika sociala situationer. En annan form av detta är pedagogiska träffar som bedrivs i föreläsningsform. Ofta ansvarar vi själva för föreläsningen men ibland bjuder vi in gästföreläsare. Ämnena varierar utifrån deltagarnas egna önskemål och våra initiativ. Föreläsningen räcker en halvtimme och sedan följer en frågestund. De inbjudna har varit: en hygiensköterska, personal från försäkringskassan samt personal från frivården. Den här gruppen träffas en gång per vecka. Målsättningen har varit att deltagarna ska få ökad kunskap angående sin problematik och bättre kunna hantera sin livssituation. För några av deltagarna med psykosproblematik har vi haft en grupp ELS (ett självständigt liv).

Svårigheter i grupparbetet

Det har ibland uppstått problem i gruppsituationer p.g.a. deltagarnas olikheter. Detta undviks i de riktade grupperna som inte alla deltagare inbjuds till. Vissa deltagare har svårigheter att vara i grupp och behöver då en individuell socialträning.

En svårighet med gruppverksamheter är att de ofta kräver förberedelse av personalen och en tendens har varit att vi prioriterat det individuella arbetet .

Klienterna/patienterna utveckling

Under den tid verksamheten funnits har teamet arbetat med 57 personer 40 män och 17 kvinnor. Den vanligaste åldern vid inskrivningen är idag cirka 30 år.

Varje år tas 4-5 nya personer in i verksamheten. Genomsnittlig tid för aktivt deltagande är ca 5 år.

Vi har kunnat urskilja fyra huvudgrupper som till viss del kräver olika tänkande.

Vad som är viktigt att poängtera är att de flesta inte bara har en diagnos. Den uppdelning vi gjort här nedan är utifrån den diagnos som mest präglar våra möten med deltagaren.

Diagnoserna kan dock förändras över tid.

Psykosgruppen utgör knappt 40 % av deltagarna.

För denna grupp är det extra viktigt att ta hänsyn till den individuella funktionsnivån. Det är också viktigt att ha ett långsiktigt tänkande då de flesta av dem kommer att ha behov av stöd under överskådlig tid.

Personlighetsstörda drygt 40 %

I arbetet med denna grupp har vi använt oss av ett pedagogiskt förhållningssätt där fokus legat på tekniken att hantera ångestproblem samt aggressiva infall. Deltagarna har även fått hjälp med att organisera sina liv.

Affektiva sjukdomar utgör ca 15 %

Personerna i denna grupp har ofta haft en hög funktionsnivå och kan, om de kommer tillrätta med sitt missbruk och får adekvat behandling för sin psykiska sjukdom, ofta leva ett självständigt liv utan insatser från samhällen.

Neuropsykiatriska störningar utgör ca 10 %

I arbetet med denna grupp är det viktigt att ha ett habiliteringstänkande som tar hänsyn till deras handikapp. Ofta måste deras närmiljö och stödinsatser ordnas så att de får hjälp att upprätthålla strukturen i sin vardag.

Missbruksdiagnos

Den missbruksdiagnos som är vanligast är blandberoende, ca 80 %, men den drog som dominerar är alkohol. De övriga 20 % har ett narkotikaberoende.

Missbruksbilden, om man jämför den med mer välstrukturerade missbrukare, ser den ofta annorlunda ut. Mängden och omfattningen är ofta mindre men konsekvenserna större. Små mängder alkohol kan orsaka stora psykotiska genombrott.

Socialsituation:

- De flesta omkring 90 % är ensamstående.
- Cirka 40 % är föräldrar men endast ett fåtal har levt och/eller lever med sina barn.
- Drygt 20 % har boendestöd av varierande omfattning, de övriga bor i egna lägenheter.
- Ungefär 40 % har hjälp med att sköta sin ekonomi genom: förmedlingsmedel, godman eller förvaltare.

Försörjning:

- Drygt 10 % har sin försörjning via arbete/ studier
- Mindre än 5 % har sin försörjning via socialtjänsten.
- Övriga uppbär ersättning från försäkringskassan.

Kriminalitet

- Ekonomiska brott, snatterier, stölder och narkotikabrott.
Dessa brott är oftast kopplade till missbruk och vår upplevelse är att de minskar/upphör efter en tid i behandling.
- Mordbrand, olaga hot etc.
Denna typ av kriminalitet har ofta begåtts i samband med försämringar i sjukdomen.

Fysisk hälsa:

- 30 % har fysiska problem och dessa utgörs främst av; hjärt- och kärlsjukdomar, reumatologiska sjukdomar, ämnesomsättningsrubbningar och diabetes.
- Nästan 50 % bär på en hepatit.

Mortalitet

Nästa 20 % av deltagarna har avlidit sedan 1995. Medelåldern vid dödstillfället var 50 år. Dödsorsaken var främst somatiska komplikationer till följd av missbruk. Olyckor och överdoser är den andra stora gruppen. 25 % av dödsfallen har varit suicid.

Målgruppens stora överdödlighet är känd genom den forskning som finns. För oss som team utgör det en belastning då varje person som avlider innebär en förlust.

Behandlingsresultat*

Vid professor Agneta Öjehagen 5 års uppföljning* fann hon att ca 50 % var fria från missbruk.

Aktuell situation.

Av de nu 46 levande bedömer vi att 50 % är fria från missbruk, vilket tyder på ett något bättre resultat än förväntat då även nya deltagare är medräknade.

Den psykiska hälsan bedömer vi är stabil för 60 % av deltagarna. Det innebär oftast att de har en medicinering som de är nöjda med och sköter på ett adekvat sätt. Vissa deltagare klarar sig helt utan mediciner.

* Professor Agneta Öjehagen ansvarade för utvärderingen av socialstyrelsens projekt. Hon gjorde sedan även en långtidsstudie. Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem - En långtidsuppföljning av Socialstyrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatrireformen
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2004/5104/2004-123-11.htm>

* Vi har inte kontaktat 4 deltagare som flyttat från orten, utan här gjorde vi vår bedömning på senast kända uppgift, vilket kan innebära felkällor.

Våra erfarenheter

De erfarenheter vi fått genom teamets samverkan är att vi har tagit lärdom av varandras fackområden samt att vi utvecklats som behandlare. Vi har fått bättre insyn i varandras organisationer och sett brister och förtjänster i organisationerna. Vi har skapat ett större kontaktnät som bättre tillgodoser deltagarnas behov.

Vi strävar efter att samverka med de verksamheter som finns runt de enskilda deltagarna som t.ex. berörda myndigheter och förvaltningar samt andra verksamheter som omfattar boende, sysselsättning, fritid, omvårdnad och behandling. Våra samarbetsinbiter har oftast lett till en positiv respons som i sin förlängning också varit positiv för deltagaren

Tyvärr krävs det ibland en omfattande arbetsinsats för att företräda deltagarnas intressen, de är inte en prioriterad grupp trots stora behov.

Boendestöd har med åren spelat en större och större roll för målgruppen. De har även tidigare haft stöd från boenden, men numera på ett medvetnare sätt. Boendehandledarna har skaffat sig mer utbildning och erfarenhet och har idag ett bättre förhållningssätt och förståelse för de med dubbel problematik.

Boendestöden jobbar med människor som har varierande förmågor och olika diagnoser och är därför ett svårt jobb som kräver både stabilitet och tålamod.

År 2003 fick handikappförvaltningen tillsammans med socialtjänsten och psykiatriska kliniken möjlighet att starta upp ett specialiserat boende för dubbeldiagnoser. Med handplockad personal kunde man nu stödja de som hade de största behoven.

Dubbeldiagnosteamet har varit med under hela uppbyggnadsprocessen och hjälpt till med utbildning och handledning

Ett sätt att utveckla vår behandlingsmetod och göra den tillgänglig för fler personer med dubbeldiagnosproblematik är att involvera fler professionella personer i den direkta behandlingen. För att det ska fungera krävs att den professionella personen vill/har möjlighet att avsätta tid för arbetet, naturligtvis med hjälp, utbildning och handledning från teamet som helhet. En sådan utveckling tror vi skulle kunna spara tid genom att vi bygger vidare på en relation som redan finns samt att det skulle leda till en bättre kunskapsöverföring mellan samverkansparterna.

Sammanfattningsvis är vi övertygade om att dubbeldiagnosteamets metod och arbetsorganisation tillsammans bildar förutsättning för ett lyckat resultat och gynnar verksamhetens deltagare.

Utbildningar/kurser externa uppdrag

Dubbeldiagnosteamets personal har genom åren deltagit i en del gemensamma utbildningar/kurser från respektive organisation där de kognitiva metoderna/förhållningssättet varit dominerande. Vi har även varit på en del konferenser som varit riktade för målgruppen. Dessa har varit viktiga för teamets utveckling samt för utveckling av kontakter med andra som arbetar specifikt för målgruppen.

Teamets arbete och utfall för deltagargruppen, har genom åren ökat intresset från andra att ta del av vårt arbete. Detta har inneburit en hel del externa uppdrag i form av föreläsningar på konferenser och behandlingshem.

Nationellt nätverk

Under projekttiden träffades personal från de tio projektorterna årligen och utbytte erfarenheter. Det anordnades även gemensamma föreläsningar. Detta var något som upplevdes väldigt positivt och ledde till att det bildades ett nationellt nätverk, svenska nätverket–dubbeldiagnoser. Skellefteå har aktivt medverkat i nätverksarbetet och varit med i styrelsen sedan starten. Det svenska nätverket har utvecklat ett samarbete med Norge och Danmark och har idag ett nordiskt nätverk.

Framtidsvisioner

- Att huvudmännen prioriterar att man skall arbeta enligt 10 punkts programmet, som nationell psykiatrisamordning och mobilisering mot narkotika utformat.
- Personalen skall få möjlighet att vidareutbilda sig.
- Utökning av personal samt nystart av flera team så att personalen kan/hinner arbeta enligt den uppbyggda metoden
- Att fortsätta utveckla samverkan mellan respektive organisationer och andra viktiga aktörer.
- Gemensam vårdplanering
- Kompetenscenter där personen utreds av sjukvård och socialtjänst, försäkringskassa m.m. och att man snabbt ska få adekvat hjälp (vårdgaranti).
- Boendeförhållandena måste förbättras, tillgång till eget boende med bra förutsättningar.
- Sysselsättning och social aktivitet/utbildning behöver förbättras/anpassas efter personens förutsättningar och mål.