

Hur kan vi hjälpas åt?

**Om samverkan och utvecklings-
arbete bland verksamheter som arbetar
med personer med komplexa vårdbehov på
grund av psykisk sjukdom och missbruk**

Slutrapport från projekt KPM, oktober 2007

Komplexa vårdbehov

Psykisk sjukdom

Missbruk



Hur kan vi hjälpas åt?

**– om samverkan och utvecklingsarbete
bland verksamheter som arbetar med
personer med komplexa vårdbehov på
grund av psykisk sjukdom och missbruk**

Slutrapport från KPM-projektet, oktober 2007

Innehåll

Inledning.....	5
Sammanfattning.....	7
1. Bakgrund	13
2. Projekt KPM	15
Uppdrag.....	15
Syfte	15
Uppgift för projektet.....	15
Definitioner.....	16
Målgrupp för projektet	17
Organisation	17
Projektgrupp.....	17
Styrgrupp	17
Referensgrupp.....	17
Avgränsningar	18
Arbetsplan	19
3. Genomförande av projektet	21
Samla kunskaper och erfarenheter från etablerade verksamheter	21
Vilka har svarat på kartläggningsfrågorna?.....	21
Vad har vi frågat efter?	22
Beskrivning av arbets- och samverkansformer	23
Utvecklingsarbete och utbildningsbehov	30
Vad möjliggör en bra samverkan?	31
Vad försvårar en bra samverkan?.....	31
Behov av stöd och utveckling inom verksamheter som i dag har ett nära samarbete mellan kommun och psykiatri	32
Kunskaps- och erfarenhetsutbyte	32
för projektgrupper	32
Inriktningar på projekten (120 projekt)	32
Projektgruppträffar.....	33
Stödja utvecklings- och kvalitetsarbete inom området.....	37
Konferenserna.....	37
Frågor om målgruppen till RAM:s medlemsmottagningar.....	38
Samordning inför nordisk kartläggning.....	39

4. Resultat	41
Erfarenheter och synpunkter från verksamheter och projekt	41
<i>Verksamheter</i>	41
<i>Projekt</i>	42
<i>Om samverkan</i>	43
Utvecklingsarbete och utbildningsbehov	44
5. Diskussion	45
Differentiering av behov och anpassning av insatser.....	46
<i>Vad vet vi om målgruppen?</i>	46
<i>Differentierade och individanpassade insatser</i>	47
Organisation och samverkan	49
<i>Förutsättningar för samverkan</i>	51
<i>Ekonomiska aspekter på samverkan</i>	52
<i>Ökat brukarinflytande</i>	52
Utvecklingsområden och utbildningsbehov	53
<i>Utvecklingsområden</i>	53
<i>Utbildningsbehov</i>	54
Hur går vi vidare?	56
Referenslista	59
Bilagor	61
Bilaga 1. Uppdragshandling för projekt KPM	62
Bilaga 2. ACT-team och case management	66
Bilaga 3. Frågeformulär ”Uppgifter och frågeställningar som underlag för intervju”	68
Bilaga 4. Sammanställning av projekt KPM:s kartläggning	74
Bilaga 5. Exempel från verksamheter	110
Bilaga 6. Kort sammanställning av projektgruppträffar i landet	121
Bilaga 7. Frågor till RAM:s medlemsmottagningar och sammanställning av svar	125
Bilaga 8. Förteckning över verksamheter.....	128

Inledning

Projekt KPM, ”Komplexa vårdbehov på grund av Psykisk sjukdom och Missbruk”, är ett nationellt projekt med uppdrag från Nationell psykiatrisamordning och Socialstyrelsen. Denna rapport syftar till att ge en översiktlig beskrivning av det arbete som projekt KPM utfört och vad vi kommit fram till under projekttiden. Projekt KPM påbörjades i november 2005 och pågår till och med oktober 2007. Arbetet har utförts i samarbete med Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser.

Under projektets gång har vi främst träffat personal inom landsting och kommuner som arbetar inom missbruks- och beroendeverksamheter och i boenden. I samband med de fem regionala konferenser som anordnats under projekttiden har vi förutom personal inom olika verksamheter även mött beslutsfattare, politiker och brukarorganisationer. Vi har inom ramen för detta uppdrag inte haft möjlighet att ha specifikt fokus på brukarna och deras upplevelser av samverkan. Vi har dock försökt ha med ett brukarperspektiv i hela processen, både genom brukarmedverkan i projektets styrgrupp och genom att invitera brukar- och anhörigföreträdare till konferenser och seminarier.

Arbetet i projektet har haft karaktären av kartläggnings- och utvecklingsarbete. Vår avsikt är att rapporten ska kunna fungera dels som återkoppling till alla som givit oss information, exempel och idéer, dels som stimulans inför det fortsatta arbetet på olika nivåer kring personer med samsjuklighet. Vi hoppas också att den ska ge en översiktlig lägesbeskrivning av de arbetsformer som finns bland verksamheter i landet samt de erfarenheter som gjorts bland projektgrupper som är engagerade i utvecklingsarbetet för målgruppen. Mycket har dock hunnit förändras enbart under de två år vi arbetat med vårt uppdrag, projekt har permanentats och verksamheter har ändrat inriktning i arbetet. En redovisning av resultat och erfarenheter från alla projektgrupper ligger inte inom ramen för KPM:s uppdrag men kommer att sammanställas av NU!-projektet inom Socialstyrelsen.

Vi vill passa på att tacka alla som på olika sätt bidragit i arbetet med vårt projektuppdrag. Styrgruppen, referensgruppen, Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser som stöttat oss under hela arbetsprocessen. Tom Leissner vid Institutionen för Socialt arbete, för synpunkter vid rapportskrivandet och Elisabeth Gustafsson som hjälpt oss med utformande av bland annat denna rapport. Främst vill vi dock tacka alla er som varit engagerade och medverkat vid kartläggningen, projektträffarna, som seminarieledare vid konferenserna och som tagit emot för besök vid era verksamheter. Tack!

Lena Molin
projektledare

Sven-Eric Alborn
projektansvarig

Marie-Louise Litzén
projektassistent

Beroendekliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Sammanfattning

Efter Socialstyrelsens utvärderingar av samverkansformer och individresultat inom ramen för psykiatireformen (1999 och 2004) har ett omfattande arbete fortsatt i landet kring utveckling av behandling, stöd och samverkansformer för personer med komplexa vårdbehov på grund av missbruk/beroende och psykisk sjukdom. Den Nationella psykiatrisamordningen har varit en viktig påskyndare av processen. Genom satsningen på projekt och genom att regelbundet återkomma i media med debattinlägg samt medverka vid konferenser i landet har man från Nationell psykiatrisamordning bidragit till att skapa ett stort och brett engagemang för arbetet med målgruppen.

För att stödja utvecklingsarbetet ytterligare initierades ett nationellt projekt gällande målgruppen ”Personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk”, projekt KPM, som administrativt är förlagt till Beroendekliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Område Östra, Göteborg. Projekt KPM påbörjades i november 2005 och pågår till och med oktober 2007. Arbetet har utförts i samarbete med Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser. (*Bilaga 1.*)

Syftet med projekt KPM var att dels få en bild av vilka kunskaper och erfarenheter som finns bland de verksamheter som arbetar med målgruppen, dels att ta del av det utvecklingsarbete som pågår i olika projekt i hela landet. Genom projekt KPM har vi samlat en bred bas av erfarenheter från olika samverkansformer. Det finns ett stort intresse och många erfarenheter att förvalta i ett fortsatt utvecklingsarbete.

Inom psykiatri, primärvård, missbruks- och beroendevård, socialtjänst och kriminalvård har det alltid funnits personer med missbruks/beroendeproblem i kombination med psykiatriska svårigheter. Genom de kontakter som projekt KPM haft med verksamheter i landet tycker vi oss ha fått en helhetsbild som visar att missbruks- och beroendevården i dag, jämfört med tidigare, tar allt bättre hand om, utreder och är mycket mer medveten om målgruppens svårigheter och behov. På samma sätt är psykiatrin generellt mer medveten om hur vanligt det är med missbruk/beroende bland psykiatriska patienter. Dock är psykiatrins roll på många håll fortfarande begränsad till akutinsatser och utredning. Långsiktiga behandlingsåtaganden i öppenvård saknas ofta. Kunskap om personer med komplexa vårdbehov på grund av missbruk och psykisk sjukdom finns tillgänglig i dag, men den är, enligt våra erfarenheter från projekt KPM, mycket ojämnt spridd. Bland de som arbetar med specialiserade vårdinsatser är kunskapsläget förhållandevis gott. Många permanenta verksamheter och projekt vittnar om en gemensam kunskapsbas och stor samsyn mellan vårdgivarna på det lokala

planet men beskriver att det finns stora brister vad gäller kunskapsnivån på en övergripande nivå inom moderorganisationerna.

För att kunna erbjuda insatser för målgruppen krävs, förutom kunskap, även resurser för att tillhandahålla ett basutbud av behandlings- och stödinsatser inom såväl landsting som kommun, vilket inte alltid är fallet i dag.

Vid KPM:s projektträffar, konferenser och inventering av permanenta verksamheter framgår att det på många håll pågår ett intensivt utvecklingsarbete med att utveckla lokalt anpassade verksamheter och vårdkedjor för målgruppen. Det finns ett stort intresse av fortsatt erfarenhetsutbyte och ett önskemål om att det stöd man nu känt från statsmakterna också ska fortsätta efter att den Nationella psykiatrisamordningens uppdrag avslutats. Behovet av långsiktighet vid uppbyggande av såväl samverkan som enskilda verksamheter betonas starkt. De personalgrupper som arbetar med samordnad verksamhet uppskattar att det tagit minst 3–4 år att få denna att fungera. Målgruppen för arbetet utgörs dessutom av personer som det kan ta lång tid att nå och att skapa en fungerande kontakt med. Stöd- och behandlingsinsatser måste kunna erbjudas över lång tid och kan inte bygga på projekt som avbryts därför att projekttiden gått ut.

Några utvecklingsområden som belysts under projektet

Samverkan

Stöd från uppdragsgivarna vad gäller mål, arbetssätt och samverkan är en förutsättning för att såväl utvecklingsarbete som ordinarie verksamheter ska fungera väl. Det måste också finnas en långsiktighet i planeringen inom dessa områden.

Förutsättningarna för att samverkan ska kunna utvecklas och vidmakthållas kan sammanfattas i följande punkter:

- Samverkan sker på alla nivåer – politiskt, administrativt och verksamhetsmässigt
- Samverkan sker inom tydliga ramar, baserad på formella beslut och upprätthållen inom formell struktur samt kopplad till ekonomiskt ansvar
- Samverkan har acceptans i de verksamheter som ska samverka

Många verksamheter påpekar att samverkansavtal på olika nivåer underlättar förutsättningarna för samverkan, men att avtal i sig inte är någon garanti för att den fungerar över tid. Någon måste ta ansvar för att följa upp att avtalen efterlevs och se till att de omprövas efter hand.

Differentierat vårdutbud

Såväl stöd- och behandlingsutbud som boenden har i allt högre grad anpassats efter individuella behov än tidigare. I dag finns det på flera håll i landet exempelvis case managers som stöd för personer med psykiska funktionshinder och missbruk samt boenden för psykiskt sjuka missbrukare. Men arbetsmodeller för anpassning av insatser på individnivå behöver spridas till alla verksamhetsområden som arbetar med målgruppen och till alla delar av landet. Utbudet av

insatser behöver även differentieras i större utsträckning, exempelvis behöver kvinnors behov av särskilda boenden bättre tillgodoses.

Utveckling av insatser för brukare med utagerande personlighetsstörningar och/eller neuropsykiatriska funktionshinder behöver sättas mer i fokus. De senaste årens utvecklingsarbete har, i första hand, rört personer med psykosjukdom och missbruk. Detta har varit av stor betydelse för en tidigare mycket eftersatt grupp. Insatser för psykosgruppen är lättare att precisera och strukturera, jämfört med insatser för personer med missbruksproblem och mer utagerande beteenden samt kaotiskt levnadssätt. Här behövs ett ökat utvecklingsarbete i framtiden.

Arbete och sysselsättning

Trots att många tidigare utredningar och rapporter lyft fram betydelsen av arbete och sysselsättning så är det fortfarande ett eftersatt område som behöver utvecklas. Många verksamheter och projekt har påpekat hur svårt det är att finna arbete/sysselsättning i området mellan aktivitetshus och vanliga arbetsmarknaden. Arbetsförmedling och försäkringskassa blir ofta kontraproduktiva gentemot varandra för den enskilde. Gemensamma utbildningar riktade till arbetsförmedling och försäkringskassa skulle kunna skapa ökad förståelse för och samsyn beträffande målgruppens behov.

Brukarinflytande

Brukar- och anhörigorganisationers inflytande över såväl vård som utvecklingsarbete behöver stärkas. Brukarmedverkan och brukarinflytande saknas på de flesta håll i landet såväl i det övergripande organisatoriska arbetet som på verksamhetsnivå. Brukare med samsjuklighet avseende psykisk sjukdom och missbruk/beroende har inte heller tillgång till någon specifik stödorganisation för just sitt problemområde.

Psykiatrins insatser för målgruppen

Psykiatrins insatser för målgruppen verkar ha förbättrats särskilt vad gäller personer med psykosproblematik. Tillgången på specialiserad beroendepsykiatri är dock fortfarande begränsad. Psykiatrin måste kunna erbjuda specialiserad beroendevård inom såväl slutenvård som öppenvård. Lika viktigt är dock att allmänpsykiatrin och psykosvården tar ett ökat ansvar för missbruksproblematik inom sina målgrupper.

Skillnad storstad och glesbygdskommun

Kortare beslutsvägar i mindre kommuner ger större möjlighet till utveckling av samarbetet mellan inblandade aktörer. Däremot har man inom mindre kommuner svårare att ta del av specialiserade resurser och att differentiera vård och stöd efter individuella behov. Om små och medelstora kommuner ska kunna tillgodose dessa behov så behöver man utöka samarbetet över kommungränserna vad gäller vård, stöd, boende och sysselsättning.

Primärvården får ofta en central roll i arbetet med målgruppen inom gles-

bygdsområden. Det kan vara stora geografiska avstånd till den psykiatriska öppenvården eller missbruks/beroendeverksamheten och ofta råder läkarbrist.

Många påpekar att verksamheter och samverkansformer måste baseras på lokala förhållanden och inte efter generella mallar, vilka ofta är storstadsbaserade.

Tillgång till psykiatriker och paramedicinska insatser

Generellt råder en omfattande brist på psykiatriker i landet, särskilt utanför storstadsområdena. Även om många verksamheter och projekt har tillgång till viss sådan kompetens, behöver psykiatikerresurser för medverkan vid såväl bedömning som behandling förstärkas radikalt.

Av de paramedicinska grupperna är socionomer väl representerade inom främst socialtjänstens, men även sjukvårdens, missbrukar- och beroendevård. Psykologer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster behöver dock, med tanke på målgruppens komplexa behov, i än större omfattning engageras i den specialiserade missbrukar- och beroendevården inom både sjukvård och socialtjänst.

I det fortsatta utvecklingsarbetet behövs:

- Ökat brukarinflytande på alla nivåer inom organisationerna
- Ytterligare differentiering av vårdutbudet
- Förbättring och utveckling av dokumentation samt utvärdering av vårdinsatser
- Återkoppling av resultat från utvärdering till verksamheterna – resultat som även ska vara tillgängliga för alla samhällsmedborgare
- Närmare koppling mellan forskning och klinisk verksamhet
- Krav på att projektansökningar ska vara förankrade i långsiktiga utvecklingsplaner
- Möjlighet att kontinuerligt söka medel för utvecklingsarbete
- Förpliktigande samverkansavtal mellan vårdgivarna
- Att samverkan ingår i uppdragsgivarnas beställningar till verksamheterna
- Obligatorisk kunskapsförmedling om målgruppen inom ramen för grundutbildningar inom alla vårdyrken
- Riktade utbildningsinsatser för chefer och politiker för att öka kompetensen om målgruppen samt om vilka insatser som behövs
- Fortsatt satsning på utbyte av erfarenhet och kunskaper kring målgruppen, inom och mellan organisationer och verksamheter
- Att länsstyrelserna görs till en aktiv part i att stötta utvecklingsarbete tillsammans med de ansvariga vårdorganisationerna
- Att lokala utvecklings/utbildningsplaner tas fram, i samverkan mellan vårdgivarna
- Fortsatta nationellt understödda samverkansutbildningar kring metoder för integrerade insatser
- Fortsatt metodutveckling

För att möjliggöra detta krävs:

- Att en långsiktig, nationell handlingsplan upprättas för utveckling inom området psykiatri och missbruk
- Att ett nationellt register uppförs över verksamheter riktade till målgruppen
- Att Socialstyrelsen har uppdraget att hålla i och kontinuerligt uppdatera registret
- Att ett nationellt och flera regionala kompetenscentra kring beroende/missbruk/psykiatri etableras i samverkan mellan universitet/högskolor kommuner, landsting och kriminalvård
- Att ett nationellt kvalitetsregister för beroendevård upprättas, gemensamt för sjukvård, socialtjänst, kriminalvård och SiS
- Stöd till klinisk forskning inom området
- Förstärkning av Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser, samt regionala nätverk.

Hur går vi vidare?

De förslag vi tagit upp bygger på erfarenheter och synpunkter vi fått från de verksamheter och projekt som deltagit i projekt KPM:s arbete. Dessa erfarenheter stämmer väl överens med de resultat som beskrivits i Socialstyrelsens femårsuppföljning samt de slutsatser och förslag som lyfts fram i Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande "Ambition och ansvar" (2006) samt i "Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling", betänkande av Utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården (2005).

Vi anser att man **på nationell nivå**, via Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, **bör ta ett tydligt ansvar** för att leda det fortsatta utvecklingsarbetet i enlighet med ovanstående förslag.

En **nationell handlingsplan** som bygger vidare på 10-punktsprogrammet från Nationell psykiatrisamordning och Mobilisering mot narkotika bör tas fram för målgruppen. Handlingsprogrammet bör utgå från rekommendationerna i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård samt tydligt visa på de olika vårdgivarnas ansvarsområden och beröra såväl vård- och behandlingsutbud som samverkansformer. Programmet bör också fokusera på frågor kring kvalitetssäkring, dokumentation och uppföljning. Detta arbete ska ske i nära samarbete med brukar- och anhörigorganisationer samt intresseorganisationer som Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser.

Vi tycker också att det är angeläget att det under det kommande året anordnas **nationella och regionala konferenser** för att följa upp pågående utvecklingsarbete.

1. Bakgrund

Under senare år har problematiken kring personer med missbruk och samtidig psykisk sjukdom uppmärksammats allt mer. En stor andel människor med psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar har även problem med missbruk/beroende, och många som definieras som missbrukare har psykiatrisk samsjuklighet. Problemet är inte på något sätt nytt. Redan i psykiatriutredningen (1995) och i Socialstyrelsens slututvärdering av psykiatrireformen (1999) framhölls att personer med svår psykisk störning med samtidigt missbruk/beroende var en av samhällets mest utsatta grupper. Socialstyrelsens femårsuppföljning (2004) visade att dödligheten för denna grupp är nästan åtta gånger högre än bland normalbefolkningen.

Trots det har såväl allmänheten som vårdgivare haft en tendens att se antingen missbruket eller de psykiatriska problemen som primära orsaker till individens svårigheter och försökt hitta lösningar på problemen separerade från varandra. I dag vet vi att problemen oftast måste behandlas samtidigt och att man inte enkelt kan avgöra ”vad som är hönan och vad som är ägget”. Detta är knappast heller av betydelse för att påbörja stöd- och behandlingsinsatser. Personer med missbruk/beroende och psykiatrisk samsjuklighet är dessutom, som alla andra människor, individuellt mycket olika. Personliga förhållanden samt typ och grad av funktionshinder, psykiatrisk problematik och missbruk/beroende, ställer olika krav på insatser. Kunskap om behovet av differentierade, anpassade och samordnade insatser finns sedan länge. Däremot uppstår ofta problem kring samverkan och samordning mellan olika myndigheter och vårdgivare, när det gäller bedömning, behandlings- och stödinsatser. Resurser att utföra insatserna finns inte heller alltid i tillräcklig omfattning.

I Socialstyrelsens femårsuppföljning sägs att ”Samtidig och samordnad behandling samt stöd till personer som har både missbruksproblem och psykiatriska tillstånd borde vara en självklarhet i dag”. En bidragande orsak till att så ofta inte är fallet är de olika huvudmännens uppdelade ansvar. Kommunerna ansvarar för missbrukarvården, primärvården för att ge medicinsk service och psykiatris ansvar är att erbjuda avgiftning och fortsatt behandling för den psykiska sjukdomen. Psykiatri är ibland uppdelad i beroendevård, allmänpsykiatri och psykosvård. Insatserna inom kommunerna hamnar lätt i glappet mellan de olika verksamheterna för Individ- och familjeomsorg eller Funktionshinder/Handikappförvaltning.

Psykiatrireformens femårsuppföljning ger också stöd för att en organisatoriskt förankrad samverkan kan underlätta arbetet med personer som har både missbruksproblem och psykiatrisk problematik. Genom långvariga stöd- och behandlingsinsatser av ett professionellt nätverk hade den psykiska hälsan och

livskvaliteten förbättrats hos de personer som fanns vid verksamheter som fortfarande efter fem år hade samma organiserade samverkan som under projekt-tiden, jämfört med personer som inte haft tillgång till motsvarande insatser.

Både i samhället i stort, inom brukar- och anhörigorganisationer, hos vårdgi-vare och anställda inom olika vårdorganisationer finns i dag en medvetenhet om dessa frågor i betydligt högre omfattning än tidigare. De senaste åren har det tagits en rad initiativ för att förbättra situationen. Några exempel på detta är:

- Regeringens satsning på en **nationell psykiatrisamordnare**
- Regeringens **satsning på psykiatri och socialtjänst** med 400 miljoner kronor 2005 och 100 miljoner kronor 2006 till kommuner och landsting avseende personer med psykiska funktionshinder i stort och även målgruppen med samtidig missbruksproblematik. Medlen fördelades av länsstyrelserna.
- **Utvecklingsarbete i case managementmetodik**² som bedrivs av Sveriges Kom-muner och Landsting i tre län och som beviljats särskilda utvecklingsmedel. Nästan 100 kommuner och 15 landsting anmälde sitt intresse för att delta i detta metodutvecklingsarbete.
- **Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser (SN-DD)** bildades 2002 som ett na-tionellt intressenätverk med fokus på frågor kring missbruk och psykiatrisk samsjuklighet med representanter från bland annat kommuner, landsting, SiS-institutioner,¹ forskare med flera. Syftet med nätverket är att få till stånd en utveckling i arbetet med målgruppen. Nätverket har etablerat samverkan med motsvarande nätverk i övriga nordiska länder.
- **10-punktsprogrammet *Missbruk och samtidig psykisk sjukdom*** togs fram av Nationell psykiatrisamordning tillsammans med Mobilisering mot Narko-tika i juni 2005. Programmets syfte är att slå fast grundförutsättningarna för att personer med både missbruk och psykisk sjukdom ska kunna få ett bättre bemötande.
- Socialstyrelsens **Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård** som hade som särskild uppgift att beakta personer med samsjuklighet missbruk, beroende och psykiska sjukdomar. Arbetet inleddes 2002 och i januari 2007 presenterade Socialstyrelsen de Nationella riktlinjerna för missbruks- och be-roendevård som innehåller tydligt utfärdade riktlinjer för denna grupp, fram-för allt vad gäller bedömning och samverkan mellan psykiatri, beroendevård och socialtjänst.
- **Institutet för metodutveckling i socialt arbete, IMS**, Socialstyrelsen, presente-rade i februari 2007 en genomgång av systematiska översikter av effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni, andra psykoser och bipolär sjukdom. Inom ramen för denna genomgång har personer med samtidigt miss-bruk/beroende uppmärksamats. (*Socialstyrelsen nr 2006-110-37*)
- **Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning (CEPI)**. Detta är stationerat vid Lunds universitet och kommer också att inkludera insatser för personer med samsjuklighet av miss-bruk/beroende. (www.cepi.nu)

¹ SiS: Statens Institutionsstyrelse

² Case management – för mer information om case management se bilaga 2

2. Projekt KPM

Uppdrag

Nationell psykiatrisamordning gav i november 2005 Beroendekliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Område Östra, i uppdrag att i nära samarbete med Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser utföra och administrera ett nationellt projekt. Projektet skulle stödja och inhämta information kring utvecklingen i landet vad gäller arbetet med personer med ”Komplexa vårdbehov på grund av missbruk och samtidig psykisk sjukdom”. Projektet skulle också följa Socialstyrelsens arbete med utformandet av nationella riktlinjer. (*Se bilaga 1.*)

Syfte

- Samla kunskaper och erfarenheter kring arbete med målgruppen runtom i Sverige
- Stödja verksamheter som i dag arbetar i nära samarbete mellan kommun och psykiatri
- Stödja verksamheter som har för avsikt att starta arbete kring målgruppen
- Stödja utvecklings- och kvalitetsarbete inom området

Projektets syfte var således att stödja det pågående utvecklingsarbetet för att få till stånd ett förändrat arbetsätt med nära samarbete mellan de olika huvudmännen. Intentionen var också att försöka påverka förutsättningarna för att utvecklingsarbetet ska fortsätta även efter att den nationella psykiatrisamordningen och olika utvecklingsprojekt har avslutats. Ett utvecklingsarbete som på sikt, förhoppningsvis, resulterar i att personer med komplexa vårdbehov på grund av missbruk och psykisk sjukdom får adekvat vård, stöd och behandling, samt att alla landsting och kommuner i Sverige kan erbjuda verksamheter som möter behoven hos vuxna med missbruk och samtidig psykisk sjukdom.

Uppgift för projektet

- **Kartlägga** vilka landsting och kommuner som i dag bedriver riktad verksamhet/nära samarbete till målgruppen, vilka olika enheter som samverkar, vilka metoder de använder, vilken delmålgrupp de riktar sig till, hur många patienter/klienter de arbetar med, om resultatuppföljning finns, med mera
- **Kartlägga** vilka landsting och kommuner som håller på att starta eller har för avsikt att starta verksamheter/samverkan

- **Sprida kunskap** om verksamma metoder till dem som avser att starta ett nära samarbete kring målgruppen och även till befintliga team/verksamheter som så önskar
- **Planera seminarier och initiera nätverk**
- **Planera och genomföra utbildningsåtgärder**

Definitioner

Samsjuklighet – dubbeldiagnos

Begreppet dubbeldiagnos har oftast använts för att beteckna samsjuklighet framför allt mellan missbruk och psykisk sjukdom men skulle också kunna avse somatisk sjukdom. Målgruppen har benämnts på olika sätt i utredningar och rapporter. I psykiatriutredningen benämndes den ”Personer med svår psykisk störning och samtidigt missbruk”. Stockholms läns landsting har i sitt programarbete använt ”personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk störning och missbruk”. Dock är begreppet samsjuklighet mellan till exempel psykisk sjukdom och alkoholberoende numera en etablerad term och motsvarar engelskans *comorbidity*. Samsjuklighet är det begrepp som används i Nationella riktlinjerna (2007)

Målgruppen är inte homogen och alla som har samsjuklighet – dubbeldiagnoser har inte heller psykiska funktionshinder i en sådan omfattning att det leder till komplexa vårdbehov.

Uppdraget för projekt KPM är avgränsat till att gälla personer med *komplexa vårdbehov* och med det avses vårdbehov som uppstår till följd av långvariga eller periodvis återkommande funktionsnedsättningar på grund av samtidig psykisk sjukdom och missbruk.

Med *psykisk sjukdom* avses alla typer av psykiska sjukdomar och störning enligt DSM IV³ och ICD 10⁴, som till exempel

- Psykoser
- Affektiva syndrom
- Personlighetsstörningar
- Ångesttillstånd
- Autismspektrumstörning
- Neuropsykiatriska störningar
- Psykisk störning på grund av organisk hjärnskada

Med *missbruk* avses missbruk/skadligt bruk liksom beroende enligt definitioner i DSM IV och ICD 10.

³ DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

⁴ ICD 10: International Classification of Diseases – både 1 och 2 är internationella diagnosystem

Målgrupp för projekt KPM

Permanent verksamheter inom offentlig vård som arbetar med personer som har komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk samt de projekt som deltar i det utvecklingsarbete för målgruppen som initierats av Nationell psykiatrisamordning. I rapporten använder vi ordet brukare som gemensam benämning av klienter/patienter för att underlätta vid läsningen.

Organisation

Projektgrupp

Projektansvarig: Sven-Eric Alborn, psykolog, biträdande verksamhetschef vid Beroendekliniken, SU/ÖS, Göteborg

Projektledare: Lena Molin, socionom, Beroendekliniken SU/ÖS, Göteborg. Har från och med november 2005 till februari 2006 arbetat 80 procent, därefter 100 procent med operativt genomförandet av projektet

Projektassistent: Marie-Louise Litzén, sjuksköterska och kvalitetssamordnare, Beroendekliniken SU/ÖS, Göteborg. Har från december 2006 till och med augusti 2007 arbetat 60 procent i projektet

Styrgrupp

Ing-Marie Wieselgren, Nationell psykiatrisamordning (t.o.m. november 2006)

Ann Tjernberg, Nationell psykiatrisamordning (t.o.m. november 2006)

Claes-Göran Stefansson, Socialstyrelsen (fr.o.m. november 2006)

Åsa Magnusson, Mobilisering mot narkotika

Lars Fredriksson, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Alf Håkansson, Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser (SN-DD)

Lena Larsson, Föräldraföreningen mot narkotika (FMN)

Gert Andersson, Riksförbundet Attention

Eva Edin, Svensk förening för beroendemedicin

Agneta Öjehagen, Lunds universitet

I styrgruppen ingår även projektgruppen för projekt KPM, med Sven-Eric Alborn som styrguppens ordförande.

Referensgrupp

Irene Böhm, Svenska Narkomanvårdsförbundet (SNVF)

Birgit Lund, gruppchef vid ett boende för personer med missbruk och psykiatrisk problematik, Sociala resursförvaltningen, Göteborgs Stad

Birgitta Ravens, Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser (SN-DD)

Tommy Tilleby, Riksföreningen för alkoholmottagningar (RAM)

När projektet påbörjades var tanken att en arbetsgrupp skulle skapas och finnas geografiskt nära projektledningen i Göteborg. De personer som blev tillfrågade

hade dock inte möjlighet att medverka annat än vid enstaka mötestillfällen per år, varför vi valde att i stället arbeta med dessa personer som en referensgrupp. Gruppens representanter har olika yrkesbakgrund och kommer från verksamheter inom både landsting och kommun. Tre av personerna är representanter för de rikstäckande föreningar som riktar sig till verksamheter som arbetar med personer som har missbruks- och beroendeproblematik. Sammansättningen av gruppen gjordes utifrån behovet av kontaktlänkar mellan projekt KPM och medlemmarna inom respektive intressenätverk för att sprida information om projekt KPM samt få kontakt med verksamheter runt om i landet. Referensgruppen hade också som syfte att medverka i diskussioner och vara ett stöd för projektledaren i det fortlöpande arbetet inom projektet.

Avgränsningar

Projektet har riktat sig till offentliga verksamheter inom kommuner och landsting i hela landet. Vi har sökt verksamheter som arbetar med vård och behandling, boende och sysselsättning och som är riktade till målgrupper med samsjuklighet avseende psykisk sjukdom och missbruk. Det har inte varit möjligt att göra en heltäckande inventering av vilka verksamheter som finns i hela landet. Det finns således verksamheter som arbetar med målgruppen som vi inte fått kännedom om eller haft möjlighet att kontakta.

Vid kartläggningen av vilka samverkansformer och arbetsmetoder som finns i landet har vi i huvudsak valt permanenta verksamheter. Genom en sådan avvägning tror vi att vi får en tydligare och mer fördjupad bild av kunskapsläget i landet eftersom etablerade verksamheter har längre tids erfarenheter bakom sig. Ambitionen initialt var att kartläggningen även skulle omfatta så många projekt som möjligt, men det har inte varit praktiskt genomförbart. Vi har gjort undantag för några projekt där det redan under projekttiden var beslutat att de skulle permanentas efter projekttidernas slut. Resultat och erfarenheter från samtliga projekt följs upp inom NU!-projektet, Socialstyrelsen.

I samband med rapportskrivningen har ny kontakt tagits med några av de öppenvårdsverksamheter som deltagit i kartläggningen. Det har då visat sig att vissa förändringar har genomförts sedan kartläggningsintervjun gjordes. Förändringarna gäller såväl samverkansformer som avtal om samordnad verksamhet mellan olika huvudmän. Vi har inte ändrat informationen i den ursprungliga kartläggningen utan konstaterar att en kartläggning endast ger en ögonblicksbild av en föränderlig verklighet.

Avgränsningar och begränsningar av uppdraget har gjorts med anledning av att det under stora delar av projekttiden endast funnits en operativt arbetande person i projektet. Alla avgränsningar har gjorts efter diskussion och beslut i styrgruppen.

Arbetsplan

Inledningsvis arbetade projektledningen med att skapa en struktur för projektets genomförande. Arbetsplanen omfattade att:

- i samarbete med Nationell psykiatrisamordning tillskapa en styrgrupp
- tillskapa en referensgrupp
- inleda ett samarbete med Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser
- sprida information om projekt KPM och dess uppdrag
- söka kontaktvägar för att få kunskap om vilka verksamheter som skulle kunna vara aktuella vid en inventering
- utforma ett frågeformulär i enkätform för kartläggning av permanenta verksamheter
- söka information om vilka pågående Milton-projekt riktade till målgruppen psykiskt sjuka med missbruk som fanns i landet
- genomföra nätverksträffar med pågående projekt som hade inriktning mot komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk
- besöka verksamheter med anledning av projektets kartläggning
- planera och genomföra seminarier och konferenser
- skriva en rapport om projektuppdraget och dess genomförande

3. Genomförande av projektet

Samla kunskaper och erfarenheter från etablerade verksamheter

Många verksamheter inom landets kommuner och landsting arbetar med insatser riktade till personer som har komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk inom många olika verksamheter. Det har dock inte kunnat gå att få en överblick över vilka verksamheter som finns runt om i landet då det saknas sådana förteckningar.

I samband med kartläggningen inom ramen för KPM:s uppdrag har vi påbörjat en förteckning över verksamheter och bifogar den till rapporten (*bilaga 8*). Förteckningen kommer att finnas tillgänglig för uppdatering via Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser (www.sn-dd.se) i samarbete med Socialstyrelsen.

På ett tidigt stadium av projektarbetet kom styrgruppen överens om att inte gå ut med en bred enkätförfrågan till verksamheter inom kommuner och landsting. Utbudet av enkäter var vid den tiden stort, bland annat beroende på att många projekt i landet påbörjat sitt arbete med en inledande kartläggning. Vi beslutade att genomföra kartläggningen i intervjuform med de verksamheter vi kom i kontakt med efterhand och att vi inför den intervjun skulle skicka ett formulär med de frågor som skulle ställas.

Syftet med kartläggningen har varit att få en översikt av och en uppfattning om vilka arbets- och samverkansformer som finns bland de verksamheter vi fått kontakt med. Även om vi inte nått alla verksamheter som finns i landet så tror vi att vi fångat ett spektrum av samverkan, dess organisation och innehåll, som är någorlunda representativt för hur det ser ut inom området i Sverige i dag.

Vilka har svarat på kartlägningsfrågorna?

Kartlägningsarbetet inleddes med att på olika sätt söka efter verksamheter som skulle kunna vara aktuella utifrån projektuppdraget. Projektledaren sökte efter verksamheter genom:

- kontaktpersoner från kommun och landsting, som tillsatts av Nationell psykiatrisamordning för att samordna Milton-projekten i sina respektive län
- kontaktpersoner i psykiatrifrågor inom Sveriges Kommuner och Landsting
- regionombuden inom RAM (Riksföreningen för alkoholtvättning), SNVF (Svenska narkomanvårdsförbundet) och Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser

- att jämföra RAM:s medlemsförteckning med en förteckning som upprättats av Socialstyrelsen vid en inventering av vilka verksamheter som har personer med dubbeldiagnoser i behandling
- kontinuerliga förfrågningar vid möten med verksamheter och vid projektgruppträffar

Vi fann 70 verksamheter att intervjua beträffande arbetsmetoder och samverkansformer. Vi visste inte alltid på förhand om de arbetade specifikt riktat till målgruppen och i några fall visade det sig att de inte gjorde det.

Projektledaren besökte från och med mars 2006 till och med juni 2007 verksamheter (36 st) i landet; öppenvårdsverksamheter, boenden, ett behandlingshem och en sysselsättningsverksamhet. Övriga verksamheter som ingår i kartläggningen har projektledaren kommit i kontakt med vid projektgruppträffar eller endast via telefon.

Som grund för kartläggningen fanns ett antal frågeställningar som formulerats utifrån projektets uppdrag. Dessa frågeställningar har i samarbete med styrgrupp och referensgrupp strukturerats till ett antal frågor i ett formulär "Uppgifter och frågeställningar som underlag för intervju". (*Bilaga 3*)

Vi har genom kartläggningen fått ett underlag med 82 ifyllda formulär med svar från verksamheter och projekt. I den fortsatta diskussionen och redovisningen utgår vi från svaren i 64 av formulären. Vi har valt att avgränsa redovisningen av kartläggningen till att omfatta permanenta verksamheter, med undantag för tre projekt där det varit beslutat att de skulle permanentas efter projekttidens slut. Vi har också uteslutit svarsformulär från några få slutenvårdsavdelningar inom Beroendekliniken, Göteborg, då vi inte varit konsekventa i att uppsöka slutenvårdsenheter vid andra orter.

De 64 verksamheter som ingår i kartläggningen är

- Boendeverksamheter 18 st
- Öppenvård med uppsökande verksamhet 13 st
- Öppenvårdsverksamheter 22 st
- Rättspsykiatrisk öppenvård 3 st
- Behandlingshem 2 st
- Remiss/konsultationsteam 2 st
- Unga vuxna 3 st
- Sysselsättning 1 st

Vad har vi frågat efter?

Frågeformuläret (*bilaga 3*) innehöll frågor om:

- Organisationstillhörighet
- Vårdform
- Målgrupp
- Mål med verksamheten
- Personalsammansättning och storlek på personalgrupp
- Hur många brukare som finns i verksamheten under ett år

- Huvudsakligt missbruk
- Kontaktvägar till verksamheten
- Hur man gör en kartläggning och bedömning och vilka som deltar i den
- Former för samverkan vid kartläggning
- Vilka insatser som ges vid enheten och vilka som sker genom samverkan
- Speciell metodik
- Former för samverkan vad gäller samordning av insatser
- Handledning, uppföljning och utvärdering
- Utbildnings- och utvecklingsbehov

Förutom frågorna i formuläret har vi har också vid de flesta intervjuerna ställt frågan:

- Vad möjliggör en bra samverkan?
- Vad försvårar en bra samverkan?

Beskrivning av arbets- och samverkansformer

Resultat av kartlägningsarbetet

Vi väljer att sammanfatta några av de frågeområden vi haft med i kartläggningen och gör det för de tre största grupperna: boenden, öppenvård samt öppenvård med uppsökande verksamhet. För mer utförlig beskrivning av resultaten i kartläggningen hänvisas till *bilaga 4*.

Efter varje sammanfattning har vi valt att kortfattat beskriva en eller två verksamheter ur varje grupp samt skriva några reflektioner för att lyfta fram variationen av arbetsmodeller. En mer utförlig beskrivning av dessa verksamheter samt ytterligare fyra finns i *bilaga 5*.

• Boendeverksamheter (18 st)

Organisationsform

Av boendena drivs 15 i kommunal regi och tre som samordnade verksamheter mellan kommun och landsting. Tolv av boendena har startats efter 2003 vilket innebär att de kan antas fortfarande vara i ett uppbyggnadsskede.

Personalen i boendeverksamheterna består av arbetsgrupper mellan fem och 14 personer. De flesta har behandlingsassistent eller boendestödjare som tjänstebeteckning och variationen är stor vad gäller yrkesbakgrund för dessa. Antal platser i boendena varierar mellan fem och 38 platser, vanligast är 8–10 platser.

Målgrupp

Av de 18 boendena har 17 både män och kvinnor som målgrupp. Ett boende vänder sig till enbart män, medan det inte finns något som är specialiserat för kvinnor. Tolv boenden vänder sig främst till personer med psykosrelaterad

problematik. Målgruppen har komplexa vårdbehov och då syftet med boendet bland annat är att skapa en stabil boendesituation leder det till att omsättningen av brukare inte är stor. Beroendediagnos är vanligast förekommande och blandmissbruk av alkohol, amfetamin och hasch dominerar. (Se *diagram 1, sid 103.*)

Insatser och samverkan

Tyngdpunkten i arbetet ligger främst på att få ett fungerande boende samt en stabil och värdig livssituation. Arbetsmetodiken utgår i flera av verksamheterna från en humanistisk grundsyn och ”New Hampshire-modellen”⁵ i kombination med ett pedagogiskt och miljöterapeutiskt arbetssätt med kognitiva och motivationsskapande inslag. Flera av boendena har ett nära och väl fungerande samarbete med de öppenvårdsverksamheter som vänder sig till brukare med psykos eller psykosnära problematik. (Se *diagram 5, sid 105, och diagram 8, sid 108.*)

Samverkan med vårdgrannar fungerar bra när det finns fasta rutiner för möten, tydliga direktiv och tydlig ansvarsfördelning. Verksamheten beskriver att samverkan fört med sig en ökad kvalitet på insatserna utifrån den helhetsbild som växt fram när flera vårdgivare medverkat vid planeringen. Samverkan har också fört med sig att man i högre utsträckning än tidigare arbetar mot samma mål.

En generellt förbättrad samverkan med både socialtjänst och psykiatri efterlyses dock bland flera av boendena. Överföring av information om nya brukare behöver förbättras liksom rutiner för att göra en gemensam vårdplanering tillsammans med behandlare och handläggare. Brist på resurser för så kallade sviktplatser och avgiftning inom slutenvården försvårar också samverkan.

Bland boendeverksamheterna uttrycker de flesta att de har svårt att arbeta med och samverka runt brukare med utagerande personlighetsstörningar. Många av verksamheterna tar därför inte emot brukare med utagerande beteende då det ofta leder till otrygghet och oro för de personer i boendet som har psykosrelaterad problematik. Brukare med neuropsykiatrisk problematik beskrivs av flera verksamheter som svåra att arbeta med då man saknar kompetens.

Exempel på arbetsmodeller i två boenden

I Malmö finns två boenden, Stödhuset och Strandgatans boende, som vänder sig till målgruppen med psykiatrisk problematik och missbruk och som har en annan utgångspunkt i arbetet jämfört med de andra boendeverksamheterna i kartläggningen.

Stödhuset startade 2003 i projektform och är sedan 1 januari 2006 en permanent verksamhet i kommunal regi. Verksamheten har tio platser och vänder sig till hemlösa med missbruk och psykisk sjukdom som inte klarat att bo i andra boendeformer som prövats. Boendet beviljas som bistånd enligt SoL.⁶

Stödhuset har 11 anställda, inklusive föreståndaren, och är bemannat dygnet runt. Målsättningen med verksamheten är att bidra till att individerna får den hjälp de behöver ur medicinskt, socialt och psykologiskt perspektiv samt att skapa en trygghet i

⁵ ”New Hampshire-modellen” – utgår från den struktur för integrerad behandling utifrån ett helhetsperspektiv som utarbetats av Mueser m. fl. (2003).

⁶ Socialtjänstlag 2001:453

ett boende. Tanken är att på sikt kunna hjälpa individerna till annan form av boende. Största delen av de boende har psykosjukdom/schizofreni. De flesta av de boende har ett beroende av amfetamin som är den vanligast förekommande drogen. Stödhuset har ett nära samarbete med DD-mottagningen inom Beroendecentrum, Universitetssjukhuset MAS, som finns i lokaler på samma våningsplan. DD-mottagningen riktar sig till personer med missbruk och psykosproblematik. På Stödhuset inriktar man sig på en mycket hög grad av anpassning till de boende. Det innebär att man har en stor tolerans för droganvändande för att det i sig inte ska bli ett skäl för utskrivning från boendet. Det är inte tillåtet att droga inne i boendet men man kan med personalens vetskap gå ut och droga sig och komma tillbaka påverkad. Hot och våld tolereras inte. Personalen arbetar med "New Hampshire-modellen" som utgångspunkt och tillämpar ett icke-konfrontativt förhållningssätt.

Strandgatans boende, Limhamn, med åtta platser, har funnits sedan 1998 och drivs i kommunal regi med ett lokalt samverkansavtal avseende läkarstöd inom område psykiatri (med INM, Integrerad Närsjukvård i Malmö).

Målgruppen är män med psykiska funktionshinder, främst psykosjukdomar, i kombination med missbruk. Blandmissbruk av alkohol, hasch och amfetamin är vanligast förekommande.

Strandgatans boende har sju anställda varav två arbetar natt samt 50 procent arbetsledare. Målet med verksamheten är att arbeta enligt LSS⁷ intentioner, bistå med att skapa en stabil livssituation och ekonomi och att hjälpa till i kontakterna med berörda myndigheter.

Verksamheten betonar brukarens möjligheter till inflytande över sin vardag och den boendes rätt till integritet i sin bostad. Det innefattar även rättigheten att använda droger inne i sin bostad så länge som övriga regler för boendet inte åsidosätts. Kravet på personalen är mycket stort vad gäller respekt för den enskildes integritet och att arbeta utifrån ett icke-konfrontativt förhållningssätt. Samtidigt försöker man ha en lyhördhet och beredskap för att skapa motivation till förändring vad gäller droganvändande hos de boende.

Reflektioner:

Vid Stödhuset och Strandgatans boende arbetar personalen med en hög grad av tolerans för den problematik som de boende har och på de sätt det kommer till uttryck. Man utgår från att det är en förutsättning för att skapa hopp om och motivation till förändring. Det innebär att det i dessa boenden finns en acceptans för att brukaren har rätt att vara i sin bostad även om han/hon är påverkad.

Detta förhållnings- och arbetssätt skiljer sig från det som de flesta andra boenden arbetar utifrån och är intressant då det visar på att man kan bestämma sig för olika utgångspunkter i arbetet även vad gäller krav på drogfrihet eller ej. Att ha en hög tolerans, som i dessa exempel, behöver inte innebära att man avstår från att möjliggöra förändring, men det blir med en annan utgångspunkt och ställer andra krav på personalen som ska hantera det. Krav på drogfrihet eller tolerans för drogpåverkan leder till olika former av frustration för och krav på dem som arbetar i boendet.

⁷ LSS – Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, 1993:387

• Öppenvård med uppsökande verksamhet (13 st)

Med uppsökande verksamhet avses att man söker upp de brukare som efter remiss från vårdgrannar identifierats vara i behov av insatserna vid verksamheten. Syftet är att försöka skapa kontakt och påbörja en behandlingsrelation. Personal söker kontakt med brukaren där han/hon befinner sig; i den egna bostaden, på institution eller på någon annan mötesplats utifrån brukarens önskemål.

Organisationsform

Av de 13 verksamheterna är 12 samordnade i den bemärkelsen att verksamheten bygger på avtal mellan två huvudmän – kommunen och landstingets psykiatri. Avtalen ser olika ut avseende ekonomi, antal tjänster och hur det ska regleras. Utgångspunkten för samordnad verksamhet är att möjliggöra samtidiga insatser avseende missbruk och psykisk sjukdom.

En av verksamheterna består av endast en person som är anställd med en 50-procents tjänst från respektive huvudman. Tolv av verksamheterna är permanenta, och den som vid intervju tillfället existerade som projekt är planerad att permanentas.

Av de 13 verksamheterna som finns med i kartläggningen har sju startat sin verksamhet mellan 1995 och 1999, det vill säga åren efter psykiatrireformens genomförande. Resterande sex har startats efter 2000, och av dessa har fyra tillkommit efter 2004.

Antalet anställda vid verksamheterna varierar mellan en och tio personer.

Målgrupp

De flesta av verksamheterna har avgränsat sig mot en speciell målgrupp omfattande personer med psykos, schizofreni, bipolär sjukdom samt ytterligare några diagnoser. Det rör sig dock huvudsakligen om personer med mer undrande beteende, ingen av verksamheterna riktar sig specifikt till personer med utagerande personlighetsstörningar. Majoriteten av brukarna har en beroendediagnos och det huvudsakliga missbruket/beroendet är blandmissbruk (sju av 13 verksamheter). (Se *diagram 1, sid 103.*)

Insatser och samverkan

Verksamheterna har ett strukturerat innehåll i de stöd- och behandlingsinsatser som de erbjuder. De arbetar också med en hög grad av flexibilitet, till exempel vad gäller att initialt söka upp brukarna för att skapa kontakt och försöka motivera till behandling. (Se *diagram 6, sid 106.*)

Arbetet baseras till största delen på kognitiva behandlingsinsatser, motive- rande förhållningssätt utifrån MI (motiverande intervju) och återfallsprevention. Insatserna kombineras med farmakologisk behandling och pedagogiskt arbete. Många av verksamheterna beskriver att man har ”New Hampshire-modellen” eller en psykodynamisk förståelsegrund som utgångspunkt i arbetet. (Se *diagram 8, sid 108.*)

Verksamheterna har oftast arbetat upp en väl fungerande samverkan inom

sina enheter och med andra vårdgivare. De uttrycker att det fungerar bra när man skapat en tydlig struktur för hur samverkan ska gå till. En upparbetad samverkan mellan olika professioner och huvudmän leder till en kunskapsutveckling för alla parter, vilket upplevs som positivt.

När samverkan inte fungerar beror det ofta på dålig kommunikation, rutiner som inte följs, tidspress och resursbrist främst vad gäller läkarmedverkan och behandlingsinsatser från psykiatrin. Det kan också gälla svårigheter att finna lösningar för brukargrupper som hamnar i gränzonen mellan olika tvångslagstiftningar, LVM⁸ och LPT⁹.

Grupper med mer utagerande beteende med olika diagnoser av personlighetstörningar beskrivs av de flesta verksamheterna som en målgrupp man har svårt att erbjuda insatser till, utifrån den inriktning och den struktur man har inom verksamheterna. De brukare som man också beskriver svårigheter att samverka runt och att erbjuda insatser för, är personer med neuropsykiatrisk problematik.

Exempel på arbetsmodell inom öppenvård med uppsökande verksamhet

DD-gruppen i Tyresö består av representanter från kommunens Missbruksenhet, Tyresömottagningen (Beroendecentrum i Stockholm) och Tyresö Psykiatriska öppenvårdsmottagning. DD-gruppen bedriver en nära samverkan kring målgruppen som en integrerad del i det reguljära arbetet inom respektive huvudorganisation. Samverkan regleras genom ett flertal avtal på olika organisatoriska nivåer, centralt och lokalt, mellan kommun och landsting, men DD-gruppen är inte samlokaliserad eller samorganiserad.

Samverkan består av fyra delar:

- konsultation
- övergripande organisationsmöte, så kallat DD-möte, en gång per månad
- mininätverk kring brukare
- gemensam handledning en gång per månad

När man inom respektive enhet identifierar att det finns en person med komplex problematik initieras en plan för samverkan på DD-mötet. Ett mininätverk skapas där det alltid ingår en representant från psykiatrin samt en från kommunens missbruksenhet. Inom mininätverket arbetar man tillsammans med att söka upp brukaren för att skapa kontakt och för att få en arbetsallians. Tillsammans med brukaren görs därefter en vårdplan. Behandlingsarbetet är långsiktigt och bygger på individuella lösningar. Genom att brukarna får tillgång till alla tre verksamheterna kan man använda olika behandlingsinsatser allt eftersom behoven förändras.

Det övergripande månatliga DD-mötet syftar till att bilda nya mininätverk, förmedla aktuell information, diskutera generella övergripande frågor och ta upp situationer som behöver redas ut till diskussion.

⁸ LVM – Lag om vård av missbrukare i vissa fall

⁹ LPT – Lag om psykiatrisk tvångsvård

Reflektioner:

Det finns många sätt att organisera arbetet för personer med psykiatrisk problematik i kombination med missbruk. Att som i Tyresö utgå från ordinarie verksamheter och utse personer som kan organisera insatserna runt de personer som har komplexa vårdbehov är ett sätt som inte blir lika resurskrävande som att starta nya team eller verksamheter. Genom att skapa strukturer dels runt brukarna, det vill säga på individnivå, dels på den organisatoriska nivån, skapas bra förutsättningar för att bedriva behandlingsarbete för personer med komplex problematik. Det leder också till möjlig utveckling och lärande inom de organisationer som finns inblandade.

• Öppenvårdsverksamheter (22 st)

Kommentar angående urval av verksamheter:

Det finns en överrepresentation av verksamheter från Beroendekliniken, Göteborg (sju av 22) vilket har sin förklaring i att projektgruppen känner till dessa verksamheter. Som nämnts i inledningen av detta avsnitt har vi endast kunnat göra en kartläggning av de verksamheter vi fått kunskap om genom olika sökvägar.

Organisationsform

Bland öppenvårdsverksamheterna finns en större spridning vad gäller organisationsform, storlek på verksamheten och behandlingsutbud än hos öppenvård med uppsökande verksamhet. Av de 22 verksamheterna har 12 sin organisationstillhörighet inom landstingets beroendepsykiatri, två inom kommunens specialiserade missbruks/beroendeverksamhet och en inom kommunens vård/omsorg/handikappförvaltning. Sju verksamheter är samordnade genom avtal mellan kommun och landsting.

Av de 22 verksamheterna har 11 tillkommit eller fått sin nuvarande form efter år 2000. Sju verksamheter har funnits sedan 1990-talet och fyra är ännu äldre. Alla är permanenta verksamheter.

Storleken på personalgrupperna varierar mellan tre och 30 personer.

Målgrupp

Närmare hälften av öppenvårdsverksamheterna riktar sig till flera målgrupper och har en vid definition avseende såväl psykiatrisk problematik som form av missbruk/beroende. Undantag är en verksamhet som arbetar specifikt med substitutionsbehandling och en som vänder sig till personer med emotionell instabil personlighetsstörning med ej för omfattande missbruk.

Majoriteten av brukarna vid verksamheterna har beroendediagnos och det huvudsakliga missbruket/beroendet består av alkohol samt blandmissbruk. (*Se diagram 1, sid 103.*)

Insatser och samverkan

De flesta av verksamheterna har en bredd vad gäller insatser för att kunna möta de skiftande behov som målgruppen har. Mer än hälften svarar att de har en psykodynamisk grundutbildning eller en psykodynamiskt förståelsegrund. Detta kombineras med kognitiva insatser som KBT¹⁰ och KPT¹¹, motiverande förhållningssätt utifrån MI, återfallsprevention och vid några verksamheter även med insatser utifrån ett systemteoretiskt tänkande. (Se diagram 7 sid 107, och diagram 8 sid 108.)

De flesta uttrycker att de har bra rutiner för samverkan inom de egna teamen och att det också finns ett utvecklat kontaktnät vad gäller samverkan med andra vårdgivare. Samverkan sker dock inte rutinmässigt utan när behov uppstår. Cirka 80 procent av verksamheterna betonar betydelsen av att det finns en struktur för samverkan avseende rutinmässiga möten, överenskommelser samt en tydlighet i vem som ansvarar för vad för att samverkan ska fungera bra.

Det som beskrivs fungera mindre bra vid samverkan är när det uppstår diskussion om avgränsningar utifrån subspecialiseringar och om ansvar/ekonomi.

Bland öppenvårdsmottagningarna beskrivs brukare med personlighetstörningar och utagerande beteende vara svåra att samverka runt. Andra svåra grupper är brukare med neuropsykiatrisk problematik och brukare med psykosproblematik och pågående missbruk/beroende.

Exempel på arbetsmodell vid öppenvårdsverksamhet

Vid Beroendepsykiatriska enheten i Umeå arbetar man, liksom vid många av öppenvårdsverksamheterna ovan, med flera målgrupper men huvudsakligen med personer som har samtidig psykiatrisk problematik och missbruk/beroende som kräver specialiserad behandling.

Redan för cirka tio år sedan inledde ledningen för Beroendepsykiatrin och Socialtjänstens vuxenhet i Umeå ett samarbete för att förbättra insatserna för målgruppen. Efter att ha gjort en omfattande kartläggning av målgruppen och vilka behov den hade, började man arbeta med gemensam vårdplanering. Med hjälp av två vårdteamkonsulter (en representant från vardera huvudman) planerades ett vårdteam runt brukaren samt att man skapade en struktur för planering och uppföljning av insatserna. I vårdteamet ingår till exempel socialsekreterare, kontaktperson inom psykiatrin och viktiga personer i brukarens liv. Numera anses arbetssättet vara så pass integrerat bland all personal inom Socialtjänstens Vuxenhet och Beroendepsykiatrin att funktionen som vårdteamkonsult har tagits bort.

Externa uppföljningar av vilka effekter den gemensamma vårdplaneringen haft för behandlingarna och brukarna har gjorts. Behandlarna har varit nöjda medan brukarna i vissa fall inte varit medvetna om att arbete pågått enligt någon speciell metod eller att det skulle betyda något särskilt för dem. För behandlingarna har det bland annat inneburit en

¹⁰ KBT – kognitiv beteendeterapi

¹¹ KPT – kognitiv psykoterapi

struktur i arbetet samt att det ur arbetsmiljösynpunkt varit mycket positivt att veta att man delar på ansvaret för de brukare som har mycket omfattande och tung problematik.

Reflektioner:

I Umeå lade man stor vikt vid att undersöka hur målgruppen såg ut och vilka behov den hade innan man påbörjade förändringsarbetet. De slutsatser man kom fram till var:

- Insatser behövs från båda vårdgivarna och planeringen måste vara långsiktig
- Relationens betydelse är viktig och det kan också vara avgörande från vilken vårdgivare insatserna givits och kommer att ges
- Personerna behöver tydlighet, struktur samt en trygg relation vilket innebär att det måste finnas en stabilitet i systemet för personer som behöver tid på sig för att knyta an

Ovanstående lade grunden för den struktur med gemensam vårdplanering och vårdteam som man fortfarande arbetar efter.

Utvecklingsarbete och utbildningsbehov

Inom de tre verksamhetsgrupperna framkommer att kunskapsnivån bland personalen varierar. Detta är förstäeligt utifrån att några av verksamheterna har specialiserat sig på en avgränsad målgrupp och därigenom anpassat insatserna och byggt upp den specialkompetens som krävs för just det arbetet. Verksamheter som riktar sig till bredare målgrupper behöver också en bredd vad gäller kompetens. Personalen vid dessa verksamheter har ofta flera specialinriktningar på sina utbildningar för att täcka de skiftande behov av insatser som en heterogen målgrupp har. Dessutom har verksamheterna inom alla tre grupperna existerat under olika lång tid vilket också påverkar kunskapsnivån.

Sammanfattningsvis visar svaren i kartläggningen att man inom alla slags verksamheter uttrycker ett behov av vidareutbildningar inom missbruk/beroende och psykiatrisk problematik samt metoder för att arbeta med den samtida problematiken. Vidareutbildningar, exempelvis Steg 1, och metodutveckling såsom MI, KBT och DBT¹² efterfrågas liksom att fortlöpande kunna få kunskap om nya droger och aktuell forskning inom området.

Många av verksamheterna uttrycker att de behöver utveckla rutiner och metoder för dokumentation av de insatser som görs för att bättre kunna följa upp och utvärdera resultaten av sitt arbete. Flera verksamheter tar också upp att det finns behov av att få tid och möjlighet till implementering av ny kunskap som man tagit del av genom utbildningar.

Det stora flertalet av verksamheterna har kontinuerlig handledning. Verksamheterna betonar hur betydelsefull handledningen är, dels för att klara av arbetet med målgruppen, dels som ett led i en fortlöpande kunskapsutveckling.

Flera verksamheter har påtalat att man skulle vilja utveckla samarbetet med

¹² DBT – dialektisk beteendeterapi

brukarorganisationer, till exempel i form av brukarråd. De flesta har i kartläggningen svarat att de tar del av brukarnas synpunkter på verksamheten i det dagliga arbetet och genom frågeformulär. Många uttrycker att man vill utvidga brukarinflytandet och ser det som ett utvecklingsområde. (Se diagram 11, sid 109.)

Inom alla tre grupperna av verksamheter efterfrågas utökade resurser för psykiatriska bedömningar, psykiatrisk behandling samt utredning och behandling vid neuropsykiatrisk problematik. Bristerna inom dessa områden är stora vilket försvårar möjligheten att möta brukarnas behov och att få en fungerande samverkan vad gäller insatser.

Genomgående uttrycker man att det också finns behov av resurser i form av differentierade boenden, tillgång till behandlingshem och olika former av sysselsättningsalternativ.

Vad möjliggör en bra samverkan?

I samband med kartlägningsintervjun ställde vi ovanstående fråga till de flesta av verksamheterna. Svaren kan sammanfattas i följande punkter:

- Respekt inför, kunskap om och tillit till varandras professioner/kompetenser och verksamhetsområden samt tolerans för oliktränkande och att få till stånd en öppen dialog utan konkurrens
- Tydlighet från arbetsledning vad gäller
 - mandat för och sanktionering av samverkan
 - uppdrag med mål och syfte för samverkan
 - avtal om samverkan så att den blir formaliserad och inte personbunden
 - intresse för och vilja att samverka
 - att upprätthålla strukturen för samverkan
 - ansvarsfördelning beträffande beslut och genomförande
- Gemensamma mötestillfällen, till exempel genom utbildningar för att skapa ett gemensamt språk, samsyn och forum för diskussioner. Betydelsen av att träffas regelbundet betonas
- Betydelsen av att samverkan genomsyrar organisationen på alla nivåer
- Intresse, vilja och lust att samverka, en beredskap att offra något
- Intresse och engagemang för målgruppen, långsiktigt perspektiv
- Kunna lyssna till varandra, ödmjukhet, bra personkemi, humor, informella kontakter

Vad försvårar en bra samverkan?

De svar vi fick beskrev motsatsen till de punkter vi beskrivit under rubriken ”Vad möjliggör en bra samverkan?” Det som också poängterades var att avgränsningsdiskussioner beträffande ansvar och ekonomi försvårade möjligheten till fungerande samverkan.

Behov av stöd och utveckling inom verksamheter som i dag har ett nära samarbete mellan kommun och psykiatri

Med utgångspunkt från ett av syftena med projekt KPM:s uppdrag, utformades en av frågorna i kartlägningsformuläret att gälla vilka behov av utveckling, utbildning och/eller stöd som verksamheten har. Genom svaren i kartläggningen och diskussioner med verksamheter påtalades ett stort behov av att få träffa andra som arbetar inom liknande verksamheter. Det var en av anledningarna till att vi inom ramen för projekt KPM bestämde oss för att anordna regionala konferenser som skulle möjliggöra erfarenhetsutbyte i seminarieform.

Behoven av stöd bland verksamheter som sedan lång tid har en etablerad samverkan skiljer sig inte speciellt från behoven hos de andra som ingår i kartläggningen. Några verksamheter lyfte fram ett önskemål om att använda sig av auskultation som ett alternativt sätt att lära sig mer om andra behandlingsmodeller. Exempelvis nämndes önskemål om att besöka och delta i behandlingsarbetet vid den verksamhet i Dartmouth, New Hampshire, USA, som givit upphov till det som kallas "New Hampshire-modellen".

Kunskaps- och erfarenhetsutbyte för projektgrupper

Efter att Socialstyrelsen i mars 2006 hade sammanställt en projektkatalog över samtliga projekt som erhållit länsmedel från Nationell psykiatrisamordning blev det möjligt att få veta vilka projekt som pågick i landet inom området komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk. Vid den tidpunkten fanns cirka 120 pågående projekt som arbetade för att utveckla boendeformer, sysselsättning och vårdformer för personer med psykisk sjukdom och missbruk. (Fler projekt har startats efter att katalogen skrevs och de har inte blivit kontaktade av projekt KPM). Ambitionen hos KPM:s projektledning har varit att försöka samla så många projektgrupper som möjligt till länsvisa nätverksmöten för att möjliggöra kunskaps- och erfarenhetsutbyte. De flesta projekten hade hunnit påbörja sitt arbete innan projekt KPM kommit igång. Det innebar att flera projekt också hunnit avslutas innan vi haft möjlighet att genomföra projektgruppträffar över hela landet.

Projektledaren har under 2006 och 2007 genomfört projektgruppträffar i 11 av Sveriges län i enlighet med intentionerna i uppdraget. Genom dessa träffar har vi kommit i kontakt med omkring 80 av de cirka 120 projektgrupper som med medel från Nationell psykiatrisamordning arbetat med olika former av utvecklingsprojekt för målgruppen.

Inriktningar på projekten (120 projekt)

- Boende, 13 st
- Sysselsättning, 6 st
- Boende och sysselsättning, 6 st
- Boende, vård och sysselsättning, 3 st
- Inventering/kartläggning, 23 st
 - av resurser, 7 st
 - av brukare, 8 st
 - av samverkansformer, 8 st
- Kompetensutveckling/utbildning, 41 st
- Samverkansformer/samordning av insatser, 73 st
 - bedömningsteam, 3 st
 - verksamheter/team, 43 st
 - handlingsplan/vårdprogram, 24 st
 - vårdkedjor, 3 st

Många projekt har haft inriktning mot flera utvecklingsområden. En vanlig kombination har varit att påbörja arbetet med en inventering för att därefter föreslå lämplig kompetensutveckling eller en handlingsplan/ett vårdprogram. Resultaten av projektgruppernas arbete kommer att sammanställas av NU!-projektet vid Socialstyrelsen.

Projektgruppträffar

Inledningsvis kontaktades de län som hade minst fyra projekt med inriktning mot komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk. Flest projekt pågick inom Stockholms län (39 st) och i Västra Götalands län (24 st). I tre av landets län fanns inga pågående projekt inom ramen för den målgrupp som projekt KPM omfattar och i fyra av länen fanns endast ett projekt. För en sammanfattning av de projektträffar som genomförts, se *bilaga 6*.

Syftet med projektgruppträffarna

Främsta syftet med projektgruppträffarna var att informera varandra om det utvecklingsarbete som pågick inom det egna länet. Tanken var också att kunna utbyta erfarenheter med varandra, eventuellt samordna utbildningstillfällen och skapa kontaktnät. En viktig fråga som lyfts vid alla projektträffar har varit att diskutera på vilka sätt som utvecklingsarbetet skulle kunna fortgå efter projekt-tidernas slut. Fanns det nätverk, eller intresse för att skapa nätverk, med syftet att fortsätta utbyta erfarenheter och diskutera utvecklingsfrågor? Vi har också undersökt om det funnits behov av utbildning eller seminarier under projekt-tiden.

Vilka bjöds in till projektgruppträffarna?

- 1–2 representanter från varje projektgrupp
- kontaktpersoner för "Milton-projekten" i länet

- chefer och utvecklingssekreterare (i de fall vi hade fått kännedom om deras namn)
- representanter från Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser

Vi var angelägna om att bjuda in personer med en verksamhetsövergripande funktion/ansvar samt de länskontaktpersoner som Nationell psykiatrisamordning utsett för ”Milton-projekten”. Vi ville på så sätt möjliggöra att viktiga diskussioner, erfarenheter och frågor kunde fångas upp för att arbetas vidare med även efter projekttidernas slut. Tyvärr har kontaktpersonerna för Milton-projekten endast kunnat medverka i några enstaka län och detsamma gäller för personer i ledningsfunktioner.

Till projekträffarna har vi också välkomnat representanter från verksamheter som haft ett pågående utvecklingsarbete inom området även om det inte drivits i projektform eller med projektmedel.

Utöver de projekt som erhållit länsmedel har ett antal så kallade riktade projekt startats på initiativ av Nationell psykiatrisamordning och Socialstyrelsen. Av dessa har projekt KPM kontaktat kriminalvårdens ”Treklöverprojektet” inför projekträffar i de tre geografiska områden som varit aktuella för detta projekt, det vill säga Västmanland/Värmland, Skåne och Göteborg. Syftet med Kriminalvårdens projekt är att utveckla samverkan med verksamheter inom kommuner och landsting för personer med komplexa vårdbehov varför det var angeläget att de deltog i projekträffarna.

Sveriges Kommuner och Landsting har i tre av länen ansvarat för en kompetensutveckling i case managementmetodik som genomförts vid Växjö universitet. Då det varit angeläget att sprida kunskap om det metodutvecklingsarbete som pågår, har case managementgrupper varit med vid projekträffarna i Luleå och Göteborg. Kompetensutvecklingen i case management har pågått även i Jönköpings län men där har projekt KPM inte samlat till någon projekträff.

Vad har projekträffarna lett till?

Förväntningarna på projekträffarna har varierat och det har naturligtvis påverkat vad man har tyckt sig fått ut av dem. Många frågor har varit uppe till diskussion, praktiska erfarenheter har utbytt, man har fått information om olika verksamheter och arbetssätt, och framför allt etablerat kontakter med andra inom området verksamma personer. Det har ibland lett till studiebesök hos varandra och/eller att man kontaktat varandra för att få veta mer i någon speciell fråga.

Några reflektioner från projekträffarna

Bra med uppmärksamheten – men vad händer när ”strålkastarna slocknar”?

Den debatt och de initiativ som tagits på nationell nivå har betytt mycket för det utvecklingsarbete som nu pågår. Målgruppen har kommit i fokus, många verksamheter är inblandade i projekt och engagemanget är stort ute i landet. Den uppmärksamhet som det nationella intresset bidragit till har upplevts som ett stöd i arbetet med en målgrupp som inte annars är speciellt uppmärksammas.

Många uttrycker därför en oro över vad det kommer att innebära när uppmärksamheten och förväntan om handlingskraft försvinner framöver.

Värdefulla möten och diskussioner

Samtliga projektgrupper har uttryckt att projektarbetet inneburit att man fått tillfälle till diskussioner och möten med samverkanspartners. Det har i sig varit oerhört värdefullt även om man haft stora svårigheter i projektarbetet och oavsett utfallet av projekten.

Med hjälp av projektmedel har det funnits möjlighet till utbildningsåtgärder för stora grupper vilket både höjt kompetensnivån och skapat mötestillfällen med vårdgrannar.

Dålig förankring av projekten

Ansökningsförfarande inför Nationell psykiatrisamordnings projektsatsningar gick enligt många för fort med tanke på att alla projekt skulle bygga på samverkan mellan olika huvudmän. Förutsättningen för god samverkan bygger på att det finns tid för att skapa respekt och förståelse för varandras kompetenser och verksamhetsområden. Förankringsarbetet bland de verksamheter och personer som ska vara delaktiga är avgörande för utfallet av samverkan. Denna förankring fanns inte alltid hos de samverkanspartners vars medverkan var en förutsättning för uppdragets genomförande.

Förslag till ansökan i flera steg

Flera projekt och verksamheter har föreslagit ett flerstegsförfarande vid projektansökningar då det skulle öka förutsättningarna för en fungerande samverkan. Steg 1 skulle vara att ansöka om medel för att på olika sätt förbereda och förankra projektet på alla nivåer i de organisationer som skulle vara aktuella. Steg 2 skulle vara att genomföra projektet och avslutningsvis skulle erfarenheterna utvärderas.

Projektmedel att söka efterhand

Många har givit uttryck för att utvecklingsarbete blir väldigt ryckigt om man ska försöka "hänga på" när det utannonseras ett tillfälle att ansöka om projektmedel. Från flera kommuner och landsting önskar man att det skulle finnas möjlighet till ekonomiskt stöd efterhand som man inom ramen för ordinarie verksamheter arbetat fram en plan för ett utvecklingsområde. Många strävar efter att utvecklingsarbetet ska leda till ett lärande inom befintliga organisationer och då behövs långsiktiga strategier. Helst vill man kunna använda de resurser (till exempel den personal) som finns tillgängliga i ordinarie verksamheter då det innebär att utvecklingsarbetet lättare implementeras i det dagliga arbetet.

För kort projekttid för målgruppen

Flera projektgrupper lyfte fram etiska och praktiska dilemman med att starta verksamheter för personer med komplex problematik i projektform. Det behövs i regel en längre tids arbete för att få till stånd en fungerande kontakt med perso-

ner som har en så komplex problematik som i målgruppen för ”Milton-projektet”. Det tar också lång tid för en personalgrupp att etablera sig och att skapa de samverkansformer som behövs. Därför leder det till stor frustration hos såväl brukare som personal och samverkanspartners när verksamheten upplöses efter cirka 1–1,5 år. Man betonar att icke tidsbegränsade och kontinuerliga insatser är förutsättningar för framgång i arbetet.

Brister i ledningen

Flera projekt har haft svårt att utföra sina uppdrag och de insatser som det fattats organisatoriska beslut om. Anledningen till detta är att personer i ledningsfunktion inte följt upp besluten och tagit ansvar för att de ska kunna genomföras.

Brist på psykiatriker

Resursbrist vad gäller läkarmedverkan från psykiatrin har varit en begränsande faktor vid flera av projektens genomförande och framgång. Behovet av psykiater gäller för medverkan vid både bedömning och behandling.

Utbildningar och seminarier för projektgrupperna

Syftet med projektgruppträffarna var även att undersöka och stödja eventuella behov av utbildning eller seminarier. Det visade sig dock att det på de flesta håll i landet, under den tid som alla ”Milton-projekt” varit verksamma, funnits så många erbjudanden om utbildningar och seminarier att man inte orkat ta emot fler. Utbildningar i ASI¹³, MI samt om missbruk och psykiatri har ordnats inom ramen för många projekt. Många projekt har själva initierat utbildningsdagar som ett led i sitt uppdrag att skapa en gemensam plattform för fortsatt samverkan med vårdgrannar.

Flera konferenser inom området har också ordnats av till exempel RFMA¹⁴ och ett antal kommersiella konferensarrangörer.

Intresse för fortsatta nätverksträffar

Intresset för att mötas och få ta del av andra verksamheters erfarenheter är stort. Det har dock varit svårt att komma vidare i en diskussion om hur ett fortsatt kunskaps- och erfarenhetsutbyte skulle kunna organiseras. Om man ska initiera nätverksträffar måste det finnas ett syfte med mötet. Ska det vara utifrån ett intresse och på lite ”lösligare” grund som inom ett intressenätverk? Eller ska det ske inom ramen för den egna organisationen med uttalat syfte att det ska leda till verksamhetsutveckling? Tillsammans med verksamheter från andra förvaltningar? På verksamhetsnivå eller blandat utifrån linjeorganisation? Med brukar- och anhörigorganisationer?

¹³ ASI – Addiction Severity Index; en strukturerad intervju med frågor som är relevanta för personer med missbruksproblem

¹⁴ RFMA – Riksförbundet mot alkohol- och narkotikamissbruk

Stödja utvecklings- och kvalitetsarbete inom området

När projekt KPM startade var ambitionen att vi inom ramen för projektet skulle anordna olika utbildningsinsatser utifrån de behov vi fick kunskap om vid möten med verksamheter och projektgrupper. Det visade sig dock att det pågick så många utbildningssatsningar, alltifrån enstaka heldagsutbildningar till mer omfattande satsningar över längre tid, att det behovet var ganska mättat. Däremot fanns ett stort intresse av att få tillfälle till erfarenhetsutbyte med andra som arbetar i olika verksamheter med personer som har psykisk sjukdom och missbruk. Vi valde att stödja det intresset genom att tillsammans med Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser genomföra regionala tvådagarskonferenser vid fem orter i landet.

Som en del i pågående utvecklingsarbete har projekt KPM formulerat ett antal frågeställningar riktade till RAM:s medlemsmottagningar beträffande omfattningen av psykisk problematik inom deras målgrupper.

Projektet har även medverkat till att utforma formulär inför en nordisk kartläggning av målgrupper med samsjuklighet avseende psykisk sjukdom och missbruk.

Konferenserna

Från januari till maj 2007 arrangerade projekt KPM tvådagarskonferenser i Göteborg, Stockholm, Karlstad, Malmö och Umeå. Vid fyra av de fem orterna var respektive länsstyrelsen i länet medarrangörer tillsammans med Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet eller Nu!-projektet vid Socialstyrelsen. Mobilisering mot narkotika, Socialstyrelsen samt några av Länsstyrelserna har bidragit ekonomiskt, vilket gjorde det möjligt att hålla en låg deltagaravgift för konferenserna.

Under konferenserna varvades föreläsningar med seminarier för utbyte av kunskap och erfarenheter. Innehållet i föreläsningarna och seminarierna utformades utifrån frågor som lyfts och diskuterats vid projekträffar, i möten med verksamheter, i en arbetsgrupp tillsammans med Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser samt i projektets referensgrupp. Vi försökte ha samma föreläsare vid så många av konferenserna som det var praktiskt möjligt, medan seminarieledarna varierade. Vi ville engagera regionala och lokala seminarieledare för att synliggöra all kompetens som finns på nära håll och för att skapa kontaktnät inför framtiden.

Konferenserna samlade nästan 1 000 personer från olika verksamheter i landet. Intresset för konferenserna var mycket stort. Vid några av konferensorterna var efterfrågan så stor att vi tyvärr inte kunde bereda alla som så önskade möjlighet att delta.

Utvärderingarna av konferenserna samt de spontana kommentarer vi fick på plats visade på ett stort behov av att få träffas och utbyta erfarenheter. Att varva

föreläsningar med seminarier uppskattades av de flesta och många kommenterade att de gärna haft ytterligare tid för diskussion i seminarieform.

Vi uppmärksammade och fick kommentarer om att det vid flera av konferenserna var ett lågt deltagande från landstingens verksamheter. I genomsnitt var endast cirka 20 procent av deltagarna från landstinget. Kan det ha berott på att spridningsvägarna av konferensinbjudan till sjukvården inte fungerade? Har landstingets verksamheter svårare att frigöra personal för att till exempel åka på konferens? Eller motsvarar den procentuella fördelningen andelen verk samma personer som arbetar med målgruppen inom respektive huvudman? Vid de orter där det fanns specialiserade beroendeverksamheter inom landstinget och där samarbete etablerats och strukturerats fanns också sjukvården med i högre grad.

En annan grupp som efterfrågades var representanter från brukar- och anhängigföreningar. Där vet vi att spridningsvägarna inte fungerade då vi i flera fall hade svårt att veta till vem inbjudan skulle skickas. Vi kommenterar detta ytterligare under avsnittet ”Diskussion” i rapporten.

En önskan om att fler chefer, politiker och beslutsfattare skulle deltagit i konferenserna fanns också hos många av deltagarna. Många upplever att beslutsfattares okunskap leder till att det är svårt att strukturera fungerande samverkan eller insatser på realistiska nivåer. Synpunkter framfördes om att även beslutsfattare och administratörer borde ges möjlighet att mötas för kunskapsutbyte på samma sätt som vid projekt KPM:s konferenser.

En sammanfattning av innehållet i föreläsningarna samt från diskussionerna vid seminarierna finns samlade i en separat dokumentation som kan laddas ner från Svenska Nätverket – Dubbeldiagnosers hemsida (www.sn-dd.se) eller beställas i pappersform från Länsstyrelserna i Skåne, Värmland, Västerbotten och Västra Götaland.

Frågor om målgruppen till RAM:s medlemsmottagningar

KPM:s projektledare deltog vid RAM-konferensen hösten 2006 för att träffa regionombuden inom RAM. Syftet var att dels lyfta fram betydelsen av att uppmärksamma eventuell förekomst av samtidig psykiatrisk problematik hos personer med missbruksproblem, dels lämna en enkät med några frågeställningar.

Målgruppen för RAM:s medlemsmottagningar har på många håll i landet inte omfattat personer med psykiatrisk problematik. Vi ville därför inom ramen för projekt KPM:s uppdrag ställa några frågor till RAM:s medlemsmottagningar om hur vanligt det är med psykiatrisk problematik av sådan omfattning att det har betydelse för vilka stöd- och behandlingsåtgärder som kommer ifråga. Vid RAM-konferensen kom vi överens om att KPM-projektet skulle skicka ut en enkät med ett förklarande följebrev till regionombuden som skulle sprida dem vidare till sina medlemsmottagningar. Ett förslag var att diskutera frågorna vid RAM:s regionträffar och att KPM:s projektledare gärna kunde medverka vid en sådan träff.

Projektledaren har medverkat vid en regional träff i Stockholm i februari 2007. I övrigt vet vi inte i vilken omfattning frågorna har diskuterats.

Av RAM:s cirka 120 medlemsmottagningar har vi fått svar från 25 mottagningar. Svaren visar på en stor spridning av hur stor del av mottagningarnas brukare som har psykiatrisk problematik i sådan omfattning att det påverkar val av insatser. Vid 18 av de 25 mottagningarna görs en skattning av den psykiska ohälsan och 13 svarar att de använder någon form av skattningsinstrument. På frågan om vad som behöver förbättras för målgruppen sammanfaller svaren väl med de svar vi fått vid KPM:s kartläggning. *(Se Frågor till RAM:s medlemsmottagningar och sammanställning av svar, bilaga 7.)*

Samordning inför nordisk kartläggning

Det Nordiska nätverket för dubbeldiagnoser hade vid tiden för projekt KPM:s början gjort en ansökan hos NOPUS¹⁵ om att kartlägga vilka insatser som gjordes för målgruppen i de nordiska länderna. Intentionen var att projekt KPM skulle samarbeta med det nordiska nätverket vid utformandet av frågeformuläret för att samordna den nordiska kartläggningen med projekt KPM:s. Beslutet från NOPUS om medel för projektet ”Får de dårligste pasientene god nok behandling?” drog ut på tiden och en samordning av arbetet med frågeformuläret blev inte praktiskt genomförbart. Beslut om att det Nordiska nätverkets projekt kunde genomföras fattades i slutet av 2006.

För att ta tillvara erfarenheter och material från KPM:s kartläggning har KPM-projektet under 2007 arbetat tillsammans med det nordiska nätverket med att utforma ett frågeformulär för den nordiska enkäten. Kompletteringar kommer att bli nödvändiga för att uppfylla syftet med den nordiska kartläggningen, och det fortsatta arbetet kommer att utföras av Svenska Nätverket

¹⁵ NOPUS – Nordiska utbildningsprogrammet för utveckling av social service, Nordiska ministerrådet

4. Resultat

Erfarenheter och synpunkter från verksamheter och projekt

Verksamheter

De permanenta och etablerade verksamheter som ingått i projekt KPM:s kartläggning har till största delen varit beroendeverksamheter inom landstinget, oftast inom beroendepsykiatri samt specialiserade missbruksverksamheter och boenden inom kommunen. Av kartläggningen framgår att många har tillgång till:

- hög grad av samsyn mellan vårdgivarna kring problemens omfattning, målgruppens behov och kring vilka åtgärder som behöver sättas in
- fungerande arbetsformer främst kring brukare med psykosrelaterad problematik
- god kompetens om målgruppen inom öppenvårdsverksamheter som vänder sig specifikt till brukare med samsjuklighet på grund av psykiatrisk problematik i kombination med missbruk/beroende

Samtidigt beskriver man problem:

- i form av svårigheter på grund av avgränsningsdiskussioner inom och mellan olika vårdgivare kopplat till subspecialisering och frågor om fördelningen av det ekonomiska ansvaret
- kring samverkan när vårdgrannar har dålig kunskap om målgruppen

Dessutom framgår det att man på många håll saknar:

- brukarinflytande och brukarmedverkan på alla nivåer inom organisationerna
- fungerande arbetsmodeller och samverkansformer för brukare med utagerande personlighetsstörningar
- möjlighet till utredning och behandling för brukare med neuropsykiatriska funktionshinder
- strukturerad samverkan med såväl kriminalvården/frivården och rättspsykiatri som med försäkringskassa och arbetsförmedling
- boendialternativ differentierade utifrån behovsgrupper
- fler alternativ för sysselsättning/arbete
- en mer utvecklad samverkan med primärvården utifrån målgruppens behov av somatiska insatser
- differentierat vårdutbud i relation till kön, exempelvis särskilda kvinnoboenden

Projekt

Bland de ”Milton-projekt” som haft inriktning mot att utveckla samverkansformer/samordna insatser har man huvudsakligen arbetat utifrån två modeller. En där man samlat kompetens, oftast från både landsting och socialtjänst, inom en samordnad verksamhet för att ge den behandling och de insatser som brukaren behöver. Den andra inriktningen är att skapa team med case managers som tillsammans med brukaren ansvarar för att samordna aktuella insatser samt stödja brukaren i att upprätthålla kontakter inom socialtjänsten, psykiatri, frivården, försäkringskassan med flera.

Vid båda ovan nämnda modeller har man främst riktat sig till brukare med omfattande psykiatrisk problematik i kombination med missbruk/beroende, som inte har kunnat etablera en behandlingskontakt inom psykiatri eller någon beroendeverksamhet. Många av brukarna har psykosrelaterad problematik med stora behov av stödinsatser från flera aktörer.

Dessa två samverkansformer prövades även inom ramen för de tio projekt som utvärderades inom psykiatrireformen. En samordnad verksamhet benämndes ”behandlingsteam” och tillämpade erfarenheter från New Hampshire, medan den andra modellen utgjordes av ”samverkansteam”, samordnaren benämndes då ofta koordinator. Ingen av dessa samverkansmodeller var överlägsen den andra. Projekten följdes upp efter fem år. Båda typerna av modeller betonade vikten av avtal om samverkan och fördelning av resurser och att det inte var möjligt att arbeta som ”case manager” utan sådana beslut.

Inget av de projekt som KPM-projektet har fått kännedom om är specifikt inriktat på att utveckla arbetsmodeller eller samverkansformer för brukare med personlighetsstörningar och utagerande beteende. Det är angeläget att uppmärksamma såväl dessa gruppers behov som behovet av samordnad behandling för andra patientgrupper som inte utvecklat långvariga psykiska funktionshinder.

Utbildningssatsningar och erfarenheter från verksamhetsnivå behöver samlas, samordnas och spridas både på regional/lokal nivå och på nationell nivå. Flera verksamheter ger uttryck för en projekttrötthet. I stället efterfrågas långsiktigt utvecklingsarbete med utgångspunkt från behov av förändringar som uppstår efterhand.

En stor del av utvecklingsarbetet gäller verksamheter i medelstora till stora kommuner. Organisationsstrukturer för samverkan i glesbygd och i mindre kommuner behöver lyftas fram.

Erfarenheterna från projektgrupperna varierar vad gäller såväl framgångar som svårigheter. Många projektgrupper har beskrivit svårigheter att utföra projektuppdraget på grund av:

- dålig förankring av uppdraget hos de samverkanspartners vars medverkan var en förutsättning för uppdragets genomförande
- att personer i ledningsfunktion inte följt upp att de beslut som fattats också blir möjliga att genomföra
- resursbrister inom psykiatri, främst vad gäller psykiatriker för bedömning och behandling

- för kort projekttid för att kunna etablera kontakt med och få till stånd några förändringar för en målgrupper med så komplex problematik

De flesta av projektgruppträffarna har genomförts i början av eller efter ungefär halva projekttiden vilket kan påverka att man främst fokuserat på ett flertal svårigheter.

Alla projektgrupper vi kommit i kontakt med har dock poängterat att oavsett vilka svårigheter man brottas med i projekten, så har arbetet i nya samverkansformer lett fram till att man skapat värdefulla kontaktnät och fått mycket kunskap om varandras organisationer.

Projektgrupperna beskriver också att de utbildningsinsatser som genomförts under projekttiderna har inneburit möjlighet till kompetensutveckling och förbättrad kontakt med samverkanspartners.

De träffar KPM-projektet har genomfört med projektgrupperna har uppfattats som mycket positiva av så gott som samtliga inblandade. Genom träffarna fick projekt KPM också möjlighet att fånga upp frågeställningar och behov som vi sedan utgick från i programinnehållet vid de fem regionala konferenser vi anordnade tillsammans med Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser. Tack vare kontakterna från projektgruppträffarna kunde vi också engagera ett stort antal personer som seminarieledare vid våra konferenser.

Svårigheterna för KPM-projektets del har bestått i att det inte varit möjligt att tidsmässigt och praktiskt genomföra projektgruppträffar i alla Sveriges län enligt de intentioner vi hade när vi påbörjade uppdraget.

Avsikten med projektträffarna var, förutom att möjliggöra kontakt mellan projektgrupperna, att involvera personer i ledningsfunktion eller med övergripande uppdrag med tanke på det fortsatta utvecklingsarbetet. Så har det inte blivit. Det kan bero på att det varit svårt för de inbjudna cheferna att värdera betydelsen av och ”nyttan” med ett sådant möte när den som bjuder in varken har ett formellt mandat eller är känd inom organisationerna. I kombination med att många har en stor arbetsbörda och att det funnits en viss ”projekttrotthet” kan det ha påverkat att personer i ledningsfunktion eller med ett övergripande uppdrag inte har prioriterat att närvara.

Om samverkan

Följande faktorer ses som betydelsefulla för en fungerande samverkan:

- att politiker, beställare och chefer har ett intresse för målgruppen och ett engagemang i att driva samverkansfrågor
- tydliga beslut, uppdrag och avtal om samverkan på alla nivåer inom och mellan respektive organisationer
- formaliserade möten så att det inom organisationen finns forum på alla nivåer för att lyfta frågor som måste hanteras för att arbetet i basverksamheterna ska fungera
- gemensamma mötesplatser för behandlare/handläggare med utbildningsinsatser och diskussionsforum

- respekt för och kunskap om varandras kompetens och verksamhetsområden
- tillräckliga resurser inom psykiatri och socialtjänst för att man ska kunna erbjuda de insatser som finns reglerade i lagar och avtal om ansvarsfördelning mellan kommun och landsting. I verkligheten finns stora brister vad gäller att leva upp till sina respektive åtaganden, till exempel avgiftning, utredning, psykiatrisk bedömning och specialiserade behandlingsinsatser.

Att ovanstående faktorer är viktiga för en fungerande samverkan är ingen ny kunskap utan finns beskriven av flera författare och forskare. Dessa framkom också tydligt i utvärderingen av de tio projekt som ingick i utvärderingen av "Personer med svår psykisk störning och missbruk". De faktorer som lyftes fram som väsentliga har nu bekräftats av betydligt fler verksamheter. Då, liksom nu, framhålls av många verksamheter att samverkansavtal på olika nivåer ökar förutsättningarna för en fungerande samverkan, men att avtalen i sig inte är någon garanti för att den fungerar över tid. Någon måste ta ansvar för att följa upp att avtalen efterlevs och se till att de omprövas efter hand. Resurser behövs dessutom så att de som är inblandade i samverkan kan avsätta tid och få möjlighet att medverka på möten.

Utvecklingsarbete och utbildningsbehov

Några av de synpunkter på utvecklingsarbete och behov av utbildning som framkommit vid KPM:s kartläggning, möten och konferenser är:

- utveckla bättre rutiner och metoder för att kunna följa upp och utvärdera sina resultat
- öka olika former av brukarinflytande på alla nivåer inom organisationen
- arbeta kontinuerligt för att underhålla och eventuellt förbättra samverkan med vårdgrannar
- möjlighet till erfarenhetsutbyte med andra verksamheter
- kontinuerliga fortbildningsmöjligheter avseende såväl missbruk som psykiatrisk problematik och behandlingsmetoder
- skapa möjligheter för på ett lättillgängligt sätt kunna ta del av aktuell forskning
- vikten av att beställare, politiker och chefer får kompetens om målgruppen och vilka insatser som behövs utifrån differentiering av behov

5. Diskussion

Uppdraget för projekt KPM hade en bred ansats och var omfattande både innehållsmässigt och geografiskt. Uppdraget har därför givit en översiktlig och relativt god uppfattning om ett antal verksamheter och dess innehåll, samt beskrivning av och erfarenheter från olika samverkansformer.

Uppdraget var avgränsat till att gälla personer med ”komplexa vårdbehov” och med detta avses vårdbehov som uppstår till följd av långvariga eller periodvis återkommande funktionsnedsättningar på grund av samtidig psykisk sjukdom och missbruk. Utvecklingsarbete och uppmärksamhet har, såväl internationellt som i Sverige, initialt varit riktat till personer med svåra psykiska sjukdomar. Dock har kunskapen ökat om hur vanligt förekommande beroendeproblematik är inom flertalet psykiska sjukdomar, som depression och ångest, och att det är angeläget att förebygga en negativ utveckling med eventuellt åtföljande funktionsstörning också bland dessa grupper. Troligen vare sig behövs eller är det realistiskt att utveckla särskilda samverkansformer för alla med samsjuklighetsproblem. Dock kan en ökad medvetenhet om samsjuklighet och mer utvecklad konsultation mellan beroendevård och psykiatri ibland räcka för att förbättra insatserna för många brukare.

I Sverige har vi genom Socialstyrelsens femuppföljning kunnat ta del av resultat som rör insatser på individnivå samt samverkansformer för målgruppen med psykisk sjukdom och missbruk. Vi har även tillgång till rapporter och betänkanden såsom Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande ”Ambition och ansvar” (2006) samt ”Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling”, betänkande av Utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården (2005). Samstämmigheten är stor mellan det som lyfts fram i ovan nämnda rapporter och de erfarenheter och synpunkter projekt KPM fått från de verksamheter och projekt vi mött under arbetets gång.

I följande diskussion anknuter vi till områden som belysts i ovan nämnda rapporter och som kommit fram genom våra erfarenheter från KPM-projektet. Diskussionen fokuseras på tre områden som vi anser är betydelsefulla i arbetet med målgruppen personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk:

- Differentiering av behov och anpassning av insatser
- Organisation och samverkan
- Utvecklingsområden och utbildningsbehov

Differentiering av behov och anpassning av insatser

Vad vet vi om målgruppen?

Inom psykiatrin har det alltid funnits personer med missbruks/beroendeproblem – och inom missbrukarvården personer med psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar. Personer med missbruk/beroende finns även inom socialtjänsten i stort och är också vanligt förekommande inom primärvården. Bland kriminalvårdens klienter är andelen missbrukare hög. Variationen bland personer med samsjuklighet är stor vad gäller grad av psykisk problematik, omfattning av missbruk/beroende liksom de sociala omständigheter man lever under.

Genom de kontakter som projekt KPM haft med verksamheter i landet tycker vi oss ha fått en helhetsbild som visar att missbrukarvården i dag, jämfört med tidigare, tar allt bättre hand om, utreder och är mycket mer medveten om målgruppens svårigheter och behov. På samma sätt är psykiatrin generellt mer medveten om hur vanligt det är med missbruk/beroende bland psykiatriska patienter. Dock är psykiatrins roll på många håll fortfarande begränsad till akutinnsatser och utredning. Det ansvar för öppenvård psykiatriska insatser som landstinget har för alla grupper med allvarlig psykiatrisk problematik, även de med missbruk/beroende, behöver ytterligare understrykas. I dag har cirka 25 procent av psykiatrins öppenvårdspatienter och cirka 30 procent av slutenvårdens patienter något slags missbruk som behöver tas i beaktande vid behandling. Studier har visat att om man inte identifierar samsjukligheten och samordnar behandling och stöd så ökar risken för en negativ utveckling för denna grupp.

För vissa särskilt sårbara grupper, som de som lider av schizofreni, har andelen med någon form av missbruk ökat de senaste åren från försumbara siffror till cirka 50 procent vad gäller livstidsprevalens. Inom missbrukarvården är detta dock andelsmässigt en mycket liten grupp. En annan särskilt sårbar grupp patienter inom psykiatrin är de med bipolär sjukdom som har den högsta risken att komma in i missbruk/beroende.

Bland personer med missbruk/beroende är personlighetsstörningar, depressioner och ångesttillstånd vanligast förekommande. Personer med missbruk/beroende har också oftare en neuropsykiatrisk problematik som DAMP och ADHD än personer som inte har någon missbruksproblematik. Däremot är psykosjukdom inte lika vanligt bland personer med missbruk/beroende. Enligt Fridell (1995) har cirka 10 procent av brukare med allvarligt drogmissbruk en psykosjukdom. Många i den gruppen lider av konstanta funktionsnedsättningar som kräver långvarigt och kontinuerligt stöd.

Alla med samsjuklighet har dock inte svåra funktionsnedsättningar. Många har stora nedsättningar vad gäller vissa funktioner men fungerar periodvis bättre i andra avseenden. Omfattningen av behov av personligt stöd fluktuerar därför. Detta gäller särskilt för personer med personlighetsstörningar.

Vilka grupper har varit aktuella för utvecklingsarbete?

Även om många verksamheter säger att de inte väljer klienter efter diagnos utan efter funktionsnivå, fokuserar man oftare på dem med mer undandragande beteende än på ”stökiga” och utagerande personer med missbruk i kombinationer med personlighetsstörningar, ADHD och andra neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Vad gäller boende ”straffar” många ut sig, sysselsättningsmöjligheter brister och samarbetet mellan vård och omsorg/funktionshinder inom socialtjänsten samt psykiatrin är dåligt.

Genom KPM-projektet har vi kunnat se att mycket av de senaste årens utveckling av insatser till målgruppen har handlat om att förbättra omhändertagande och behandling för personer med psykosjukdom och missbruk. Personer med psykosjukdom och missbruksproblem är en grupp som ofta farit väldigt illa, men det är också en grupp där åtgärderna är lättare att precisera och strukturera. Internationella och svenska erfarenheter från boende, sysselsättning och annat psykosocialt stöd visar att missbruket oftast upphör eller minskar när omhändertagandet förbättras och att det tar tid.

Under de senaste åren har man inom många verksamheter påbörjat ett utvecklingsarbete för att bättre kunna möta behoven av utrednings- och behandlingsinsatser för brukare med neuropsykiatriska funktionshinder. Några av de projekt som pågått inom ramen för Nationell psykiatrisamordnings satsning har gällt personer med neuropsykiatriska funktionshinder men inte med samjuklighet avseende missbruks/beroendeproblematik.

Däremot har vi under arbetet med projekt KPM inte fått kännedom om något projekt som specifikt arbetat med utformande av systematiserade behandlings- och stödinsatser och/eller samverkansformer för personer med utagerande personlighetsstörningar och samtidigt missbruk/beroende.

Utveckling av systematiserade insatser för brukare med utagerande personlighetsstörningar samt för de med neuropsykiatriska funktionshinder behöver således sättas mer i fokus framöver.

Differentierade och individanpassade insatser

Människor med missbruksproblem är, som alla människor, olika och behöver olika bemötande. Dessutom är det viktigt att ta hänsyn till de önskemål och behov av hjälp som brukaren tycker är viktiga. Insatser måste därför individanpassas.

Screening och begränsad rådgivning har visat sig vara effektivt vid högkonsumtion. Dessa metoder är dock mycket lite prövade bland psykiatriska patienter trots att det vore angeläget att tidigt upptäcka riskkonsumtion för att kunna förebygga en beroendeutveckling. Mer omfattande missbruk/beroende kräver däremot längre behandlingsinsatser. Många av de insatser som primärt behöver sättas in för dem som har psykiska funktionshinder och/eller är socialt utslagna på grund av missbruk, är inte alltid att betrakta som direkt behandling. Snarare krävs olika yttre stödjande insatser, till exempel i form av kontinuerligt praktiskt vardagligt stöd. Dessa insatser kan i sin tur ge förutsättningar för direkta

behandlingsinsatser. Dock ska betonas att det är angeläget att personerna får hjälp med exempelvis farmakologisk behandling för såväl sitt psykiatriska tillstånd som beroende och eventuella somatiska symtom och sjukdomar.

För brukare som har ett omfattande missbruk/beroende och svåra psykiska funktionsnedsättningar bör fokus för insatserna snarare vara habilitering än rehabilitering. Rehabilitering förutsätter att man kan gå tillbaka till en funktionsnivå man haft. Habilitering handlar om att bygga upp nya funktioner eller vidmakthålla de funktioner man har kvar. Många av brukarna med komplexa problem har aldrig fungerat fullt ut socialt, varken på arbetsmarknaden eller i privatlivet och har inget att rehabiliteras tillbaka till.

Vi kallar ofta alla hjälpanse insatser för rehabilitering/behandling när det snarare är habilitering och stöd. Många i målgruppen med komplexa vårdbehov behöver livslångt stöd, som vid andra handikapp. Det är viktigt att habilitering/rehabilitering påbörjas redan innan drogfrihet uppnåtts vilket visas i Socialstyrelsens uppföljning från 1999.

Vid alla former av stöd- och behandlingsinsatser är det viktigt att ha realistiska mål och att även kunna se värdet av andra delmål och mål än nykterhet och drogfrihet. Mål som handlar om att minska lidandet, förlänga livet eller göra det mindre smärtsamt och destruktivt, samt att stötta anhöriga och närstående.

En grundförutsättning i allt stöd- och behandlingsarbete är dessutom att det finns möjlighet för brukaren att vara delaktig i att skapa en behandlingsrelation som bygger på respekt och förtroende för den personal och de verksamheter som ska ge stöd och hjälp. Från brukare och verksamheter som projekt KPM mött under projektiden poängteras hur betydelsefullt det är att det finns en kontinuitet och ett långsiktigt tidsperspektiv i behandlingskontakten.

Vid KPM:s kartläggning framgår att de flesta av verksamheterna försöker arbeta utifrån en hög grad av anpassning till brukarna och till deras förutsättningar och behov. Många använder sig av strukturerade metoder som KBT, KPT och MI i kombination med samtidiga stödjande, pedagogiska och/eller behandlande insatser. Ett pragmatiskt förhållningssätt förespråkas av många. Exempelvis uppger ett flertal verksamheter att man har en humanistisk grundsyn, psykodynamisk och/eller systemisk inriktning samtidigt som man använder kognitiva och beteendearbetande metoder. Vi tror att detta är ett uttryck för den stora komplexitet målgruppen uppvisar och som också kräver en hög grad av flexibilitet av alla som arbetar med stöd och behandling. Dels behöver man kunna vila i en någorlunda förankrad helhetssyn på människan och de mänskliga problem man möter som professionell, dels behöver man ha konkreta redskap för att kunna systematisera sina insatser i olika skeden av förändringsprocessen.

Det är få verksamheter som i kartläggningen uppgivit att de arbetar med en strukturerad case managementmetodik. Vi vet att det är många projekt som under de senaste två åren arbetat för att utveckla samordnade insatser genom ACT-team och case management vilket troligtvis kommer att visa sig i framtida kartläggningar och i det dagliga arbetet med målgruppen.

I dag försöker alltså de flesta verksamheter vi mött anpassa val av åtgärd efter individuella behov hos brukarna. Det största problemet för att kunna er-

bjuda insatser utifrån flexibilitet och följsamhet som lyfts fram, är relaterat till samverkansproblem inom den egna organisationen och/eller med annan huvudman.

Samverkan beträffande insatser mellan de olika huvudmännen kan spara pengar, åtminstone på sikt. Problemet med de ramlagar som styr socialtjänsten och sjukvården är att de inte blir ”förpliktigande” när det inte finns pengar. Hinder uppstår lätt utifrån avgränsning av olika ansvarsområden och lagstiftning.

Under KPM:s regionala konferenser påpekade många av deltagarna att rätten till sociala sammanhang är viktig liksom att få bidra till samhället efter förmåga, att få vara till nytta för andra snarare än att ”sysselsättas”. Vid seminarierna tog man också upp vikten av att kunna skilja på vilket stöd olika grupper har vid arbetsrehabilitering/sysselsättning. Exempelvis kan personer med psykosrelaterad problematik fungera mycket bra om de får stöd att vara i ett väldefinierat sammanhang med tydliga arbetsuppgifter. Stöd till personer med impulsgenombrott och utagerande beteende kan i stället behöva vara mer inriktat på att klara av att vara i relation med andra och att vara kvar ett socialt sammanhang över en längre tid.

Gemensamma utbildningar med både arbetsförmedling och försäkringskassa kan öka förståelsen för målgruppen och påverka så att man får en bättre samsyn om vilka insatser som behövs. För personer med skiftande funktionsnivåer, som till exempel personer med utagerande personlighetsstörningar, är det viktigt att man har förhållningssätt och strukturer som är tydligt samordnade men som ställer krav på individens egen förmåga till ansvar och initiativ.

När det gäller sysselsättning har många betonat hur svårt det är att finna arbete/sysselsättning i området mellan aktivitetshus och vanliga arbetsmarknaden. Arbetsförmedling och försäkringskassa blir ofta kontraproduktiva gentemot varandra för den enskilde. Vad skulle det innebära om man hade något liknande ”skolpeng” för varje individ som stöd för arbetsrehabilitering och sysselsättning?

Organisation och samverkan

I såväl kartläggningen av permanenta verksamheter som vid projekträffar och vid KPM:s fem regionala konferenser har erfarenheter av och synpunkter på organisation och samverkan diskuterats. Vid konferenserna har också forskare med inriktning på organisatoriska aspekter av samverkan medverkat.

De övergripande organisatoriska förutsättningarna för att samverkan ska kunna utvecklas och vidmakthållas kan sammanfattas i följande punkter:

- Samverkan sker på alla nivåer – politiskt, administrativt och verksamhetsmässigt
- Samverkan sker inom tydliga ramar, baserad på formella beslut och upp-
rätthållen inom formell struktur samt kopplad till ekonomiskt ansvar
- Samverkan har acceptans i verksamheterna som ska samverka

Ibland tenderar diskussioner om samverkan att fokusera på att det behövs

organisatoriska förändringar med sammanslagning av resurser och tillskapande av nya verksamheter och team. Behoven av organiserad samverkan påverkas av faktorer som förändringar hos målgruppen, inom organisationerna och den rådande samhällsutvecklingen. I stället för att ”bygga om” verksamheter kan man skapa strukturer runt individen genom att koppla samman redan existerande verksamheter i nätverk eller konsultationsteam.

Vid KPM-konferenserna har flera deltagare påpekat det är stor skillnad mellan att arbeta i en storstad och en liten kommun. För att utveckla ett samarbete inom och mellan mindre kommuner behöver man finna andra vägar än i de större kommunerna. Bland annat har man i Norrbotten inom Kraftfält Norr (Gällivare, Kiruna, Jokkmokk och Pajala) arbetat i projekt för att ta fram riktlinjer för bättre samverkan mellan psykiatri, socialtjänst och primärvård. En handlingsplan för vad som ska gälla och vilka som ska kontaktas när man möter en person med komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk har upprättats. I mindre kommuner och i glesbygd får primärvården en central roll i arbetet med denna målgrupp eftersom det oftast är den medicinska resurs som finns tillgänglig.

Kortare beslutsvägar i mindre kommuner ger större möjlighet till utveckling av samarbetet, men det är också svårare att differentiera vård och stöd efter individuella behov då möjligheten att ta del av specialiserade resurser är mindre. Det kan vara stora geografiska avstånd till den psykiatriska öppenvården eller missbruks/beroendeverksamheten och ofta råder läkarbrist.

Inom några projektgrupper har man prövat samverkan i form av konsultations/bedömningsteam. Det ser olika ut vad gäller vilka aktörer som har varit inblandade i dessa team och hur arbetet utformats, men denna form för insatser tror vi kan utnyttjas i större utsträckning än vad som görs i dag. Konsultativa kontakter, till exempel mellan sjukvård, socialtjänst, kriminalvård, försäkringskassa med flera, kan utnyttjas för att samla ihop insatserna och hjälpen runt den det gäller. Det kan även ske med avidentifierade klienter.

Vi som arbetar i verksamheter där vi möter människor som har det mycket svårt och som har stora och komplexa behov, frestas emellanåt att fastna för *en* modell, *en* teori eller *en* organisationsform att utgå från. Kanske är det ett sätt för oss att försöka hantera den komplexitet vi möter. Inom missbruksvården har det genom åren funnits växlande trender vad gäller behandlingsinriktning och behandlingsmetoder. Under tiden med KPM-projektet har vi mött många som poängterat hur viktigt det är att få skapa och anpassa modeller som utgår från lokala behov och resurser och att planera eventuella organisationsförändringar och metodutveckling efter det.

Case management är en metod som många nu utbildas i på flera håll i landet då den visar sig fungera väl utifrån målgruppens behov. Forskningsstudier har visat att case management fungerar bra som stöd för brukare med psykossjukdom medan metoden hittills är mindre prövad vid samsjuklighet. Inom många kommuner och landsting kan case managers i ACT-team fungera som ett bra komplement till andra verksamheter men kanske passar modellen inte överallt. Det blir viktigt att differentiera även här och att det finns en sanktion för och

ett stöd från både nationell och regional nivå att utveckla alternativa sätt att organisera sig runt målgruppen.

Personliga ombud har en funktion som till vissa delar sammanfaller med funktionen hos en case manager. Den skiljer sig dock åt eftersom de personliga ombuden inte har ett behandlingsansvar på det sätt som en case manager har, men vi har fått beskrivet från flera håll i landet att de personliga ombuden är mycket viktiga för målgruppen och i arbetet med målgruppen.

Förutsättningar för samverkan

Samverkan är en process som ”innebär att man tillsammans med andra, ofta personer med annan utbildning och som är styrda av andra regelsystem och i en annan organisatorisk position, arbetar mot ett gemensamt mål” (Danermark 2003). Han betonar att ledningsfunktionen är av största betydelse för utfallet av samverkan under hela processen. Enligt Danermark bör följande förutsättningar finnas för att få en väl fungerande samverkan:

- den har en klar och tydlig ledning
- den har ett klart uttalat mål
- tillräckliga resurser ställs till förfogande
- skillnaderna mellan de samverkande avseende synsätt, organisation och regelverk har identifierats
- hindrande skillnader undanröjs eller, om detta inte går, sätt att hantera dem utvecklas

När vi vid KPM:s kartläggning av permanenta verksamheter frågat vad som möjliggör en bra samverkan fick vi svar som väl stämmer överens med betydelsen av de förutsättningar som Danermark tar upp.

Flera av projektgrupperna har beskrivit svårigheter som också kan förklaras utifrån punkterna ovan. Förberedelseiden för projekten var kort vilket innebar att uppdragen inte blivit förankrade i den omfattning som är nödvändig för att få en samverkan till stånd mellan inblandade huvudmän och deras respektive regelverk.

Kajsa Lindberg och Ewa Wikström, Handelshögskolan i Göteborg, framhöll vid föreläsning på en av de regionala konferenserna att det i inledningsskedet av ett projekt behövs planering för att skapa en plattform och legitimitet, samtidigt som det är viktigt att något börjar hända så att arbetet kommer igång. I början av ett projekt är gruppen som sämst rustad för att sätta mål och göra planer eftersom de inte vet hur projektet eller gruppen fungerar ihop. Därför bör mål och planer kunna arbetas om efterhand, beroende på hur samverkan utvecklas och brukarnas behov förändras. De betonar att detta är en anledning till att förändringsprojekt tar tid och måste få ta tid.

Att det tar lång tid att få en fungerande samverkan har många av verksamheterna som medverkat i KPM:s kartläggning beskrivit. Bland dem som arbetar med samordnad verksamhet sedan cirka 5–10 år tillbaka uppskattar man att det tagit minst 3–4 år att få samverkan att fungera. När samverkan väl är upparbetad beskrivs det som en mycket värdefull bas i det dagliga arbetet och att

det också inneburit en kompetensutveckling både inom verksamheten och gentemot respektive huvudman. En fungerande struktur inom och mellan verksamheter innebär inte bara en stor trygghet för brukarna utan även för personalen, vilket har betydelse för hur man klarar de påfrestningar arbetet innebär. Alla påpekar dock att en fungerande samverkan hela tiden måste underhållas för att ramar och struktur ska bevaras.

Ekonomiska aspekter på samverkan

Nilsson och Wadeskog (2005) har gjort beräkningar på vad en person som har missbruksproblem och en person med psykiska funktionshinder faktiskt kostar om de inte får behandling och de har även undersökt de ekonomiska effekterna av personliga ombud. Den modell för socioekonomiska bokslut som de tagit fram bygger på att det företagsekonomiska bokslutet kompletteras med kostnader ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Ett socioekonomiskt bokslut kan visa de positiva mervärden som inte registreras i ett vanligt bokslut.

Vid KPM-konferensernas föreläsningar tog Ingvar Nilsson bland annat upp problemet med att samverkansprojekt ofta har för kort livslängd för att komma förbi den kostnadspuckel som uppstår i början. Han menar att ett projekt behöver minst 2–3 år för att kunna visa på några effekter över tid och inte bara på kostnaderna.

Det sistnämnda stämmer väl in i de kritiska synpunkter som framförts till KPM-projektet. Många av deltagarna vid konferenserna uttryckte dessutom en önskan om att beställare, beslutsfattare och politiker skulle ta del av kunskap och erfarenheter från ett utvidgat sätt att tänka beträffande ekonomiska aspekter på rehabiliteringsinsatser.

Ökat brukarinflytande

Vid konferenserna har det vid flera tillfällen påpekats att brukar- och anhörigorganisationer glöms bort. Det är viktigt att ha med brukar- och anhörigorganisationer i såväl vårdssammanhang som utvecklingsarbete så att vi gemensamt kan arbeta för att stärka brukarnas inflytande över vården.

I samband med att KPM:s projektgrupp arbetade med att anordna de regionala konferenserna sökte vi kontakt med brukarföreningar och intresseorganisationer. Vi hade svårt att få kontakt med organisationer och föreningar som företrädar brukare som haft problem med missbruk/beroende och psykiatrisk problematik. Det kan bero på att vi inte kunde finna fungerande spridningsvägar för konferensinbjudningarna. Problemet med att finna brukare som kan föra gruppens talan kan också bero på att det kan vara ett svårt stigma att ha ett missbruk/beroende, likaså att ha en psykisk sjukdom. Att ha bägge svårigheterna kan innebära dubbel stigmatisering och dubbla handikapp när det gäller att ta plats i samhällsdebatten och planeringen av vårdinsatser.

Vi vet att det inom psykiatrin finns personer med missbruk/beroende av alkohol eller droger och då är det troligt att det även finns personer inom olika

intresseföreningar som har erfarenhet av samsjuklighet. Frågan är om det finns ett samband mellan att allmänpsykiatrin inte i tillräcklig omfattning uppmärksammar de brukare som använder alkohol eller droger och att det därmed blir svårt för personer med psykiatrisk problematik och erfarenheter från samsjuklighet att delta från brukarföreningarna?

Ett nationellt brukarinflytandeprojekt som arbetat på uppdrag av Nationell psykiatrisamordning har beskrivit hur brukarinflytande kan byggas in i verksamheter på olika nivåer och på olika sätt. Det kan spänna över allt ifrån större lyhörddhet för brukarnas önskemål om och behov av insatser till medverkan som konsulter i vården vid tillsättning av tjänster och inför organisationsförändringar.

Erfarenheter från sociala arbetskooperativ visar tydligt på vilken kraft till förändring och känsla av egenmakt som skapas när det finns ett stort utrymme för eget inflytande och ansvar. Om vi blir bättre på att ta tillvara brukarnas erfarenheter och ökar utrymmet för brukarinflytande inom våra organisationer skulle det kanske hjälpa oss att föra utvecklingsarbetet vidare till handling mer än fortsatta diskussioner och utredningar. Förtroendeskapande processer tar tid både i det individuella arbetet men också inom organisationer. Förtroende skapas i handling mer än ord och därför är det viktigt att bygga strukturer som skapar förtroende.

Utvecklingsområden och utbildningsbehov

Utvecklingsområden

Från många håll betonas betydelsen av att de behandlingsmetoder vi använder ska utgå från evidensbaserad kunskap. Kunskapen som inhämtas ska till största delen bygga på vetenskapligt genomförda studier men även klinikers/praktikers erfarenhet och brukarnas utvärdering av de insatser de tagit del av.

I det fortsatta utvecklingsarbetet har några områden identifierats av projektet:

- Öka olika former av brukarinflytande på alla nivåer inom organisationerna
- Förbättra och utveckla dokumentation av det utforskande arbete som görs av brukare och behandlare i det dagliga arbetet och av vilka förändringar insatserna leder till för brukaren
- Närmare koppling och utökad samarbete mellan forskare vid universitet, högskolor och praktiker som arbetar med psykosocialt behandlingsarbete
- Samla den kunskap och de erfarenheter som gjorts och görs, till exempel genom att etablera eller förstärka regionala nätverk bestående av verksamheter, myndigheter, intressenätverk och brukarorganisationer
- Krav på att projektansökningar ska vara förankrade i en långsiktig utvecklingsplan
- Möjlighet att kontinuerligt söka medel för utvecklingsarbete

- Förstärkning av Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser, bland annat med resurser för att kunna utveckla och löpande uppdatera information på deras hemsida. För att underlätta kunskapssökandet skulle man exempelvis kunna bevaka både dagspress och fackliga tidskrifter samt forskningsrapporter och lägga ut blänkare om nyheter och länkar till aktuella artiklar.

Utbildningsbehov

Under projektarbetets gång, och särskilt under de avslutande fem konferenserna, framkom att kunskapsläget i dag förmodligen är ganska gott bland dem som arbetar nära målgruppen. Vid KPM:s konferenser fick vi dock återkommande kommentarer om att kunskapsläget bland beslutsfattare, såväl politiker som administrativt ansvariga, ofta är mycket bristfälligt. Vid alla konferenser framfördes önskemål om utbildningsinsatser riktade till dessa grupper. Även beslutsfattare och administratörer borde ges möjlighet att mötas för kunskapsutbyte på samma sätt som vid KPM-projektets konferenser.

Önskemål om fortsatta möjligheter att mötas för kunskapsutbyte, såväl lokalt som nationellt, framfördes vid utvärderingarna av konferenserna. Man vill gärna mötas i liknande former som vid KPM:s regionala konferenser, det vill säga med tyngdpunkten på seminariediskussioner snarare än föreläsningar. KPM-konferenserna hade ett brett anslag med många olika seminarieteman samtidigt. Framöver skulle man rikta in sig på mer avgränsade teman för personer som jobbar inom ett visst område, till exempel boende, behandling eller sysselsättning för att kunna fördjupa sig inom varje område.

Fast det i dag finns starkt vetenskapligt stöd för att behandling av missbruk/beroende och samtidig psykisk störning ska ske samtidigt, är det fortfarande många företrädare för psykiatrin som hävdar att beroendevården först ska behandla missbruket innan långsiktiga psykiatriska insatser kan sättas in. På samma sätt som aktuella forskningsrön, riktlinjer etc. kring annan psykiatrisk problematik implementeras i verksamheterna måste det göras även vad gäller kunskaper om missbruk och psykiatrisk samsjuklighet. Det är viktigt att psykiatrin kan erbjuda specialiserad beroendevård, men det är lika viktigt att allmänpsykiatrin och psykosvården har tillgång till kunskaper så att de kan arbeta med missbruksproblematik inom sina målgrupper.

Inom socialtjänst och andra vårdgivare utanför sjukvården finns fortfarande stora brister i förståelsen av psykiatriska sjukdomars och störningars orsaker och konsekvenser. Bland dem som arbetar direkt med målgruppen är naturligtvis kunskapen större, och inom exempelvis socialtjänsten finns det ett starkt intresse av att öka och fördjupa sin kunskap om psykiatriska tillstånd.

Det finns i dag en hög representation av socionomer inom socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamheter, och i viss omfattning även inom sjukvårdens beroendevård. Förekomsten av andra paramedicinska grupper som psykologer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom dessa verksamheter är dock fortfarande blygsam. Detta är grupper vars kompetens behövs, med tanke på målgruppens komplexa behov. Kunskap om vad dessa grupper kan bidra med

behöver spridas samtidigt som deras intresse för beroendevård måste ökas.

Vad gäller kompetensen hos de yrkesgrupper som arbetar med vård och stöd till målgruppen varierar denna stort. Generellt kan dock sägas att ju mer man arbetar med nära dagliga insatser för gruppen, desto lägre formell utbildning har man. Samtidigt är det ofta de insatserna som på sikt betyder mest för brukaren. Boendestödjare och/eller behandlingsassistenter är tjänstebeteckningar som används för personer med högst skiftande kompetens samtidigt som de förväntas stödja människor med, ibland, mycket allvarliga störningar både i relation till andra och i sättet att hantera sitt eget liv. I det direkta vård- och stödarbetet behövs både den teoretiska kunskapsbasen och kunskaper om exempelvis förhållningssätt och förändringsprocesser förstärkas. Man behöver i högre grad definiera vilka kunskapskrav och vilken utbildningsnivå som behövs för dessa personalgrupper.

Vid några av de boenden som är med i kartläggningen har arbetsledningen tagit fasta på betydelsen av att ha en hög kompetens bland personalen. Man kommer därför att satsa på olika vidareutbildningar för nuvarande personal samt ha krav på högskoleutbildning vid nyrekrytering. Att arbeta med mer omvårdnadsorienterade insatser i brukarens vardag är inte mindre kvalificerat än att arbeta med mer specialiserade och avgränsade behandlingsinsatser, snarare tvärtom. Det blir svårare att sätta gränser såväl känslomässigt som ansvarsmässigt när man arbetar mitt i en annan människas vardagliga liv.

Tillgång till handledning av handledare med kunskap om klientgruppen borde vara en självklarhet! Liksom tillgång till emotionellt stöd i det många gånger känslomässigt påfrestande arbetet.

Förslag på framtida utbildningsinsatser:

- Stärka kunskap om målgruppen inom ramen för grundutbildningar inom vårddyrkena
- Öka kunskapen om psykiatriska sjukdomar och tillstånd inom psykosociala utbildningar och psykologprogram
- Öka kunskap om psykologi och socialt arbete inom medicinska utbildningar
- Tillse att utbildning i grundläggande beroendelära blir obligatorisk inom alla vårdutbildningar, till exempel för skötare/undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, psykologer, socionomer, socialpedagoger, arbetsterapeuter och sjukgymnaster
- Riktade utbildningsinsatser för chefer och politiker för att öka kompetensen om målgruppen samt om vilka insatser som behövs
- Fortsatt satsning på utbyte av erfarenhet och kunskaper mellan verksamheter och organisationer, till exempel via regionala och nationella konferenser kring olika aspekter av arbetet med målgruppen
- Lokalt organiserat kunskapsutbyte mellan sjukvård, socialtjänst, kriminalvård, brukar- och frivilligorganisationer
- Samordna lokalt kunskapsutbyte och seminarier med länsstyrelserna. På en del håll har länsstyrelserna haft en viktig roll i att stödja implementering och utveckling av kunskap kring målgruppen. Länsstyrelserna skulle kunna vara

en än mer aktiv part i att stötta detta arbete tillsammans med ansvariga vårdorganisationerna

- På samma sätt som lokala samverkansstrukturer behöver stadfästas, behövs det tas fram lokala utbildningsplaner i samverkan mellan vårdgivare. Dels för att tillse att ny personal ges basal kunskap om målgruppen (återkommande basutbildningar), dels planer för vidareutbildningar
- Vidareutbildningar för personal som möter målgruppen bör i högre grad arrangeras i samverkan med eller organiseras av universitet och högskolor
- På sikt bör ett nationellt kompetenscentrum kring beroende/missbruk/psykiatri utvecklas i samverkan mellan universitet/högskolor, kommuner, landsting och kriminalvård. Även på regional nivå skulle sådana kompetenscentra kunna bildas i samverkan mellan berörda organisationer, universitet och högskolor
- Fortsatta samverkansutbildningar samt utbildningar kring metoder för integrerade insatser, som exempelvis case management och ACT-team

Hur går vi vidare?

De förslag vi tagit fram utgår från de erfarenheter och synpunkter vi fått från verksamheter och projekt som deltagit i projekt KPM:s arbete.

Det är viktigt att utvecklingsarbetet kring målgruppen fortgår samt att det finns ett stöd och en styrning från nationell nivå.

För att möjliggöra detta krävs:

- Att en långsiktig, nationell handlingsplan upprättas för utveckling inom området psykiatri och missbruk
- Att ett nationellt register uppförs över verksamheter riktade till målgruppen
- Att Socialstyrelsen har uppdraget att hålla i och kontinuerligt uppdatera registret
- Att ett nationellt och flera regionala kompetenscentra kring beroende/missbruk/psykiatri etableras i samverkan mellan universitet/högskolor, kommuner, landsting och kriminalvård
- Att ett nationellt kvalitetsregister för beroendevård upprättas, gemensamt för sjukvård, socialtjänst, kriminalvård och SiS
- Stöd till klinisk forskning inom området
- Förstärkning av Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser, samt regionala nätverk

Vi anser att man **på nationell nivå**, via Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, **bör ta ett tydligt ansvar** för att leda det fortsatta utvecklingsarbetet i enlighet med ovanstående förslag.

En **nationell handlingsplan** som bygger vidare på 10-punktsprogrammet från Nationell psykiatrisamordning och Mobilisering mot narkotika bör tas fram

för målgruppen. Handlingsprogrammet bör utgå från rekommendationerna i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård samt tydligt visa på de olika vårdgivarnas ansvarsområden och beröra såväl vård- och behandlingsutbud som samverkansformer. Programmet bör också fokusera på frågor kring kvalitetssäkring, dokumentation och uppföljning. Detta arbete ska ske i nära samarbete med brukar- och anhörigorganisationer samt intresseorganisationer som Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser.

Vi tycker också att det är angeläget att det under det kommande året anordnas **nationella och regionala konferenser** för att följa upp pågående utvecklingsarbete.

Referenslista

- Danermark, B. (2004). *Samverkan en fråga om makt*. Örebro: LäroMedia.
- Danermark, B. (2005). *Samverkan – himmel eller helvete?*, Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (1994). Mini-D IV. Danderyd: Pilgrim Press.
- Drake, R.E., Mueser.K.T., Clark.R.E., m.fl., *Dubbel diagnos – Behandling av svårt psykiskt sjuka missbrukare*. Volym 2: Aktuell forskning (1997). Stiftelsen ETT HELT LIV.
- Fridell, M. (1995) *Psykisk störning och drogmissbruk*. Stockholm: Socialstyrelsen, Barn- och ungdomsenheten.
- ICD-10 Klassifikation av sjukdomar Kap. V – Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar*. WHO. Godkända av Socialstyrelsen 950917. Uppsala: Akademiska sjukhuset.
- Malm, U. (2002). *Case management, evidensbaserad integrerad psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Meuser, K.T. , Noordsy, D. L., Drake, R. E. Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Mueser, K.T., Drake.R., Fox.T., m.fl. (1995) *Dubbel diagnos – Behandling av svårt psykiskt sjuka missbrukare*. Stiftelsen ETT HELT LIV
- Nilsson, I, Wadeskog. A. (2005). *Den dolda lönsamheten? Socioekonomiska bokslut som en metod att värdera sociala företag*. Europeiska Socialfonden i Sverige.
- Palmstierna. T, (2004). *Fokusrapport. Behandling av personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk*.www.hsn.sll.se/mpa
- Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. (Kap 8 Missbruk och beroende och samtidig psykisk och eller somatisk/sjuk-

dom (samsjuklighet) Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Socialstyrelsen, IBSN: 978-91-85482-90-0, Artikelnr: 2007-102-1.

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

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

Statens offentliga utredningar, SOU 2005:82 (2005). *Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling*.

Statens offentliga utredningar, rapport 2006:6 från Nationell psykiatrisamordning (2006). *Så vill vi ha det – Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet*.

Statens offentliga utredningar SOU, 2006:100 (2006). *Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning.

Öjehagen A, Hansson L, Sandlund M, Gustafsson G, Cruce C, Nyström M, Glad J, Jonsson A-K, Fredriksson M. *Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolar sjukdom. En sammanställning av systematiska kunskapsöversikter*. IMS, Socialstyrelsen, IBSN 91-85482-88-9, nr 2006-110-37, www.socialstyrelsen.se, 2006.

Bilagor

- Bilaga 1** Uppdragshandling för projekt KPM – sid 62
- Bilaga 2** ACT-team och case management – sid 66
- Bilaga 3** Frågeformulär ”Uppgifter och frågeställningar som underlag för intervju” – sid 68
- Bilaga 4** Sammanställning av KPM:s kartläggning – sid 74
- Bilaga 5** Exempel från verksamheter – sid 111
- Bilaga 6** Kort sammanställning av projektgruppträffar i landet – sid 122
- Bilaga 7** Frågor till RAM:s medlemsmottagningar och sammanställning av svar – sid 126
- Bilaga 8** Förteckning över verksamheter – sid 129

Bilaga 1

Riktade projekt

2005-10-27
rev 2005-12-08

Personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk

Till projektet utses en arbetsgrupp och en styrgrupp.

Kunskapen om att personer som både har en psykisk sjukdom och missbruksproblem har svårt att få adekvat behandling och stöd har funnits länge. I psykiatriutredningen och i Socialstyrelsens slututvärdering av psykiatrireformen framhölls att psykiskt störda med ett missbruk var en av samhällets mest utsatta grupper. En bidragande anledning till att gemensamt ansvarstagande inte sker i dag är de ansvariga huvudmännens uppdelade ansvar. Ansvaret för missbrukarvården finns hos kommunerna, primärvården ska ge medicinsk service och psykiatrins ansvar är att erbjuda avgiftning och fortsatt behandling för den psykiska sjukdomen. Ofta är psykiatrin uppdelad i beroendevård och allmänpsykiatri.

Benämningarna för att beskriva de personer vi avser varierar, vanligt är att uttrycket dubbeldiagnos används (vilket inte entydigt behöver betyda missbruk och psykisk sjukdom), psykiatriutredningen använde missbrukare med svår psykisk störning och Stockholms läns landsting har i sitt programarbete använt personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk störning och missbruk. Vi har valt att använda oss av begreppet personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk med tillägget att med psykisk sjukdom avser vi såväl psykisk störning, psykiskt funktionshinder som neuropsykiatriskt funktionshinder.

Kunskapen om hur personer med samtidig psykisk sjukdom och missbruksproblem kan få bättre hjälp har också funnits en längre tid. I Socialstyrelsens uppföljning¹ uttrycks att ”Samtidig och samordnad behandling samt stöd till personer som har både missbruksproblem och psykiatriska tillstånd borde vara en självklarhet i dag.”

¹ Socialstyrelsen. Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem En långtidsuppföljning av Socialstyrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatrireformen. 2004.

Vi vet att det i dag finns intresse för att utveckla metoder och samarbetet kring målgruppen. Exempel på detta är:

- Regeringens satsning på psykiatri och socialtjänst med 400 miljoner kronor år 2005 till kommuner och landsting avser personer med psykiska funktionshinder i stort men speciella målgrupper har uppmärksammats av länen, bland annat personer med psykiska funktionshinder och samtidigt missbruk.
- Sveriges Kommuner och Landsting har tillsammans med tre län, delar av län, erhållit särskilda utvecklingsmedel för att bedriva metodutvecklingsarbete avseende arbetet med målgruppen. Nästan 100 kommuner och 15 landsting anmälde sitt intresse för deltagande i projektet.
- Sedan en tid tillbaka finns ett nationellt nätverk, Svenska Nätverket - Dubbeldiagnoser alkohol- och drogmisbruk. Nätverket har etablerat samverkan med motsvarande nätverk i övriga nordiska länder. Det svenska nätverket består av representanter från bland annat kommuner, landsting, SiS-institutioner, forskare med flera. Syftet med nätverket är att få till stånd en utveckling i arbetet med målgruppen.

Nationell psykiatrisamordning har tillsammans med Mobilisering mot Narkotika, juni 2005, deklarerat en programförklaring i 10 punkter Missbruk och samtidig psykisk sjukdom med syfte att slå fast grundförutsättningarna för att personer med både missbruk och psykisk sjukdom ska kunna få ett bättre bemötande.

Med kunskap om de svårigheter som har funnits och fortfarande finns med att få till stånd ett förändrat arbetssätt i nära samarbete mellan de olika huvudmännen vill Nationell psykiatrisamordning initiera ett projekt med syfte att understödja det pågående utvecklingsarbetet och om möjligt påverka att det vidmakthålls och resulterar i att personer med komplexa vårdbehov på grund av missbruk och psykisk sjukdom får adekvat vård, stöd och behandling. Nationell psykiatrisamordning är projektets uppdragsgivare, Beroendeklinken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Område Östra är utförare och arbetet ska ske i nära samarbete med Svenska nätverket för Dubbeldiagnoser. Projektet ska följa Socialstyrelsens arbete med utformande av nationella riktlinjer.

Långsiktigt mål

Att alla landsting och kommuner i Sverige ska bedriva verksamheter som kan möta behoven hos vuxna med missbruk och samtidig psykisk sjukdom.

Syfte med denna satsning

Att samla den kunskap och erfarenhet som finns i Sverige i dag

Att stödja verksamheter som i dag arbetar i nära samarbete mellan kommun och psykiatri

Att stödja verksamheter som har för avsikt att starta

Att stödja utvecklings- och kvalitetsarbete inom området.

Metod

- Att kartlägga vilka landsting och kommuner som i dag bedriver riktad verksamhet/nära samarbete till målgruppen, vilka olika enheter samverkar, vilka metoder använder de, vilken delmålgrupp riktar de sig till, hur många patienter/klienter arbetar de med, finns resultatuppföljning med mera.
- Att kartlägga vilka landsting och kommuner som håller på att starta eller har för avsikt att starta (vilka samverkar, vilka metoder tänker de använda sig av, vilken målgrupp riktar de sig till, hur många patienter/klienter har de för avsikt att nå, hur mäta resultat med mera)
- Sprida kunskap om verksamma metoder till de som avser att starta ett nära samarbete kring målgruppen och även befintliga team/verksamheter som så önskar
- Planera seminarier och initiera nätverk
- Planera och genomföra utbildningssatsningar
- Översätta manual från USA och utveckla för svenska förhållanden för att kvalitetssäkra verksamheter som riktar sig till målgruppen.
- Finna kontakter och samarbetsformer med SiS och Kriminalvården.

Tidsplan

Projektet pågår 051101–071031

Under hösten 05:

Utforma detaljerad arbetsplan

Påbörja kartläggningsarbetet.

Samla till ett första erfarenhetsutbytesmöte med intresserade enheter i Sverige.

Våren 06:

Träffar i nätverk och etablera ”stödfunktion/erfarenhetsutbytesbank”

Stimulera utvecklande av lokala vårdprogram.

Våren 07:

Rapport till Socialstyrelsen lämnas mars 2007

Strategier för fortsatt arbete utformas

Hösten 07:

Resultatspridning och projektet avslutas genom att införlivas i ordinarie strukturer.

Utvärdering

Avrapportering av projektet till psykiatrisamordningen fortlöpande.

Rapport till SoS senast maj 2007 presenteras utvärdering av hur många enheter som finns och någon typ av poängbedömning av vad man har att erbjuda samt hur vård och stöd ser ut.

Styrgrupp

Till projektet ska knytas en styrgrupp med en representant från Nationell psykiatrisamordning, en representant från DD-nätverket, två brukarrepresentanter, en representant från Sveriges Kommuner och Landsting, chef från egna organisationen.

Ekonomi

Projektledning 100% lön inkl 0,5 soc avg 600 000/år		1 200 000 kr
Adm tjänst ca 25% 100 000/år		200 000 kr
Arvoden till utbildare och handledare		600 000 kr
Projektansvarig	50 000/år	100 000 kr
Arvoden till arbetsgrupp:	150 000 kr / år	300 000 kr
styrgrupp:		30 000 kr
Omkostnader för projektledartjänst		100 000 kr
Resor		200 000 kr
Omkostnader (material, tryck, porto m.m.)		300 000 kr
Nätverksmöten för 100 deltagare		200 000 kr
Seminarier mm		320 000 kr
Utvärdering		50 000 kr
Summa:		3 600 000 kr

Om projektets utveckling kräver förändring av kostnader mellan olika poster eller att nya kostnader tillkommer kan budgeten omförhandlas med Nationell psykiatrisamordning och Socialstyrelsen

Bilaga 2

ACT- team och case management

Case management är en metod som länge använts inom psykosvården. Den har i forskningsstudier visat sig fungera som ett bra stöd för personer med psykosjukdom medan metoden hittills är mindre utprovad för personer med samsjuklighet.

ACT-modellen (Assertive Community Treatment) enligt definition (Malm m.fl., 2002):

- Samhällsbaserade team med ansvar för en definierad grupp av patienter
- Multidisciplinära team med ett aktivt uppsökande arbetssätt
- Case managers med ansvar för högst 20 klienter vardera
- Icke tidsbegränsade tjänster
- Koordination av alla interventioner och alla medverkande personers insatser
- Mobilt krisstöd dygnet runt
- Hög grad av tillgänglighet

Case managerns arbetsuppgifter (Malm m.fl.):

- Planera ihop med klienten för att få till stånd gemensamma beslut
- Säkerställa kontinuitet i personkontakter
- Tillsammans med teamet fungera som ”enstoppsstation” och ta ett samlat ansvar för genomförande av all behandling och praktisk hjälp på individnivå
- Vara ombudsman för klienten och bevaka dennes sociala och juridiska rättigheter
- Vara lärare och utbildare
- Fungera som rollmodell
- Vara problemlösare

ACT-modellen riktar sig till personer med allvarlig och långvarig psykisk sjukdom eller personlighetsstörningar, som har flera funktionshinder och som inte kan tillgodogöra sig traditionell öppenvårdsbehandling.

Grunden för case-management enligt ACT-metoden har i Sverige sitt ursprung från erfarenheter gjorda på flera platser runt om i landet. Den samlade erfarenheten har visat att arbetet kring psykiskt störda missbrukare med komplexa vårdbehov kräver:

- gemensam ledningsorganisation mellan landsting och kommun som leder verksamheten
 - multidisciplinärt sammansatta team som tillsammans ansvarar för målgruppen
 - en eller två anställda som tar ansvar för samtliga frågor som rör individen
- Case managern är metodansvarig och arbetar aktivt uppsökande för att säkerställa en kontinuitet dels med klienten, dels med de kontakter som finns runt klienten. Motivationsarbete är ett viktigt inslag i behandlingen.

Arbete enligt ACT-modellen ställer helt nya krav både på de anställda och de organisationer som finns kring dem. Det kan handla om att släppa ifrån sig ansvar, arbeta tillsammans med andra för att finna insatser som passar individen och om att frånga den praxis som gäller andra patient/klientgrupper.

För att kunna finna individuella lösningar är det nödvändigt att personer från de olika organisationerna med beslutande makt tillsammans träffar teamen. Syftet med dessa träffar i så kallade primärteam är att gemensamt lösa frågor angående betalningsansvar, avsteg från norm och annat som teamet ställs inför i det dagliga arbetet. Genom primärteamen får ACT-teamet tillgång till hela det stödssystem som behövs för att individen ska få bästa möjliga omhändertagande. Viktigt i detta sammanhang är att fundera på vilka representanter som behöver finnas med för att så många typer av beslut som möjligt ska kunna fattas vid sittande bord.

Den metodutveckling i case management som initierats av Nationell psykiatrisamordning och drivits av Sveriges Kommuner och Landsting i samarbete med Växjö universitet har nyligen utvärderats av forskare vid Mälardalens högskola. Utvärderingen ”Att utbilda vävare och bygga vävstolar samtidigt. Utvärdering av Sveriges Kommuner och Landstings metodutvecklingsarbete med case management för människor med dubbla diagnoser” finns på www.mdh.se.

Bilaga 3

Uppgifter och frågeställningar som underlag för intervju

Verksamhetens namn

Adress

Telefonnummer

Drivs verksamheten:

Permanent

Som projekt

Organisationstillhörighet

Kommun: Individ och familjeomsorg

Vård/omsorgs/handikappförvaltning

Specialiserad missbruks/beroendeverksamhet

Landsting: Primärvård

Psykiatri

Specialiserad beroendeverksamhet

Psykiatri / beroende

Samordnad/integrerad verksamhet

Två eller flera huvudmän

Vilka?

Finns avtal som reglerar ekonomi och/eller organisation för den samordnade/integrerade verksamheten?

Vårdform för verksamheten: (flera alternativ kan fyllas i)

Öppenvård Slutenvård Boende Sysselsättning

Uppsökande/mobilt team

Annan, vilken?

Beskrivning av målgrupp för verksamheten.

Mål med verksamheten.

Hur länge har verksamheten existerat i nuvarande form?

Antal anställda.

Yrkeskategorier.

Namn på den som svarar på frågorna i detta formulär.

E-postadress.

A. Uppgifter om de klienter/patienter som finns i verksamheten

1. Hur många individer var aktuella för insatser vid er verksamhet under 1 år?

Ange vilket år.

2. Riktat sig verksamheten till en speciell klient/patientgrupp utifrån

Diagnos; vilken /vilka?

Kön

Ålder

3. Ange i procent ungefär hur stor andel av verksamhetens klienter/patienter som ni uppfattar har psykisk sjukdom/psykiska besvär och som har ett behov av att få en bedömning gjord för att fastställa diagnos.

4. Ange i procent ungefär hur stor andel av era klienter/patienter där ni vet att det finns en diagnos ställd men ni vet inte vilken.

5. Ange i procent ungefär hur stor andel av verksamhetens klienter/patienter där ni inte vet om det finns någon diagnos ställd.

6. Ange i procent ungefär hur stor andel av verksamhetens klienter/patienter som enligt DSM IV / ICD 10 har diagnosen: (se definition i bilaga)

Missbruk / skadligt bruk

Beroende

7. Har era klienter/patienter huvudsakligen problem med:

Alkohol

Läkemedel

Narkotika

8. Har era klienter/patienter huvudsakligen problem med:

Blandmissbruk

Vilka substanser?

9. Vilket är det vanligaste sättet era klienter/patienter kommer i kontakt med er verksamhet?

Eget initiativ

Remiss från eller kontakt genom andra vårdgivare/myndighetspersoner (även internremis)

På initiativ av anhöriga/socialt nätverk

Annat sätt, vilket?

B. Kartläggning och bedömning av klienter/patienter vid er verksamhet

1. Hur samlar ni in kunskap om de individuella behoven av hjälp och stöd?

- Öppet individuellt samtal utan formell struktur
- Strukturerad intervju utifrån anamnes-mall
- Formella kartläggnings/bedömningsinstrument (t.ex. DOK, ASI; ange vilka)
- Samtal med anhöriga/socialt nätverk
- Samtal med det professionella nätverket

2. Vilka deltar rutinmässigt vid kartläggning och bedömning?

- Endast enskild handläggare/behandlare
- Olika yrkeskategorier inom den egna verksamheten (team)
- Andra verksamheters handläggare/behandlare. Vilka?
- Anhöriga/socialt nätverk

3. Finns det något ni vill utveckla vad gäller ert kartläggningsarbete?

4. Vilken är den vanligaste formen för samverkan vid kartläggning och bedömning? (Välj ett alternativ)

- Formaliserad samverkan enligt tydlig överenskommelse
- Informell samverkan huvudsakligen baserad på enskilda handläggare/behandlares initiativ

5. Hur fungerar samverkan vid kartläggning och bedömning?

5.1. Vad fungerar bra i den samverkan ni har vid er verksamhet?

5.2. Vad fungerar inte?

5.3. Vad behöver utvecklas eller förändras för att det ska fungera bättre?

5.4. Finns det någon speciell klient/patientgrupp som är svårare att samverka runt? (T.ex. vad som utmärker den klient/patientgruppen, på vilket sätt svårigheter uppstår?)

C. Stöd- och behandlingsinsatser

1.1. Vilka stöd- och behandlingsinsatser erbjuds klienterna/patienterna inom er verksamhet?

	Vid er verksamhet	Genom samverkan
Stöd för drogfrihet genom yttre kontroll (drogtest, alkometer, Antabusutdelning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuella motiverande/stödjande/psykoterapeutiska samtal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par och familjebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rådgivning/konsultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nätverksarbete involverande närstående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anhörigstöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbets träning/sysselsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Särskilt boende/stöd till eget boende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialt stöd, tex vid myndighets/vårdkontakter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avgiftning; läkemedels utsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmakologisk behandling av alkoholmissbruk; t.ex. Campral, Revia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmakologisk behandling av opiatberoende; t.ex. Subutex, Metadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykofarmakologisk behandling (t.ex. antidepressiva, lugnande medel, antipsykosmedel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan insats, vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2. Ange om ni utgår från en speciell inriktning/metodik i ert arbete? (T.ex. MI, KBT, KPT, DBT, systemiskt, psykodynamisk eller annat)

1.3. Vilka andra verksamheter samverkar ni huvudsakligen med när det gäller stöd- och behandlingsinsatser? (ange huvudmän)

2. Hur samordnas insatserna mellan olika verksamheter?

- Fasta strukturer inom samverkansgrupp, enligt t.ex. case management-modell
- Fasta rutiner för nätverksträffar/uppföljning
- Efterhand som behov av samordning/uppföljning uppstår i varje enskilt ärende
- Integrerad verksamhet i permanenta team
- Inte alls

3. Hur fungerar samverkan när det gäller att samordna olika insatser?
 - 3.1. Vad fungerar bra i den samverkan ni har vid er verksamhet?
 - 3.2. Vad fungerar inte?
 - 3.3. Vad behöver utvecklas eller förändras för att det ska fungera bättre?
 - 3.4. Finns det någon speciell klient/patientgrupp som är svårare att samverka runt(t.ex. vad som utmärker den klient/patientgruppen, på vilket sätt svårigheter uppstår)

D. Utvecklingsarbete

1. Har ni handledning vid verksamheten?

- Ja
- Nej

2. Uppföljning/utvärdering

2.1. På vilket/vilka sätt beskriver verksamheten sina resultat?

2.2. Hur tar verksamheten tillvara brukarnas kunskap och erfarenhet?

- Frågeformulär
- Utvärderingssamtal tillsammans med brukare
- Utvärderingssamtal tillsammans med brukare och nätverk
- Allmänt i det vardagliga arbetet

3. Drivs verksamheten som projekt eller deltar i något utvecklingsprojekt?

Namn på projektet:

Ansvarig för projektet:

3.1. Beskriv syftet med projektet.

3.2. Vilka andra verksamheter/organisationer ingår i projektet?

3.3. Varifrån kommer medel till projektet?

3.4. Görs utvärdering av projektet; i så fall av vem?

3.5. Vad är planerat för projektverksamheten efter projekttidens slut

3.6. På vilket sätt dokumenteras

- hur många nya klienter/patienter som kommer till verksamheten?

- hur många fler som får bättre hjälp nu jämfört med innan projektet startade?

4. Pågår något utvecklingsarbete vad gäller samverkan med brukarorganisationer?

5. Vilka behov av utveckling, utbildning och/eller stöd har ni vid er verksamhet framöver? (Oavsett om ni deltar i projekt eller inte)

6. Finns det några kommentarer eller synpunkter ni vill tillägga som är viktiga att lyfta för en övergripande diskussion?

Bilaga 4

Sammanställning av kartläggningen

Grunden för kartläggningen är ett antal frågeställningar som formulerats utifrån projektets uppdrag. Redovisningen baseras på svaren i 64 formulär som besvarats antingen vid besök i verksamheten eller per telefon. Kartläggningen omfattar permanenta verksamheter med undantag för tre projekt där det varit beslutat att projektet skulle bli permanent verksamhet efter projekttidens slut.

1. Boenden (18 verksamheter)

Organisation

Femton av boendena drivs i kommunal regi, och tre som samordnad verksamhet mellan kommun och landsting.

Tolv av boendena har tillskapats efter 2003 vilket innebär att många fortfarande kan antas vara i ett uppbyggnadsskede.

Personalen i boendena består av arbetsgrupper mellan fem och 14 personer. De flesta boenden har behandlingsassistent eller boendestödare som tjänstebe-teckning för sin personal och variationen är stor för vilken yrkesbakgrund de har. Vanliga personalkategorier är: vårdare, skötare, socionom, behandlingsas-sistent, beteendevetare, sjuksköterska, fritidspedagog, socialpedagog, förskol-lärare.

Målgrupp

Tolv av de 18 boendena vänder sig främst till personer med psykosrelaterade sjukdomar.

Av 18 boenden har 17 både män och kvinnor som målgrupp, en har enbart män, medan inget boende riktar sig speciellt till kvinnor.

Antal platser i boendet varierar mellan fem och 38 platser, vanligast är 8–10 platser. Målgruppen har komplexa vårdbehov och målet med boendet är bl.a. att skapa en stabil boendesituation vilket leder till att omsättningen på platser inte är stor.

Blandmissbruk är vanligast; alkohol, amfetamin, hasch.

Mål med verksamheten

Återkommande beskrivningar är att skapa trygghet och stabilitet i boendet, hitta en fungerande vardag, ökad livskvalitet (bland annat med att få hjälp med rätt medicinering och få insatser för sina funktionshinder), minska återfall i missbruk, förhindra inläggning inom slutenvård.

Kartläggning/bedömning

Vid 13 boenden använder sig av öppet individuella samtal, fem boenden har strukturerad intervju utifrån anamnesmall och fyra använder formella kartläggnings/bedömningsinstrument. De instrument som används är: DOK (1), ASI (1), egna skattningsskalor (2). Inför ansökan om bistånd till boende har handläggare inom socialtjänsten gjort en utredning som ibland inkluderar ett formellt kartläggnings/bedömningsinstrument, oftast ASI. (Se diagram 3, sid 104.)

Endast tre boenden har samtal med anhöriga/socialt nätverk och sju har samtal med det professionella nätverket. Flera boenden har en kombination av ovanstående. (Se diagram 2, sid 103.)

Tretton respektive 14 boenden har olika yrkeskategorier och andra verksamheters handläggare som deltar rutinmässigt vid kartläggning och bedömning. Vanligaste är att socialtjänst och psykiatri är involverade. Ett boende använder sig av endast enskild handläggare och ett boende har med anhöriga/socialt nätverk vid kartläggning. (Se diagram 4, sid 104.)

Utveckling av arbetet med kartläggning/bedömning

- Få mer information från inblandade och/eller bättre rutiner för att göra en vårdplanering
- Få med anhöriga både i kartläggningsarbetet och överhuvudtaget i arbetet
- Ta större hänsyn till den boendes egna önskemål
- Bättre samverkan med kringresurser.

Samverkan vid kartläggning

Vid 17 av boendena finns en formaliserad samverkan enligt tydlig överenskommelse.

Vad fungerar bra?

Sammanställning av svar från 17 boenden:

- När det finns en upparbetad struktur för hur vårdplaneringen ska gå till
- När det finns upparbetade kontakter med övriga aktörer och man deltar i bedömningen
- När alla håller överenskommelser
- När det finns regelbundna mötesplatser
- När det finns intresse för samarbete, en ”prestigelös atmosfär”

När det går att lyfta även konkreta frågor till ledningsnivåer

Vad fungerar inte?

De kommentarer vi fått från 15 av de 18 boendena kan sammanfattas i följande områden:

- När det är bristfälliga utredningar eller dålig information om klienten
- När det finns för dålig kunskap om målet med verksamheten
- När samverkanspartners inte kan medverka på grund av resursbrist eller tidspress (ofta psykiatrin)
- Dålig kommunikation

Vad behöver utvecklas eller förändras?

Sammanställning av svar från 14 boenden:

- Tydliga avtal från starten av en verksamhet
- Högre kunskapsnivå hos samverkanspartners om målgruppens behov
- Att alla blir bättre på att kalla till vårdplaneringsmöten
- Fler former för olika boenden, t. ex. neuropsykiatriska funktionshinder
- Förbättrade avtal och rutiner
- Respekt för varandras kompetenser

Klient/patientgrupper som är svåra att samverka runt i kartläggningsskedet?

Sammanställning av svar från 13 boenden:

- Personlighetsstörningar med missbruk och utagerande beteende
- Personer med neuropsykiatriska funktionshinder
- Personer som är dåligt utredda eller inte har en diagnos
- Personer som blir psykotiska när de drogar
- Personer med begåvningsfunktionshinder
- Personer som avvisar kontakt

Insatser

Se diagram 5, sid 105.

Inriktning på metodik

Tre av boendena svarar att man har en humanistisk grundsyn som bas för sitt arbete, två uttrycker att man arbetar efter ”New Hampshiremodellen. MI används vid 5 boenden, KBT eller kognitivt förhållningssätt vid 9 och miljöterapi vid 5 boenden. De flesta använder sig av flera inriktningar och betonar ett pedagogiskt arbetssätt i vardagen. (*Se diagram 8, sid 108.*)

Hur samordnas insatserna?

Av de 18 verksamheterna har 7 fasta strukturer inom samverkansgrupp(dit det interna arbetet räknats), 7 har fasta rutiner för nätverksträffar och 16 samordnar efterhand som behov uppstår i varje enskilt ärende. Flera kombinationer förekommer. (*Se diagram 9, sid 108.*)

Samverkan för att samordna insatserna

Vad fungerar bra?

Samtliga boenden har svarat vilket sammanställts i följande punkter:

- När man lärt känna vårdgrannar och samverkan blivit etablerad
- Tydliga direktiv och ansvarsfördelning
- Nätverksmöten med fasta rutiner, där alla är med och man lär känna varandra och varandras verksamheter
- Att det blir bättre kvalitet på insatserna när man får en helhetsbild från alla inblandade och kan arbeta mot samma mål

Vad fungerar inte?

Sammanställning av svar från 12 boenden:

- När vårdkedja saknas och ansvarsfördelningen är otydlig
- När det saknas struktur
- Resursbrist; till exempel för lite personal, inga sviktplatser, svårt med avgiftningsplatser, korta vårdtider
- När läkarkontinuiteten inom psykiatrien bryts

Vad behöver utvecklas eller förändras?

Svar från 15 verksamheter:

- Utökade resurser till primärvården och fler läkare inom psykiatrien
- Arbeta fram rutiner/handlingsplaner för samverkan
- Mer av delat ansvar och mindre avgränsningsfrågor
- Större respekt för varandras kunskapsområden
- Möjlighet att göra neuropsykiatriska utredningar
- Att det finns beroendevård inom landstinget och formaliserad samverkan med psykiatrien
- Stabilitet inom psykiatrien

Klient/patientgrupper som är svåra att samverka runt vad gäller samordning av insatser

(Samma svar som beskrivs under svårigheter vid kartläggning)

Utvecklingsarbete

Handledning

14 har handledning, 3 avstår/omprioriterar, 1 har studiecirkel i stället

Uppföljning/beskrivning av resultat

Alla boendeverksamheterna har svarat på denna fråga.

Verksamhetsberättelse är det vanligaste sättet att beskriva det arbete som utförs, flera för också statistik på i vilken omfattning man använder sig av slutenvård, tvångsvård, besök på akutmottagning m.m. (Se diagram 10, sid 109.)

Hur tas brukarnas erfarenhet tillvara?

Frågeformulär: 10

Utvärderingssamtal: 7

Allmänt i det vardagliga arbetet: 17 (hyresgästmöten, husråd)

(Se diagram 11, sid 109.)

Pågår något utvecklingsarbete med brukarorganisationer?

Av boendeverksamheterna har sex svarat varav en verksamhet vill bygga ut brukarrådsverksamhet. Några har samarbete med brukarorganisationer men de flesta har inte det.

Vilka behov av utveckling, utbildning och /eller stöd finns det vid verksamheten?

Utveckling:

- Erfarenhetsutbyte med andra verksamheter
- Kontinuerlig handledning
- Utveckla bra kartläggningsmetoder

Utbildning:

- Utökad kompetens om målgruppen
- Mer kunskap om missbruk och psykisk sjukdom
- Kontinuerlig uppdatering av kunskap om droger och ny forskning exempelvis om behandling
- Kunskap om personlighetsstörningar och neuropsykiatriska funktionshinder
- Samtalsmetodik
- MI

Kommentarer eller synpunkter att tillägga för en övergripande diskussion?

- Viktigt att det finns anpassade boenden för den grupp som har svårt att anpassa sig
- Det behövs flexibilitet vad i bedömning av hur närhetsprincipen ska gälla för vård och boende, inte alltid det bästa för individen att vara placerad i närmiljön
- Viktigt att målgruppen får rättigheter
- Rättighet till sysselsättning

2. Öppenvård med uppsökande verksamhet (13 verksamheter)

Organisation

Tolv av 13 verksamheter/team är samordnade i den bemärkelsen att verksamheten/teamet bygger på avtal mellan två huvudmän; kommun och landsting. Avtalen ser olika ut avseende ekonomi, antal tjänster och hur det ska regleras. Utgångspunkten för den samordnade verksamheten (teamet) är att möjliggöra samtidiga insatser avseende missbruk och psykisk sjukdom. En av verksamheterna består av endast en person som är anställd med 50 procent från respektive huvudman. Tolv av verksamheterna är permanenta och det som vid intervju tillfället var ett projekt är planerat att permanentas.

Av de 13 verksamheterna har sju startat mellan åren 1995 och 1999 och resterande efter år 2000. Av de sex har fyra startat efter 2004.

Antalet anställda vid verksamheterna varierar mellan en och tio personer.

Målgrupp

Av de 13 verksamheterna har nio en uttalad inriktning mot personer med psykos och schizofreni. Sex av dessa nio har utvidgat målgruppen till att omfatta fler diagnoser men försöker ha en målgrupp inom verksamheten där den psykiatriska problematikens uttryckssätt inte skiljer sig alltför mycket i förhållande till psykosgruppens behov av stabilitet och trygghet. Vid en av de nio verksamheterna har man utvidgat ytterligare genom att inkludera personer med ADHD/DAMP och Autismspektrumstörning i målgruppen för verksamheten (Skellefteå).

Två av de 13 verksamheterna har inte specificerat någon diagnosgrupp utan utgår från att det ska vara en omfattande funktionsnedsättning utifrån psykisk sjukdom och missbruk.

Majoriteten av brukarna har en beroendediagnos och det huvudsakliga missbruket/beroendet är blandmissbruk (vid sju av de 13 verksamheterna).

Till 12 av verksamheterna kommer de flesta klienterna på remiss och till en av dem på eget initiativ.

Mål med verksamheten

Öppenvårdsenheternas mål med sina verksamheter kan sammanfattas i följande områden:

- Etablera en kontakt
- Fånga upp och förmedla behandlingsåtgärder så tidigt som möjligt
- Minska missbruket/droganvändandet
- Stabilisera och minska/lindra psykiska symtom genom stöd och behandling
- Stabilisera livssituationen, skapa trygghet
- Förbättra livsvillkoren, höja livskvaliten och funktionsnivån
- Minimera slutenvårdinsatser
- Förbättra samverkan
- Minska skadeverkningar ur ett samhällsperspektiv

Kartläggning/bedömning

Samtliga verksamheter använder sig av flera sätt att samla in kunskap om de

individuella behoven av hjälp och stöd. Det vanligaste är en kombination av öppet individuellt samtal utan formell struktur, strukturerad intervju utifrån anamnesmall och formella kartläggnings/bedömningsinstrument. De vanligaste kartläggnings/bedömningsinstrumenten är ASI, GAF, AUDIT eller DUDIT. (Se diagram 3, sid 104.)

Elva av verksamheterna har samtal med det professionella nätverket vid bedömningen/kartläggningen, och 7 av dessa har samtal även med anhöriga /det sociala nätverket. (Se diagram 2, sid 103.)

Det vanligaste är att olika yrkeskategorier inom den egna verksamheten deltar vid kartläggningen/bedömningen. Vid 8 av verksamheterna deltar även handläggare/behandlare från andra verksamheter, främst från socialtjänsten, psykiatrin och boenden. (Se diagram 4, sid 104.)

Utveckling av arbetet med kartläggning/bedömning

Följande områden vill verksamheterna arbeta vidare med:

utbildning i ASI; börja använda ASI i större utsträckning samt för uppföljning; införa fler utredningsinstrument; psykologresurs i teamet; alltid värna om att kartläggningen måste få ta tid så att man har klienten/patienten med i arbetet.

Samverkan vid kartläggning

Alla de 13 verksamheterna har en formaliserad samverkan vid kartläggning/bedömning.

Med formaliserad samverkan avser vi att det finns en tydlig struktur med rutin för samverkan mellan de som är involverade i en kartläggning, både intern och externt. Vi har inte skiljt på intern eller extern samverkan i frågeformuleringen.

Vad fungerar bra?

- Att det finns en utarbetad struktur och modell för samverkan, både inom den egna verksamheten och med externa samverkanspartners
- En utarbetad samverkan mellan olika professioner och huvudmän leder till en kunskapsutveckling för alla parter
- Verksamheterna har byggt upp ett förtroende gentemot både psykiatrin och socialtjänsten vilket underlättar i all kommunikation och i alla kontakter med respektive myndigheter

Vad fungerar inte?

- För lite samverkan med psykiatrin vilket leder till otillräcklig kunskap om brukarna
- Brist på läkarresurser
- För långa väntetider på neuropsykiatriska utredningar
- Arbetsmodellen med samverkan förutsätter kontinuitet i personalgrupperna och blir sårbar när personal byts ut och börjar agera utan att vara insatta i gällande överenskommelser och strukturer
- När det görs för snabba bedömningar
- Olika synsätt mellan inblandade professioner
- Resursbrist t.ex. avseende boenden

Vad behöver utvecklas eller förändras?

- Aktuella avtal måste hela tiden befästas och följas upp för att ha en fungerande arbetsordning
- Öka förståelsen för varandras arbetssituationer inom respektive organisation och för målgruppen
- Kontinuerligt värna om gemensamma utbildningar och mötesplatser för ett fortsatt lärande och för att underhålla den samverkan som upprättats
- Tillskott av boenderesurser

Klient/patientgrupper som är svåra att samverka runt i kartläggningsskedet?

Personer med personlighetsstörningar med utagerande beteende och missbruk/beroende utgör den största gruppen som är svår att samverka runt. När det även finns hög grad av kriminalitet, neuropsykiatrisk problematik och/eller begåvningsfunktionshinder ökar svårigheterna att samverka. Diffusa diagnoser/svårbedömd psykiatrisk problematik är också en anledning som gör samverkan besvärligare då det blir oklart vilka aktörer som ska vara med vid kartläggningen.

Insatser

Se diagram 6, sid 106.

Inriktning på metodik

Sju av verksamheterna uttrycker att de utgår från långvarig erfarenhet/patienternas behov/ New Hampshiremodellen eller psykodynamisk grund som bas i arbetet. Därtill använder man sig av metoder såsom KBT och MI. Bland de övriga verksamheterna dominerar ett arbetssätt med utgångspunkt från KBT och MI, återfallsprevention och vid två verksamheter även ett pedagogiskt material ”Kompetenz”. (*Se diagram 8, sid 108.*)

Andra verksamheter som är aktuella vid samverkan av insatser är:

Psykiatri och beroendevård (öppen- och slutenvård) inom landstinget
Handläggare och boenden inom socialtjänsten

God man/förvaltare

PO, Personligt Ombud

Kriminalvården/frivården

Frivilligorganisationer

Hur samordnas insatserna?

Alla verksamheterna har någon form av samordning och de flesta har svarat att man använder sig av flera sätt att samordna insatserna.

De verksamheter som är integrerade/samordnade verksamheter i permanenta team har naturligtvis det som utgångspunkt i kombination med samordning efterhand som behov uppstår alternativt fasta rutiner för nätverksträffar/uppföljning. Fem verksamheter har svarat att de har fasta strukturer för samordning av insatser inom samverkansgrupp. (*Se diagram 9, sid 108.*)

Samverkan för att samordna insatser

Vad fungerar bra?

Samtliga är mycket positiva till de samverkansformer man etablerat (både internt och extern) och svaren kan sammanfattas i följande punkter:

- Väletablerat, tydligt och strukturerat samarbete och arbetssätt
- Styrkan i att vara ett team med samlad kompetens och gemensamt förhållningssätt
- Låg personalomsättning
- Upparbetat förtroende inom verksamheten och gentemot vårdgrannar
- Regelbundna träffar med vårdgrannar leder till god personkänedom, lätt att ta kontakt

Vad fungerar inte?

Fem av de 13 verksamheterna har haft synpunkter på att följande inte fungerar så bra:

- när klienter/patienter hamnar i gränzonen mellan olika lagstiftningar, LVM och LPT
- för lite resurser(personal) från psykiatrin vilket begränsar de behandlingsinsatser verksamheten kan erbjuda
- när vårdgrannar har dålig kunskap om målgruppen och det påverkar diskussionen om till exempel boendialternativ
- när gemensam grundsyn saknas
- när det är läkarbrist

Vad behöver utvecklas eller förändras?

- Kontinuerligt ”underhållsarbete” krävs för att få samarbetet internt och samverkan med vårdgrannar att fungera vad gäller t. ex. kommunikation, förståelse för varandras verksamheter
- Mer och bättre samverkan med psykiatrin
- Merförståelse för och kunskap om målgruppen och dess behov
- Kunskap om de parallellprocesser som uppstår i arbetet och hur det påverkar i samverkan
- Fortlöpande utvecklingsarbete
- Arbetsro!

Klient/patientgrupper som är svåra att samverka runt vad gäller samordning av insatser?

(Samma grupper som beskrivs under svårigheter vid kartläggning)

Utvecklingsarbete

Handledning

Elva av verksamheterna har handledning, tre har uppehåll.

Uppföljning/beskrivning av resultat

Vanligaste sättet att beskriva vilka insatser som gjorts är genom verksamhetsberättelser och statistik. *Se diagram 10, sidan 109.*

Hur tas brukarnas erfarenhet tillvara?

Se diagram 11, sid 109.

Pågår något utvecklingsarbete med brukarorganisationer?

Vid en av verksamheterna håller man internt på att öka brukarinflytandet på olika sätt. (T.ex. att brukarna gör frågor att ha med vid nyanställning.)

Vid en annan verksamhet är brukarorganisationer representerade inom lednings/samordningsgrupper och en verksamhet har ett sedan länge etablerat samarbete med brukarorganisationer.

Tio av 13 verksamheter har dock inget pågående utvecklingsarbete med brukarorganisationer

Vilka behov utveckling, utbildning och/eller stöd finns vid verksamheterna?

Utveckling:

En verksamhet uttrycker behov av att få hjälp med utvärdering av verksamheten för att hitta förbättrings/utvecklingsområden och en verksamhet vill utveckla bra arbetsformer för att dokumentera sina resultat och därigenom utveckla verksamheten.

Några verksamheter uttrycker behov av arbetsro för att få implementera kunskap man skaffat sig eller då man redan är mitt i ett utvecklingskede. Auskultation nämns också som ett sätt att få lära sig mer om andra arbetssätt.

Av de 13 verksamheterna har 12 svarat på denna fråga.

Utbildning:

Tio av 13 verksamheter uttrycker behov av utbildning av olika slag, de flesta i metoder såsom MI, KBT, case management och bedömningsinstrument som ASI. Kontinuerliga fördjupnings/specialiseringsutbildningar samt fortlöpande uppdatering av ny kunskap inom område missbruk och psykiatri samt behandlingsmetoder.

Handledning betonas också av flera verksamheter som en viktig del i fortsatt kompetensutveckling.

Behov av grundkompetens i missbruk och psykiatri påtalas också.

Kommentarer/synpunkter att tillägga för en övergripande diskussion

- Måste ”kitta” ihop socialtjänst, psykiatri och kriminalvård på alla nivåer inom organisationerna
- Viktigt att försöka få igång stödgrupper, liknande AA för denna målgrupp. Svårt med utanförskap och ensamhet när man slutar missbruka
- Vid sidan av kompetens och bra metodik, är resurstillskott avgörande, främst vad gäller boende och sysselsättning.

- Alla verksamheter som möter dessa personer borde ta ansvar för att hjälpa till rätt vårdnivå i stället för att avvisa/frånhända sig personen
- Viktigt med utökade boenderesurser och s.k. sviktplatser eller provboende

3. Öppenvård (22 verksamheter)

Kommentar angående urval av verksamheter:

Det finns en överrepresentation av verksamheter från Beroendekliniken, Göteborg (sju av 22) vilket har sin förklaring i att projektgruppen känner till dessa verksamheter.

Organisation

Av de 22 öppenvårdsverksamheterna har 12 sin organisationstillhörighet inom landstingets beroendepsykiatri, två verksamheter inom kommunens specialiserade missbruks/beroendeverksamhet och en inom kommunens vård/omsorg/handikappförvaltning, sju verksamheter är samordnade verksamheter utifrån avtal mellan kommun och landsting.

Hälften av de 22 verksamheterna har funnits i nuvarande form sedan år 2000. Sju verksamheter har funnits sedan 1990-talet och fyra är ännu äldre. Alla är permanenta verksamheter.

Storleken på personalgrupper vidverksamheterna varierar mellan tre och 30 personer.

I samband med rapportskrivningen har ny kontakt tagits med några av öppenvårdsverksamheterna som deltagit i kartläggningen och det visar sig då att vissa förändringar har genomförts under det senaste året vad gäller såväl samverkansformer som avtal om samordnad verksamhet mellan olika huvudmän. Vi har inte ändrat informationen i den ursprungliga kartläggningen utan konstaterar att en kartläggning endast ger en ögonblicksbild av en föränderlig verklighet.

Målgrupp

Tio av öppenvårdsverksamheterna riktar sig till breda målgrupper med en vid definition avseende såväl psykiatrisk problematik som form av missbruk/beroende.

Fem verksamheter har en vid definition avseende psykiatrisk problematik men inte avseende missbruk; fyra utesluter narkotikamissbruk och en verksamhet riktar sig enbart till narkotikamissbrukare.

Tre verksamheter har målgrupper med missbruk/beroende inom ett visst geografiskt område men utan att specificera att man riktar sig till personer med psykisk ohälsa eller psykiatrisk problematik. Dessa verksamheter tar dock emot personer med psykiatrisk problematik.

Fyra verksamheter har avgränsat sig till en specifik målgrupp och en av dessa har avgränsat verksamheten till åldersgruppen 18–35 år.

Sex av de 22 verksamheterna har uppgett att de riktar sig en speciell klient/patientgrupp utifrån diagnos; tre av dessa omfattar flera diagnosgrupper medan

två är avgränsade till en diagnos och en till neuropsykiatrisk problematik som ska utredas och diagnostiseras. Två av de 22 verksamheterna är specialiserade enheter för kvinnor.

Vid 18 av verksamheterna har man mellan 120 och 1 179 aktuella individer för insatser vid verksamheten under ett år och sex har 50 individer eller mindre. De sistnämnda verksamheterna finns antingen vid något mindre orter eller har en väl avgränsad målgrupp med längre behandlingstid än ett år.

Majoriteten av klienterna/patienterna vid verksamheterna har beroendediagnos och det huvudsakliga missbruket/beroendet består till största delen av alkohol samt blandmissbruk.

Lika många klienter/patienter kommer till verksamheterna på eget initiativ som på remiss.

Mål med verksamheten

Öppenvårdsverksamheterna målsättning kan sammanfattas i följande huvudpunkter:

- erbjuda utredning och behandling
- stöd för minskat droganvändande alternativt drogfrihet
- minska psykiskt lidande genom lämplig behandling
- stöd att handskas med livet på ett konstruktivt sätt
- förbättra den sociala situationen
- stöd till anhöriga
- utveckla fungerande samverkansformer med de huvudmän som är berörda
- minska slutenvårdsinsatser

Kartläggning/bedömning

Alla verksamheter använder en kombination av insatser för att kartlägga de individuella behoven av hjälp och stöd. De vanligaste kartläggnings/bedömningsinstrument som används är ASI, DOK, SCL90, GAF. *(Se diagram 3, sid 104.)*

Endast sex av verksamheterna har samtal med anhöriga/socialt nätverk vid kartläggningsarbetet, fem av dessa sex samtalar även med det professionella nätverket vid kartläggningen. *(Se diagram 2, sid 103.)*

Det vanligaste är att olika yrkeskategorier inom den egna verksamheten rutinemässigt deltar vid kartläggningen. *(Se diagram 4, sid 104.)*

Utveckling av arbetet med kartläggning/bedömning

Vad gäller kartläggningsarbetet önskar 8 av verksamheterna en utveckling avseende metodik; nya bedömningsinstrument, andra arbetsformer vid bedömning eller mer kunskap.

Sju verksamheter önskar en kvalitetsförbättring eller utökning samverkan med vårdgrannar, och en verksamhet har behov av resursförstärkning för att bättre kunna genomföra strukturerade kartläggningar. Sex av de 22 verksamheterna har inga behov eller ingen pågående diskussion avseende denna fråga.

Samverkan vid kartläggning

Alla 22 verksamheterna har en formaliserad samverkan vid kartläggning/bedömning. Med formaliserad samverkan avser vi att det finns en tydlig struktur med rutin för samverkan mellan de som är involverade i en kartläggning, både intern och externt. Vi har inte skiljt på intern eller extern samverkan i frågeformuleringen. Det vanligaste svaret är att det finns en intern samverkan inom den egna enheten.

Vad fungerar bra?

Sexton av de 22 verksamheterna beskriver att det fungerar bra när det finns en tydlighet vad gäller roller/arbetsuppgifter och rutiner. Fyra verksamheter beskriver att upparbetade kontakter av mer informellt slag är viktiga orsaker till att det fungerar bra vid samverkan och två har inte haft någon kommentar.

Vad fungerar inte?

På denna fråga har vi fått svar från 14 verksamheter, följande områden tas upp:

- Ledningsfunktionen
- Samverkan mellan verksamheter inom den egna organisationen och mellan organisationer; gäller både socialtjänst och psykiatri
- När verksamheter frångår sig ansvaret för vissa klienter/patienter pga specialisering eller ansvars/ekonomifrågor
- Dålig informationsöverföring till vårdgrannar som gör att förväntningarna på verksamheten och vilka klienter/patienter man kan ta emot blir ”fel”.

Vad behöver utvecklas eller förändras?

Sju verksamheter betonar att det behövs förbättringar/förändringar vad gäller metodik och arbetsformer, fyra verksamheter att samverkan behöver utvecklas eller förbättras, två svarar att det behövs ett förtydligande vad gäller fördelning av betalningsansvar och två verksamheter svarar att en resursförstärkning behövs. Resursförstärkningen behövs enligt en verksamhet vad gäller ekonomin för att realistiska bedömningar ska göras utan att styras av ekonomiska aspekter och En verksamhet behöver beroendepsykiater.

Six verksamheter hade inga behov eller kommentarer.

Klient/patientgrupper som är svåra att samverka runt i kartläggningsskedet utgörs av personer

- med personlighetsstörningar med utagerande beteende
- med neuropsykiatrisk problematik
- med psykosproblematik i kombination med aktivt missbruk
- med oklara diagnoser/multiproblem
- med en kombination av diagnoser, eventuellt även i kombination med begåvningsfunktionshinder
- som är hemlösa
- där det uppstår diskussion om betalnings- och behandlingsansvar

Denna fråga har 17 av 22 verksamheter svarat på.

Insatser

Alla verksamheter erbjuder ett flertal insatser inom den egna verksamheten och i samverkan. (Se diagram 7, sid 107.)

Inriktning på metodik

Många av verksamheterna verkar ha en bredd vad gäller insatser för att kunna möta de skiftande behov som målgruppen för verksamheten har.

Femton av de 22 har svarat att man har en psykodynamisk grundutbildning eller ett psykodynamiskt förhållningssätt som kombineras med kognitiva insatser i form av KBT och KPT, motiverande förhållningssätt utifrån MI samt vid sju verksamheter även med ett systemteoretiskt tänkande. (Se diagram 8, sid 108.)

Andra verksamheter som är aktuella vid samverkan av insatser är:

Socialtjänsten, handläggare av ekonomi, missbruk, boendepersonal

Psykiatri och beroendepsykiatri (öppen- och slutenvård)

Primärvården

Kriminalvården/Frivården

God man/förvaltare

Hur samordnas insatserna?

Alla verksamheter har svarat att man har en kombination av former för att samordna insatserna.

Vanligast att det sker efterhand som behov av samordning uppstår samt enligt fasta rutiner inom samverkansgrupp vilket också kan avse det egna behandlingsteamet. (Se diagram 9, sid 108.)

Samverkan för att samordna insatser

Vad fungerar bra?

Vid 16 av de 22 verksamheterna lyfter man fram betydelsen av att det finns en struktur för samverkan genom rutinmässiga möten, överenskommelser och en tydlighet i vem som ansvarar för vad. Vid 3 av dessa (16) betonar man även att det är viktigt med upparbetade kontakter så att det är lätt att söka kontakt vid behov. Två av de 22 verksamheterna menar att personkännedom och upparbetade kontakter med förtroende för varandras kompetenser är det viktigaste skälet till en väl fungerande samverkan. Fyra verksamheter har inte haft några speciella kommentarer.

Vad fungerar inte?

Svaren vi fått från 19 av de 22 verksamheterna spänner över ett brett fält, alltifrån brist på resurser till svårigheter pga organisatoriska förutsättningar och ekonomi/ansvarsfrågor.

Resursfrågor: Avsaknad av boenden, sysselsättningsalternativ, svårigheter att få behandlingshemsplaceringar till stånd samt möjlighet att erbjuda samtalsbehandling i den omfattning som skulle behövas.

Organisatoriska förutsättningar: Otydlighet/brister i ledningsfunktionen, stora geografiska områden med många olika samverkanspartners, brist på tydliga rutiner för samverkan, avsaknad av upparbetad samverkan tex primärvården, otillräcklig kompetens bland personal.

Otydligheter vad gäller det ekonomiskt ansvaret och fördelning av kostnader är ett område som återkommer då det påverkar vilka behandlingsinsatser som kan få bli aktuella att samverka runt.

Vad behöver utvecklas eller förändras för att det ska fungera bättre?

Denna fråga har 15 av 22 verksamheter svarat på.

Utökad eller förbättrad samverkan och tillskott av resurser svarar sex respektive fem av verksamheterna. Två verksamheter betonar vikten av mer kunskap inom området och om varandras kompetenser. Ökad flexibilitet inom ramen för verksamheterna (ett svar) samt tydliggörande i ekonomi/ansvarsfrågor (ett svar).

Klient/patientgrupper som är svåra att samverka runt vad gäller samordning av insatser är personer

- med personlighetsstörningar och utagerande beteende
- med psykosproblematik
- med neuropsykiatrisk problematik
- från kriminalvården eller dömda enligt LRV
- med en kombination av diagnoser eventuellt även i kombination med begåvnings/funktionshinder
- som saknar bostad

Här har 17 av 22 verksamheter svarat.

Utvecklingsarbete

Handledning

I 21 verksamheter har man pågående handledning och en söker handledare med lämplig kompetens.

Uppföljning av resultat

Ofta används flera sätt att beskriva vilka insatser som gjorts vid verksamheterna. Statistik i olika former samt verksamhetsberättelser är vanligast. (Se diagram 10, sid 109.)

Hur tas brukarnas erfarenhet tillvara?

Vanligast är en kombination av tillvägagångssätt. (Se diagram 11, sid 109.)

Pågår något utvecklingsarbete vad gäller samverkan med brukarorganisationer?

Endast fyra av de 22 verksamheterna har svarat.

- ska starta brukarråd

- utvecklar samverkan bl. a. med utbildning och stödgrupper
- utbildning av brukare för att de ska ingå i ledningsgrupper
- har ett upparbetat kontinuerligt samarbete med brukarorganisationer och deltar i gemensamma utvecklingsprojekt

Vilka behov av utveckling utbildning och/eller stöd finns vid verksamheterna?

Utveckling:

Tolv verksamheter uttrycker ett behov av att utveckla/förändra nuvarande arbetsformer, göra handlingsprogram samt få arbetsro att implementera ny kunskap. Flera av dessa tar upp att ett av utvecklingsområdena är att arbeta med utvärdering och uppföljning, även med forskning, av klient/patientarbetet. Två av verksamheterna lyfter att behovet av förbättrad samverkan med vårdgrannar är det viktigaste utvecklingsområdet. För två av verksamheterna är tillskott av resurser i form av olika personalkategorier viktigast för att kunna utveckla verksamheten utifrån de behov som klient/patientgruppen har.

Utbildning:

De flesta verksamheterna (17) uttrycker behov av utbildning av olika slag. De flesta (13) i metoder såsom MI, KBT, case management och bedömningsinstrument som ASI.

Många av verksamheterna uttrycker även behov av kontinuerliga fördjupnings/specialiseringsutbildningar samt fortlöpande uppdatering av ny kunskap inom område missbruk och psykiatri samt behandlingsmetoder.

Handledning betonas också av flera verksamheter som en viktig del i fortsatt kompetensutveckling.

Behov av grundkompetens i missbruk och psykiatri påtalas också.

Kommentarer/synpunkter att tillägga för en övergripande diskussion

Några citat:

”Generellt behövs det mer resurser till dessa patientgrupper då det för många handlar om livshotande tillstånd. Viktigt med hög psykoterapeutisk kompetens i kombination med rehabiliterande insatser och sysselsättning. Nära samarbete och tillgänglighet till läkare för akutbedömning. Följsamhet så att rätt insats ges vid rätt tillfälle för det kan leda till förändring.”

”Viktigt att behandlare beskriver sina resultat för att möjliggöra insyn bl.a. för politiker.”

”Mer forskning som inkluderar praktiska erfarenheter då dessa måste vävas in när man talar om evidens, inte bara titta på medicinsk evidens. Lyfta våra (behandlarnas) erfarenheter och patienternas behov. Informera beställare i större utsträckning. Viktigt med tillgång till olika typer av behandlingar. Fråga vad brukarna vill ha och utnyttja brukarnas erfarenheter. Mer resurser till utbildning.”

”Vill lyfta fram betydelsen av det psykosociala arbetet och den psykologiska

dimensionen av ett beroende, då fokus och uppmärksamhet i diskussioner ofta hamnar på kontroll av substansen”.

”Statliga utvecklingspengar går oftare till kommunala verksamheter än till landstingsdrivna. Vad kommer det sig?

”Frågan om behandlingsgaranti inom på kommunala verksamheter är också viktig.”

”Tillnyktringsenheter behövs liksom kooperativ verksamhet för fler nivåer av sysselsättning.”

”Sluta med avgränsningsdiskussioner och satsa i stället på gemensamma lösningar utifrån gemensamma behovsbilder.”

4. Rättspsykiatriska öppenvårdsverksamheter (3 verksamheter)

Organisation

En av verksamheterna drivs som samordnad verksamhet mellan landstingets beroendevård och psykiatri samt kriminalvården. De båda andra drivs inom landstinget. Alla tre verksamheterna är permanenta.

En verksamhet startade 1997, övriga två under 2006.

Antal anställda varierar mellan fem och 14 personer.

Målgrupp

Patienter som vårdas enligt LRV med särskild beteendeproblematik och /eller missbruk.

Antal aktuella individer inom verksamheterna varierar mellan 45 och 500 individer under ett år.

Missbruksdiagnos är vanligast och det huvudsakliga droganvändandet är blandmissbruk. Vanligaste blandmissbruket är alkohol, amfetamin och cannabis.

Mål med verksamheten

Minska risk för brott genom förbättrad fysisk och psykisk hälsa och social funktionsstörning hos patienten. Minska sjuklighet och förebygga dödlighet betingad av utsatthet för våld, missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel.

Att få patienten att fungera bättre för att kunna slussas vidare till socialtjänst eller annan vård.

Konsultativa insatser till vårdgrannar.

Kartläggning/bedömning

Kartläggning av individer sker på alla verksamheterna på flera olika sätt bl a genom strukturerad intervju utifrån anamnesmall, formella kartläggningsinstrument, samtal med anhöriga, öppet individuellt samtal samt samtal med det professionella nätverket.

De bedömningsinstrument verksamheterna använder sig av är: HCR 20 (två verksamheter), ADHD-utredning, GAF, ASI samt PCL-R.

Rutinmässigt deltar det egna teamet och anhöriga/socialt nätverk vid alla verksamheterna.

Två verksamheter kompletterar också kartläggningen med andra verksamheters handläggare/behandlare.

Utveckling av arbetet med kartläggning/bedömning

Utveckla samarbetet med socialtjänsten och rättspsykiatrisk slutenvård samt med anhöriga och i familjearbete

Samverkan vid kartläggning

Vanligast är formaliserad samverkan enligt tydlig överenskommelse.

Vad fungerar bra?

När man fått personkännedom om varandra och varandras respektive verksamheter. Samverkan fungerar också bra när det är möjligt att t.ex. få tillgång till varandras programverksamheter för behandling.

Vad fungerar inte?

Svårt att hantera de olika dokumentationssystem som finns i psykiatrin likaså att verksamheterna saknar inflytande när socialtjänsten placerar på behandlingshem. En annan svårighet är om samverkanspartners inte känner de rutiner som finns.

Vad behöver utvecklas eller förändras?

Arbetsrehabilitering för målgruppen samt att antalet samverkanspartners begränsas för att uppnå kontinuitet och struktur.

Klient/patientgrupper som är svåra att samverka runt i kartläggningsskedet?

Patienter med personlighetsstörning, patienter med paranoida diagnoser, patienter med svårbeskrivbara och komplexa funktionshinder, patienter som ej vill sluta missbruka samt patienter som uteblir.

Insatser

Alla tre verksamheterna erbjuder stödinsatser, individuell samtalsbehandling, farmakologisk behandling samt nätverksarbete involverande närstående. Övriga insatser varierar och flera kan erbjudas i samverkan.

Inriktning på metodik

Den metodik man främst arbetar med inom de rättspsykiatriska verksamheterna är kognitivt förhållningssätt, två verksamheter av tre.

Andra verksamheter som är aktuella vid samverkan av insatser är:

Socialtjänst, primärvård, frivård, kommunen och övrig psykiatri.

Hur samordnas insatserna?

Främst med fasta rutiner för nätverksträffar (tre verksamheter) och integrerad verksamhet i permanenta (tre verksamheter).

Samverkan för att samordna insatser

Vad fungerar bra?

Det är lätt att samarbeta med vårdgrannar, att det i en verksamhet finns rutiner utarbetade mellan den rättspsykiatriska verksamheten och kommunen, att samverkan som organisatorisk begrepp fungerar bra på chefsnivå samt att verksamheterna upplever att de har god personkännedom med samverkanspartners.

Vad fungerar inte?

Tiden är pressad p.g.a. det stora antalet patienter/klienter och att samverkan fungerar mindre bra på "golvnivå". När rutinerna inte fungerar påverkas samverkan.

Vad behöver utvecklas eller förändras?

Att kommunen kan erbjuda sysselsättning i den utsträckning som behövs.

Klient/patientgrupper som är svåra att samverka runt vad gäller samordning av insatser?

Samma patientgrupp som upplevs svår vid samverkan vid kartläggning: patienter med personlighetsstörning, patienter med paranoida diagnoser, patienter med svårbeskrivbara och komplexa funktionshinder, patienter som ej vill sluta missbruka samt patienter som uteblir.

Utvecklingsarbete

Handledning

Två av mottagningarna har handledning.

Uppföljning/ beskrivning av resultat

Genom prestationsstatistik, individuella vårdplaner, GAF samt andel genomförda konsultationer till samverkanspartners.

Hur tas brukarnas erfarenhet tillvara?

Genom frågeformulär och allmänt i det vardagliga arbetet. En verksamhet har också utvärderingssamtal med brukarna.

Pågår något utvecklingsarbete med brukarorganisationer?

Inte aktuellt vid någon av verksamheterna

Vilka behov utveckling, utbildning och /eller stöd finns vid verksamheterna?

Utveckling:

- Utveckla farlighets/riskbedömningar/skattningar
- Utveckla verksamheten genom att vidmakthålla sin specialisering samtidigt som det gemensamma utvecklas
- Studiebesök för erfarenhetsutbyte

Utbildning:

- Metodutbildning exempelvis MI, case management
- Fördjupningsutbildningar av olika slag

Kommentarer/synpunkter att tillägga för en övergripande diskussion

Det behövs specialinsatser för denna målgrupp eftersom de har stora svårigheter att passa in i ordinarie behandlingserbjudanden.

5. Behandlingshem (2 verksamheter)

Organisation

En verksamhet är organiserad under kommunen, socialtjänstförvaltningen. Den andra verksamheten är organiserad under landstinget, psykiatri/beroende. Båda verksamheterna är permanenta. En verksamhet startade 2002, den andra 2005. På ett av behandlingshemmen finns 22 anställda, på det andra nio anställda + vaktmästare och enhetschef.

Målgrupp

En verksamhet vänder sig till vuxna missbrukare med psykiatrisk problematik. Den andra verksamheten har som målgrupp: Psykosnära patienter och personer med komplicerad psykiatrisk problematik i kombination med missbruk, narkotika eller blandmissbruk.

Det ena behandlingshemmet har 25 platser och det andra åtta.

Majoriteten av brukarna har en beroendediagnos, huvudsakligen blandmissbruk. Blandmissbruket består av amfetamin, alkohol, THC, bensodiazepiner, hasch och heroin.

Mål med verksamheten

Drogfrihet, förbättra den psykiska hälsan, ökad livskvalitet; arbetar på uppdrag av öppenvården för att etablera öppenvårdskontakt.

Kartläggning/bedömning

Båda verksamheterna använder sig av flera sätt att samla in kunskap om patient/klient. Verksamheterna liknar varandra och använder sig båda av strukturerad intervju utifrån anamnesmall samt samtal med det professionella nätverket. En verksamhet har öppet individuellt samtal utan formell struktur och den andra verksamheten använder sig av formella kartläggnings/bedömningsinstrument (CAN-skattning).

Båda verksamheterna har olika yrkeskategorier inom den egna verksamheten och andra verksamheters handläggare/behandlare med vid kartläggning och bedömning.

Från andra verksamheter kunde handläggare från socialtjänsten, kontaktperson från psykiatrin, tolk samt patienten delta.

Utveckling av arbetet med kartläggning/bedömning

En verksamhet ville införa rutinmässigt användande av CAN-skattningen och få till bättre nätverksmöten med fler för klienten viktiga personer. Den andra verksamheten ville att kartläggningsarbetet skulle vara föränderligt efterhand som det behövs.

Samverkan vid kartläggning

Båda verksamheterna har formaliserad samverkan enligt tydlig överenskommelse.

Vad fungerar bra?

En verksamhet upplevde att det fungerar bra med socialtjänsten då man genom åren blivit mer bekant med och fått kunskap om de olika stadsdelarna och personerna som arbetar där. Den andra verksamheten försökte göra det så smidigt som möjligt och inte ha långa utredningsförfaranden utan vara mer lättillgänglig.

Vad fungerar inte?

- Svårt att få ihop både socialtjänst och psykiatri till möten förutom de stadsdelar som har case managers
- Dåligt spridd information leder till missförstånd om förväntningar
- Tidspress inom både socialtjänst och psykiatri som kan innebära att man inte hinner närvara vid bedömningssamtal

Vad behöver utvecklas eller förändras?

Verksamheterna vill förbättra samverkan mellan alla parter som är involverade i behandlingen.

Klient/patientgrupper som är svåra att samverka runt i kartläggningskedet?

Utagerande personer och personer som har ADHD då man har för lite kunskap om behandling När många kontakter är inblandade runt brukaren

Insatser

Båda verksamheterna erbjuder stödinsatser, individuell samtalsbehandling, gruppbehandling, sysselsättning inom verksamheten, stöd för fungerande boende samt farmakologisk behandling.

Övriga insatser varierar och flera kan erbjudas i samverkan.

Inriktning på metodik

Den metodik båda verksamheterna använder sig av är: KBT, psykodynamisk grund och utgångspunkt i miljöterapi, jagstödjande, icke-konfrontativt förhållningssätt enligt Lacan samt MI.

Andra verksamheter som är aktuella vid samverkan av insatser är:

Psykiatrin (öppen- och slutenvård) och socialtjänsten

Hur samordnas insatserna?

Båda verksamheterna använder sig av fasta rutiner för nätverksträffar/uppföljning, samt efterhand som behov av samordning/uppföljning uppstår i varje enskilt ärende. En verksamhet samordnar också med fasta rutiner inom samverkansgrupp.

Samverkan för att samordna insatser

Vad fungerar bra?

- När vårdgrannar har kommit in i strukturen för uppföljning
- När det finns ett tydligt uppdrag

Vad fungerar inte?

Svårigheter när många aktörer är inblandade.

Vad behöver utvecklas eller förändras?

En verksamhet vill utveckla bättre rutiner. Den andra verksamheten vill utveckla/förbättra samverkan mellan socialtjänst och öppenvård och beskriver att samverkansarbete ständigt behöver uppdateras/arbetas med.

Klient/patientgrupper som är svåra att samverka runt vad gäller samordning av insatser?

Personer som är svårplacerade, exempelvis i boenden, och som ska ta över efter avslutad vistelse på behandlingshemmet

Utvecklingsarbete

Handledning

Båda verksamheterna har handledning

Uppföljning/beskrivning av resultat

Verksamheterna använder sig av statistik, verksamhetsberättelser, kontinuerlig dokumentation och vårdsammanfattningar, utskrivningssamtal samt uppföljningssamtal.

Hur tas brukarnas erfarenhet tillvara?

Båda verksamheterna använder sig av brukarnas kunskap allmänt i det vardagliga arbetet och har utvärderingssamtal tillsammans med brukare. En verksamhet har också frågeformulär och utvärderingssamtal tillsammans med brukare och nätverk.

Pågår något utvecklingsarbete med brukarorganisationer?

Nej

Vilka behov utveckling, utbildning och /eller stöd finns vid verksamheterna?

Utbildning:

- Kontinuerlig fortbildning inom olika områden som är aktuella i arbetet och vidareutbildning utifrån personalens behov och önskemål.
- Mer kunskap och kompetens i nätverksarbete, psykosproblematik och samtalsteknik.

Kommentarer/synpunkter att tillägga för en övergripande diskussion

Viktigt att arbetet med och diskussioner som gäller dessa grupper fortsätter vara i fokus. Målgrupperna har varit satta på undantag. Behöver vidareutveckla insatser såsom boende och sysselsättning i olika former. Boende till exempel med hög personaltäthet och struktur.

6. Remiss/konsultationsteam (2 verksamheter)

Organisation

Båda verksamheterna drivs som samordnade verksamheter mellan kommun, landsting, FK, AF. En av dem även med Kriminalvården. Den ena verksamheten formerades som remissteam 2005 men har funnits sedan 1998. Den andra permanentades 2000.

Antalet anställda är 11 respektive sex personer.

Målgrupp

- Personer med psykisk ohälsa och missbruk.
- Psykiskt funktionshindrade som vill ha stöd i arbetslivsriktad rehabilitering (inte för omfattande missbruk).

Under ett år får cirka 44 respektive 32 personer stöd och hjälp via dessa verksamheter. Vid den ena verksamheten dominerar beroendediagnosen (70 procent) och blandmissbruk och vid den andra har man en liten del med missbruk/skadligt bruk (10 procent) som utgörs av alkohol.

Mål med verksamheten

- Underlätta för brukaren med samordning av insatser
- Ökad egenförsörjning och rätt insats på rätt kostnadsställe

Kartläggning/bedömning

Den ena verksamheten använder en kombination av formella kartläggningsinstrument, samtal med både det professionella nätverket och med anhöriga. Olika yrkeskategorier inom den egna verksamheten deltar.

Den andra använder öppet individuellt samtal utan formell struktur samt samtal med det professionella nätverket. Den enskilde handläggaren/behandlaren gör kartläggningen/bedömningen efter diskussion inom gruppen.

Utveckling av arbetet med kartläggning/bedömning

Den ena verksamheten vill utöka samarbetet med Vårdcentralen som är med i styrgruppen men inte i arbetsgruppen. Den andra har inga behov av utveckling i dagsläget.

Samverkan vid kartläggning

Båda använder formaliserad samverkan enligt tydlig överenskommelse.

Vad fungerar bra?

Att det finns en tydlighet i vem som gör vad och när, det innebär ett lugn för alla inblandade.

Brukarens behov kommer i fokus när man arbetar i en sammansatt grupp bestående av flera huvudmän. Samarbetet leder till kompetensutveckling för alla.

Vad fungerar inte?

När det blir omorganisation hos någon av huvudmännen, olika kulturer som krockar. Den andra verksamheten har funnits lite längre och har tagit sig förbi de flesta svårigheterna.

Vad behöver utvecklas eller förändras?

Ökad förståelse för varandras möjligheter/begränsningar

Behov av rehabiliteringscenter för att göra bättre funktionsutredningar

Klient/patientgrupper som är svåra att samverka runt i kartläggningskedet?

Personer som det är svårt att definiera vilken hjälp de behöver

Insatser

Inriktningen på verksamheterna gör att rådgivning/konsultation, nätverksarbete och socialt stöd exempelvis vid myndighets/vårdkontakter är de vanligaste insatserna. Övriga insatser kan erbjudas genom samverkan.

Inriktning på metodik

Ena verksamheten använder MI, KBT, KPT och den andra utgår från att skapa så vardagsnära okomplicerade möten som möjligt.

Andra verksamheter som är aktuella vid samverkan av insatser är:

Socialtjänst, landstinget, försäkringskassa.

Hur samordnas insatserna?

Den ena verksamheten använder fasta rutiner för nätverksträffar/uppföljning och den andra fasta strukturer inom samverkansgrupp och efterhand som behov av samordning/uppföljning uppstår i varje enskilt ärende.

Samverkan för att samordna insatser

Vad fungerar bra?

Det fungerar bra när det finns ett stabilt och bra nätverk upparbetat, man kan förlita sig på varandra

Vad fungerar inte?

Den andra verksamheten tar upp svårigheter högre upp i organisationerna pga trubbiga regelverk.

Vad behöver utvecklas eller förändras?

Mer specifika insatser och nya mer flexibla regelverk som tar hänsyn till individens bästa.

Klient/patientgrupper som är svåra att samverka runt vad gäller samordning av insatser?

Ambivalenta brukare.

Utvecklingsarbete

Handledning

En verksamhet har handledning och en har inte.

Uppföljning/ beskrivning av resultat

Resultatsammanställning, statistik samt för den ena verksamheten uppföljning av vilken ersättningsform för försörjning man har vid avslutning

Hur tas brukarnas erfarenhet tillvara?

Båda verksamheterna använde frågeformulär och utvärderingssamtal med brukare. Även allmänt i det vardagliga arbetet.

Pågår något utvecklingsarbete med brukarorganisationer?

Nej.

Vilka behov utveckling, utbildning och/eller stöd finns vid verksamheterna?

Den andra verksamheten vill sprida sina erfarenheter till andra organisationer och vill vidareutveckla sitt arbete. Skulle vilja utbilda handledare som kan följa klienterna ut i sysselsättning och stödja både arbetstagare och arbetsgivare.

Kommentarer/synpunkter att tillägga för en övergripande diskussion

Är det dags att lagstifta för att få rätt till sysselsättning som även funktionshindrade kan delta i?

Fyrkantiga regelverk behöver ses över och samordnas.

7. Unga vuxna (3 verksamheter)

Organisation

Två verksamheter drivs som samordnad verksamhet, med avtal mellan kommun och landsting. Den tredje verksamheten har sin organisationstillhörighet inom kommunen.

Alla tre verksamheterna är permanenta öppenvårdsmottagningar.

Verksamheterna startade mellan 1995 och 2005. Antal anställda varierar från 4–6 personer.

Målgrupp

Unga vuxna (16–25 år) som har problem med alkohol eller narkotika samt deras föräldrar och närstående. För en av mottagningarna är målgruppen riktad till unga vuxna med psykisk ohälsa och missbruk.

Antal individer som är aktuella för insatser under ett år varierar mellan 28 och 121 personer.

Klienterna/patienternas huvudsakliga problem gällande droger är narkotika, alkohol samt blandmissbruk. Blandmissbruket består främst av cannabis, alkohol och bensodiazepiner.

Mål med verksamheten

Stödja människor till ett drogfritt liv. Utveckla samverkan mellan socialtjänst och psykiatri. Rådgivning och behandling i öppna former. Utveckla arbetsformer för tidiga insatser samt utveckla arbetsformer för att möta dessa ungdomars familjer och sociala nätverk.

Kartläggning/bedömning

Verksamheterna samlar in kunskap om de individuella behoven av hjälp och stöd främst genom öppet individuellt samtal utan formell struktur och formella kartläggnings/bedömningsinstrument. De instrument som används är ungdoms-DOK, SCL-90, MADRAS, HADS GAF, RCQ samt AUDIT/DUDIT. Alla tre verksamheterna har också samtalsamtal med det professionella nätverket. Två verksamheter har även samtalsamtal med anhöriga/socialt nätverk. Ingen verksamhet använder sig av strukturerad intervju utifrån anamnesmall.

I arbetet med kartläggning deltar rutinmässigt olika yrkeskategorier inom den egna verksamheten (2 verksamheter) andra verksamheters handläggare/behandlare (2 verksamheter) samt anhöriga/socialt nätverk (2 verksamheter).

Utveckling av arbetet med kartläggning/bedömning

En av verksamheterna vill utveckla ”Tonårsprofilen”, ett eget bedömningsinstrument. En annan verksamhet vill utveckla en gemensam mall för kartläggning, eventuellt genom ett KBT-instrument. Den tredje verksamheten önskar ha med nätverket i större omfattning än befintligt.

Samverkan vid kartläggning

Den vanligaste formen för samverkan är hos alla verksamheter formaliserad

samverkan enligt tydlig överenskommelse. En verksamhet har också informell samverkan huvudsakligen baserad på enskilda handläggare/behandlares initiativ.

Vad fungerar bra?

När man har fokus på individen, då man skapat en struktur inom teamet där 1 från varje huvudman samverkar hela vägen samt då verksamheten är samlokaliserad med vårdgranne vilket in sin tur leder till goda informella kontakter och formaliserade möten.

Vad fungerar inte?

När ekonomi och lagstiftning går före den unges behov.

Vad behöver utvecklas eller förändras?

- Snabbare mottagande istället för remisshantering då det kan fördröja kontakten
- Vikten av kontinuerliga diskussioner för att upprätthålla samarbetet
- Lösningar med gemensam budget för vissa målgrupper då ekonomin kan ställa till problem samt även ansvarsfrågan utifrån specialiseringar

Klient/patientgrupper som är svåra att samverka runt i kartläggningsskedet?

- Utagerande personer och personer i aktivt missbruk
- Personer med akut psykos och multiproblemgrupper eventuellt med flera diagnoser
- Även där många aktörer är inblandade. Svårigheten kan då bli att ingen tar ansvar för helheten

Insatser

Alla tre verksamheterna erbjuder individuell samtalsbehandling, rådgivning/konsultation, nätverksarbete involverande närstående samt farmakologisk behandling. Två av verksamheterna arbetar med familjebehandling och två erbjuder NADA (öronakupunktur). Övriga insatser kan ges i samverkan.

Inriktning på metodik

Främst använder verksamheterna sig av: integrativt synsätt som innebär att missbruket är i fokus, kognitivt förhållningssätt, psykodynamisk grund i det individuella arbetet, systemteoretiskt förhållningssätt i familjearbetet. Även MI och KBT samt gestaltterapi.

Andra verksamheter som är aktuella vid samverkan av insatser är:

Kommun: socialtjänstens handläggare, sysselsättning, boende
Landstinget: beroendevård, psykosundomsrehabilitering och öppenvårdspsykiatri och slutenvård

Hur samordnas insatserna?

Efterhand som behov av samordning/uppföljning uppstår i varje enskilt ärende (tre verksamheter) därefter integrerad verksamhet i permanenta team (två verk-

samheter), en verksamhet har fasta rutiner för nätverksträffar/uppföljning och ytterligare en verksamhet har fasta strukturer inom samverkansgrupp.

Samverkan för att samordna insatser

Vad fungerar bra?

Bra att vara samorganiserade; landsting och kommun.

Vad fungerar inte?

När det kommer pengar med i diskussionen eller om det finns olika uppfattningar om individens behov alternativt om det finns olika ”tempo” i bedömningen av behandlingsinsatser.

Vad behöver utvecklas eller förändras?

Mer kunskap om varandras områden för att på så vis få förståelse hur respektive bedömning görs samt att alltid arbeta på samarbetet

Klient/patientgrupper som är svåra att samverka runt vad gäller samordning av insatser?

Utagerande personer och personer i aktivt missbruk, personer i en akut psykos och de som efter utredning fått en neuropsykiatrisk diagnos men ingen tar ansvar för behandling.

Utvecklingsarbete

Handledning

Inom alla tre verksamheterna finns handledning.

Uppföljning/ beskrivning av resultat

Resultat beskrivs med statistik, DOK, (tonårsprofilen), forskning, uppföljning av screening-instrument som används vid kartläggning, KIM, ASI samt brukar/bemötandenkät.

Hur tas brukarnas erfarenhet tillvara?

Verksamheterna använder sig främst av frågeformulär och synpunkter som kommer upp allmänt i det vardagliga arbetet (alla tre verksamheterna). En verksamhet har också utvärderingssamtal med brukare och nätverk.

Pågår något utvecklingsarbete med brukarorganisationer?

Ingen verksamhet har något aktuellt utvecklingsarbete med brukarorganisationer.

Vilka behov utveckling, utbildning och/eller stöd finns vid verksamheterna?

Utveckling:

Det verksamheterna lyfter upp är vikten av att hela tiden hålla fokus på vad

ungdomstiden och den samhällsutveckling som är aktuell innebär. Stöd för att arbeta med dokumentation i form av utvärdering efterfrågas samt möjlighet att utbyta erfarenhet med andra som arbetar på liknande sätt. Struktur i arbetet och i samverkan behöver alltid ses över.

Utbildning:

Viktigt att hela teamet går utbildningar tillsammans.

Behov av psykoterapiutbildning

Kommentarer/synpunkter att tillägga för en övergripande diskussion

- Viktigt att hela tiden hålla dialogen igång med brukarna och samverkanspartners, att alltid se ungdomarna och deras föräldrar i sitt sammanhang.
- Viktigt att inte förenkla, utan låta det vara så komplicerat som det är: stå ut med det och förhålla sig till det.
- Vikten av att båda organisationerna har lika stort ansvar för verksamheten. Det blir annorlunda när en verksamhet drivs på lika villkor avseende vem som har och äger ansvaret.
- Många frågor löser sig om man har en gemensam budget/samma huvudman.

8. Sysselsättning

Se text om Gemet, *bilaga 5, sid 110*.

Sammanställning av uppgifter från kartläggningen i diagramform

Diagrammen baseras på svar från 18 boenden, 13 öppenvård med uppsökande verksamhet samt 22 öppenvård. "Övriga" består av sammanlagt 11 verksamheter.

Diagram 1 Fördelning diagnoser

Andel av brukarna som enligt DSM IV/ICD 10 har diagnosen missbruk/skadligt bruk respektive beroende

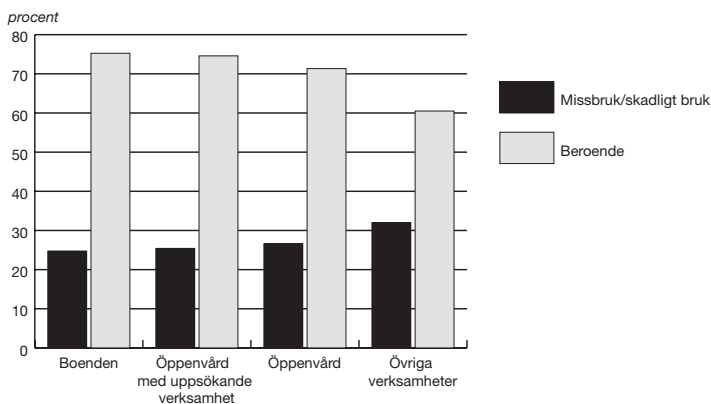


Diagram 2 Kunskapsinsamling

Hur samlar ni in kunskap om de individuella behoven av hjälp och stöd?

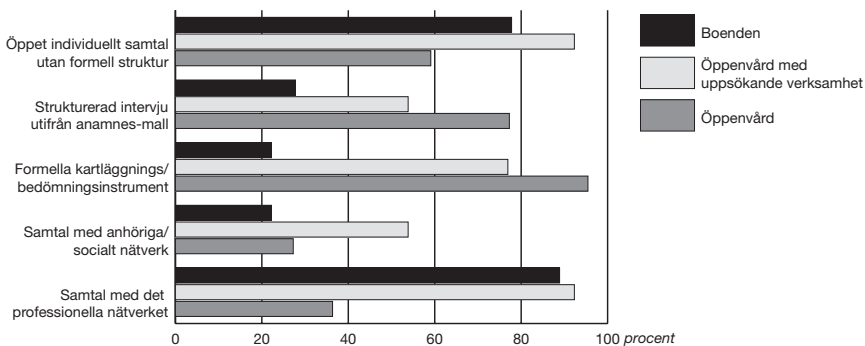


Diagram 3 Formella kartlägnings/bedömningsinstrument

Andel svarande som använder respektive kartlägnings/bedömningsinstrument i sitt arbete

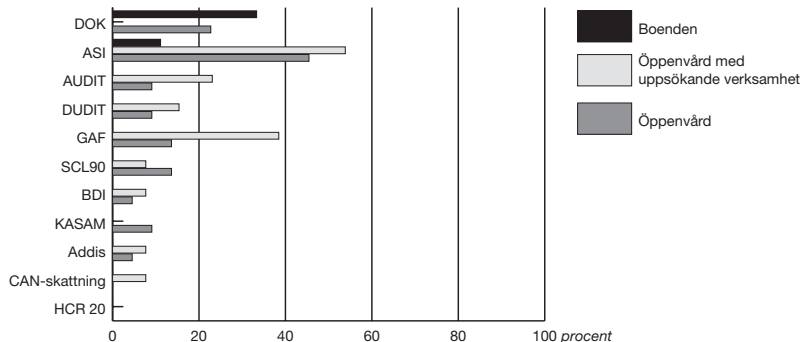


Diagram 4 Deltagare vid kartläggning och bedömning

Vilka deltar rutinmässigt vid kartläggning och bedömning?

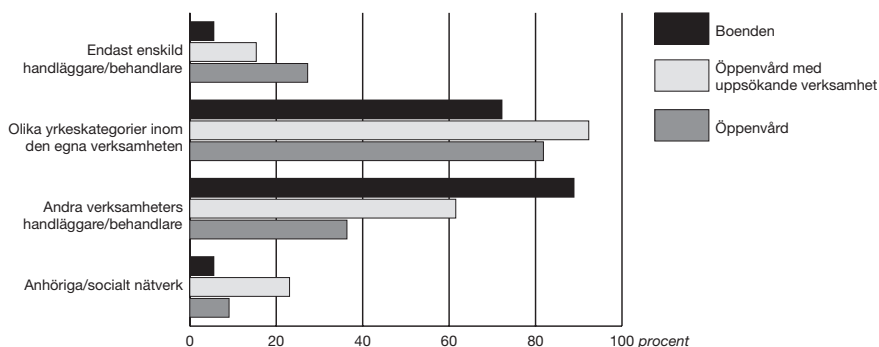
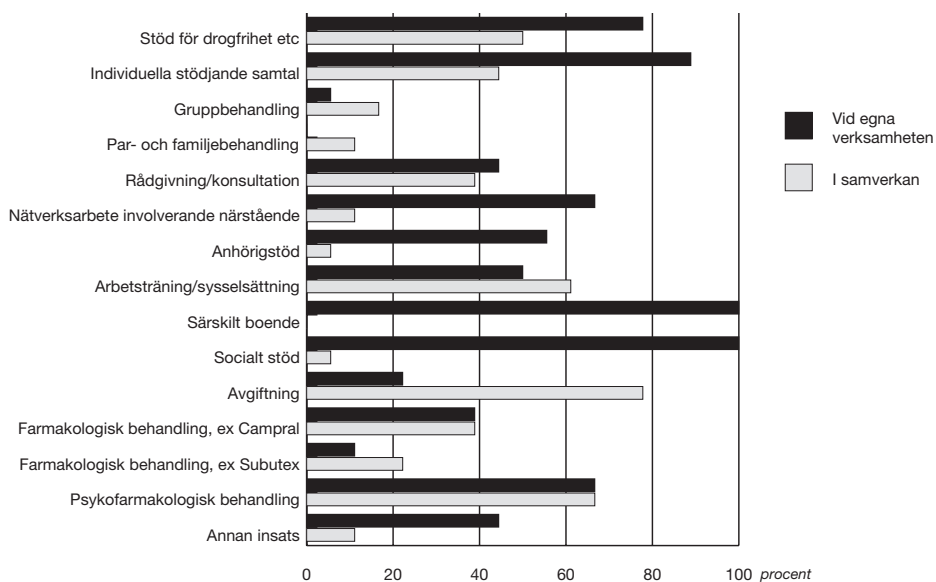


Diagram 5

Insatser i boenden

Fördelning av de stöd- och behandlingsinsatser som erbjuds vid den egna verksamheten samt i samverkan med andra.



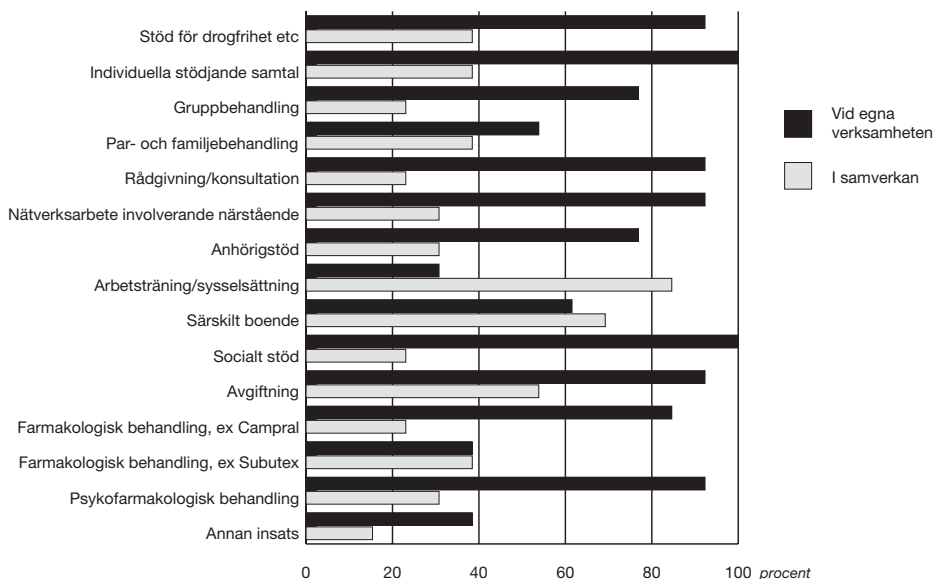
12 boenden har svarat annan insats:

- 1 stöd till hemtjänst
- 5 miljöterapi
- 2 insatser utifrån somatiska behov; ex. dietist
- 1 sprutbyte
- 1 NADA (öronakupunktur) + fysiska aktiviteter + taktil massage
- 1 teckneekonomi
- 1 social färdighetsträning

Diagram 6

Insatser i öppenvård med uppsökande verksamhet

Fördelning av de stöd- och behandlingsinsatser som erbjuds vid den egna verksamheten samt i samverkan med andra.



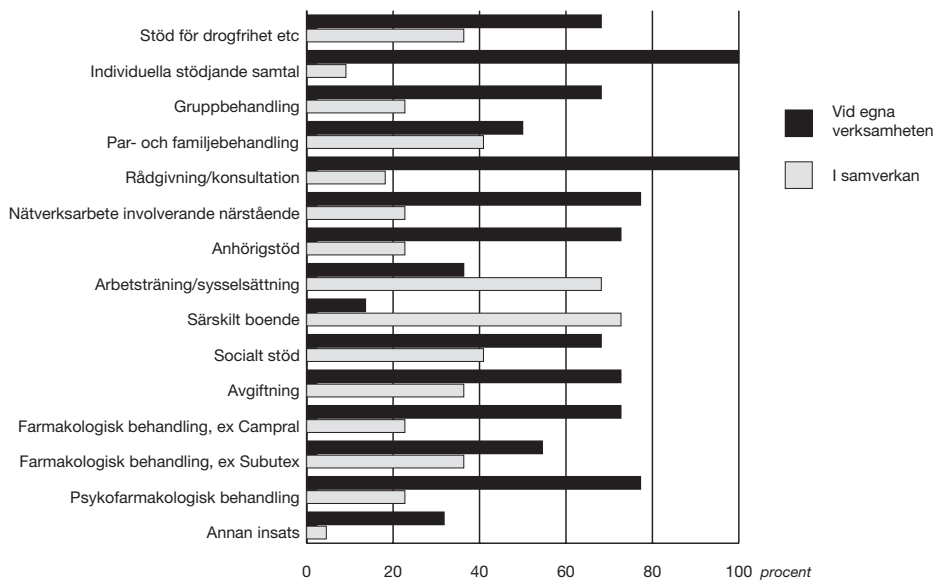
4 verksamheter har svarat annan insats:

- 1 NADA (öronakupunktur) + motion
- 1 social färdighetsträning
- 1 hälsokontroller + patient- och anhörigutbildning
- 1 teckenekonomi

Diagram 7

Insatser i öppenvård

Fördelning av de stöd- och behandlingsinsatser som erbjuds vid den egna verksamheten samt i samverkan med andra.



9 verksamheter har svarat annan insats:

- 1 närståendebildning
- 1 utbildningsprogram i temagrupper, t.ex. om depression
- 6 NADA (öronakupunktur) varav 1 som gruppverksamhet
- 1 friskvård/motion

Diagram 8

Inriktning/metodik i arbetet

Ange om ni utgår från en speciell inriktning/metodik i ert arbete?

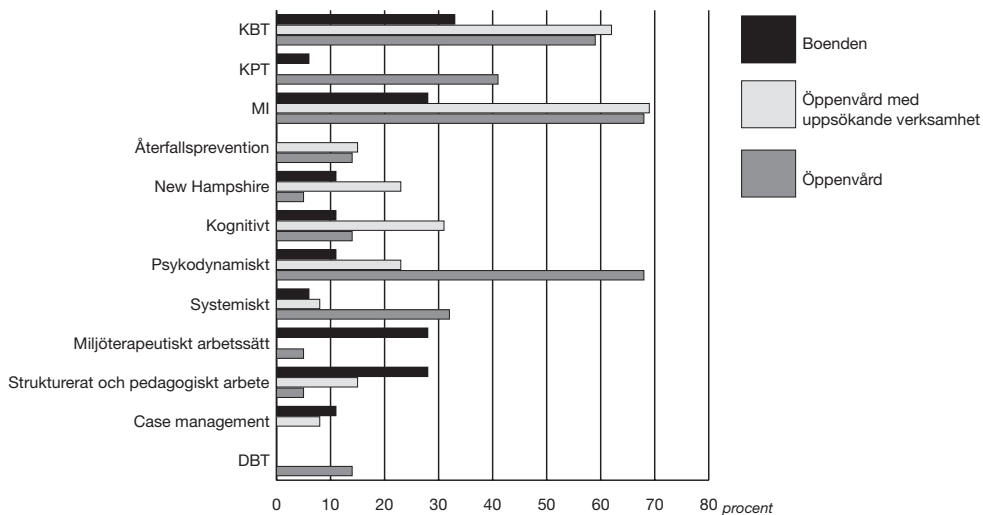


Diagram 9

Samordning av insatser

Hur samordnas insatserna mellan olika verksamheter?

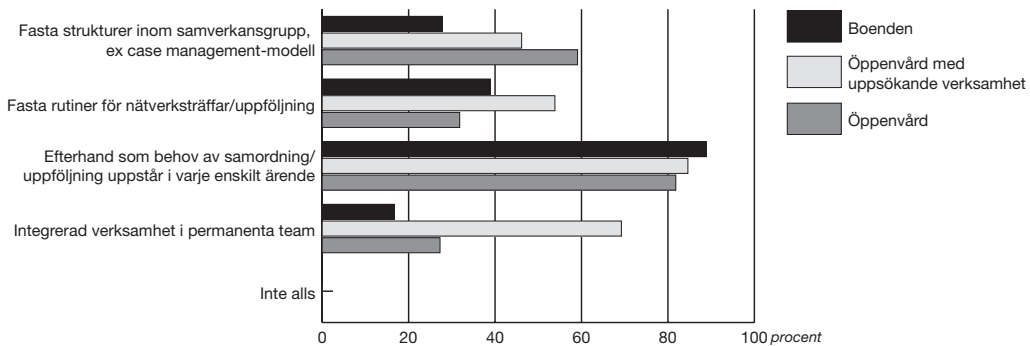
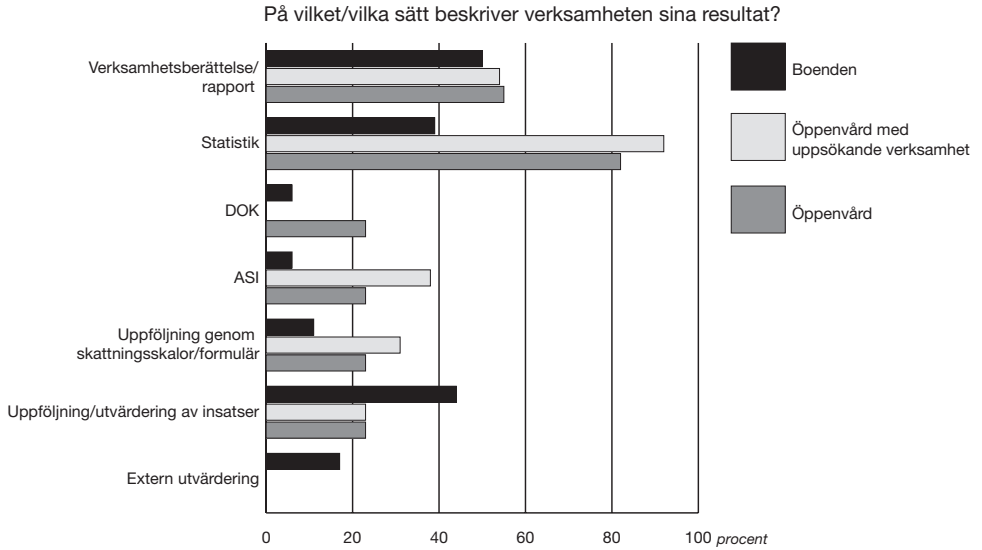


Diagram 10

Beskrivning av resultat



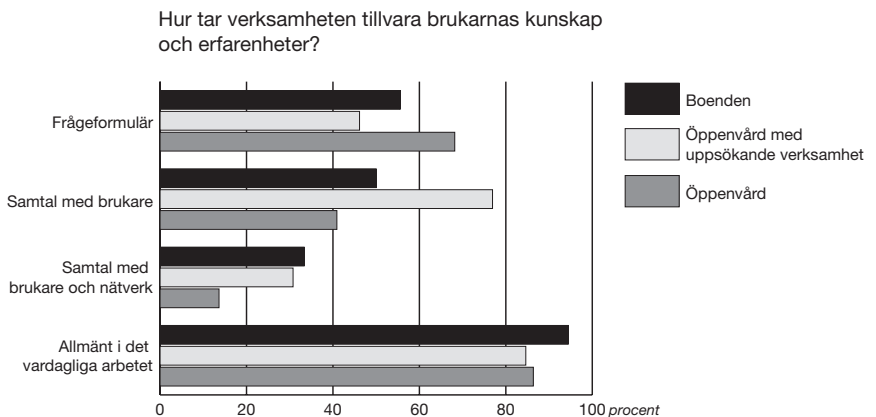
Kommentar:

Statistik kan vara av olika slag; på prestationer, besök på akutvårdsmottagning, antal slutenvårdsdagar, tvångsvård.

Uppföljning/utvärdering kan vara i förhållande till insatser, uppdragshandling, individuell behandlingsplan, yttre parametrar såsom försörjning, boende och sysselsättning.

Diagram 11

Brukarnas kunskap och erfarenheter



Bilaga 5

Exempel från verksamheter

Det finns många verksamheter med engagerade medarbetare runtom i landet. Vi har valt att beskriva några av dessa verksamheter lite mer ingående för att visa på variationen inom området samt att det finns många fungerande arbetsformer. Genomgående för de verksamheter vi valt är att man utgår från en mycket tydlig struktur i arbetet samtidigt som man värnar om stor flexibilitet vad gäller anpassning till behoven hos de som verksamheten riktar sig till. Det finns många fler verksamheter som arbetar utifrån liknande förhållningssätt. Vårt urval innebär inte en värdering av verksamheterna i sig. Det vi vill understryka är att en höggradig struktur inom verksamheter och organisationer också ger utrymme och möjlighet att klara av att vara flexibla inom de fasta ramar man upprättat.

Gemet, sysselsättningsprojekt i Karlstad

Gemet startade i november 2005 som ett projekt mellan Landstinget i Värmland, Karlstad kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. När projektet övergår till permanent verksamhet 2008 är Arbetsförmedlingen inte med eftersom, det visat sig att nära samverkan med AF i rehabiliteringsskedet inte är så stort utan samverkan kommer att ske vid behov.

Gemet vänder sig till personer med psykisk ohälsa eller psykiska funktionshinder som behöver stöd för att komma igång med arbete, sysselsättning eller studier. Målgruppen är personer, 18–40 år, som har långvarig arbetsfrånvaro. Gemet har fem anställda – en arbetsterapeut, två socionomer (samordnare), en beteendevetare och en yrkesvägledare/coach – samt en projektledare/enhetschef.

Ansökan till Gemet föregås alltid av ett studiebesök. Nästa steg är att träffa arbetsterapeuten och en av samordnarna för att berätta om sig själv, vilka erfarenheter man har och vad man vill få hjälp med från Gemet. Efter diskussion inom teamet erbjuds brukaren tre ”entréveckor” för att pröva på verksamheten. Hittills har Gemets personal inte avvisat någon sökande. Det enda kravet är att man inte får ha ett aktivt pågående missbruk utan ska vara drogfri när man är närvarande i verksamheten, med hänsyn till övrig deltagare. Det finns dock ingen bestämd tidsgräns för hur lång drogfrihet som behövs innan en brukare kan få börja på Gemet.

Efter de tre ”entréveckorna” utvärderar brukaren tillsammans med personalen hur det fungerat. Brukaren får själv ta stort ansvar för hur han/hon vill gå vidare. Har närvaron varit låg men motivationen hög, försöker man tillsammans hitta lösningar för att komma vidare. Man gör tillsammans en personlig handlingsplan med hög grad av anpassning till individens behov och förmåga.

Alla deltagare har en samordnare som ansvarar för kontakterna med andra aktörer och kringpersoner. Brukaren bestämmer om nätverksmöten ska anordnas och vilka personer som i så fall ska närvara.

I början av tiden på Gemet har arbetsterapeuten, beteendevetaren och deltagaren ganska täta uppföljningar. Det finns alltid möjlighet för deltagaren att ta kontakt med samordnaren och att få ett samtal med någon i personalgruppen. Yrkesvägledaren/coachen har ett omfattande kontaktnät med olika arbetsplatser vilket har stor betydelse när det gäller att hitta platser för arbetspraktik.

Gemet har ett nära samarbete med Solakoop, ett socialt arbetskooperativ, som ligger i samma hus. Solakoop har ett Bed and Breakfast samt ett sommarcafé. De kommer inom kort att utöka verksamheten med ytterligare rum i samarbete med den italienska hotellkedjan Le Mat som driver sociala personalägda kooperativ.

Reflektioner:

Vi tycker det är spännande med en sysselsättnings- och rehabiliteringsinriktad verksamhet som har en så tydlig struktur i arbetet, samtidigt som det finns en mycket hög grad av flexibilitet vad gäller att anpassa insatserna. Arbetet och atmosfären på Gemet genomsyras av stor respekt för deltagarna/brukarna som är mycket delaktiga i och har stort inflytande. Begrepp som trygghet, individuell anpassning, kreativitet och känsla av sammanhang är viktiga hörnstenar.

Det miljöterapeutiska förhållningssättet med mycket psykologiskt stöd, innebär att deltagarna får ökad självkänedom och hjälp att kunna hantera de situationer som uppstår både socialt och vad gäller arbetsrehabiliteringen. Att det finns ett intresse för Gemets verksamhet och arbetssätt visar sig bland annat genom att studenter vid Karlstad universitet har skrivit tre C-uppsatser, två inom psykologi och en inom social omsorgsvetenskap med fördjupning utifrån olika infallsvinklar.

Samarbetet mellan Gemet och Solakoop innebär att det är lätt för både personal och deltagare att skapa möjligheter till konstruktiva och flexibla alternativ vad gäller praktikplatser och att upprätthålla en hög grad av brukarinflytandet i verksamheterna.

Boendeverksamheter i Malmö

I Malmö finns bland annat tre boenden som vänder sig till målgruppen med psykiatrisk problematik och missbruk och som har lite olika inriktning i utformandet av sina verksamheter.

Stödhuset

Stödhuset startade sin verksamhet 2003 i projektform och är sedan 1 januari 2006 en permanent verksamhet i kommunal regi. Verksamheten har tio platser och vänder sig till hemlösa med missbruk och psykisk sjukdom som inte klarat att bo i andra boendeformer som prövats. Boendet beviljas som bistånd enligt SoL (socialtjänstlag 2001:453). Stödhuset har 11 personer anställda, inklusive föreståndaren, och är bemannat dygnet runt.

Målsättningen med verksamheten är att bidra till att individerna får den hjälp de behöver ur medicinskt, socialt och psykologiskt perspektiv samt att skapa en trygghet i ett boende. Tanken är att på sikt kunna hjälpa individerna till annan form av boende.

Det finns inget krav på att de boende ska ha en psykiatrisk diagnos när det kommer till boendet, men det kan vara en del av arbetet för personalen att försöka motivera till att få hjälp med diagnos och insättning av mediciner. Största delen av de boendena har psykossjukdom/schizofreni. De flesta av de boende är beroende av amfetamin som också är den vanligaste drogen.

Stödhuset har ett nära samarbete med DD-mottagningen inom Beroendecentrum, Universitetssjukhuset MAS, som finns i lokaler på samma våningsplan. DD-mottagningen riktar sig till personer med missbruk och psykosproblematik. Den lokalmässiga närheten till DD-mottagningen och det goda samarbetet mellan verksamheterna har haft stor betydelse när personalen vid Stödhuset motiverat någon av de boende att söka hjälp. Samarbetet med respektive boendes socialsekreterare samt med personliga ombud är också viktigt liksom Röda Korsets insatser med aktiviteter på Stödhuset och anordnande av utflykter.

Stödhuset inriktar sig på en mycket hög grad av anpassning till de boende eftersom målgruppen för verksamheten är personer som inte klarat av att bo i andra boendeformer. Det innebär att man har en stor tolerans för droganvändande för att det i sig inte ska kunna bli ett skäl för utskrivning från boendet. Det är inte tillåtet att droga inne i boendet men man kan med personalens vetande gå ut och droga sig och komma tillbaka påverkad. Hot och våld tolereras inte, och verksamheten har byggt upp ett nära samarbete med polisen för att få hjälp om det uppstår akuta situationer som blir för svåra för personalen att hantera. Personalen arbetar med "New Hampshire-modellen" som utgångspunkt och tillämpar ett icke-konfrontativt förhållningssätt.

Reflektioner:

Toleransen för den problematik som de boende har, och de sätt som det kommer till uttryck på, är stor då personalen anser att det är en förutsättning för att möjliggöra att man skapar ett hopp om och motivation till förändring. Det innebär dessutom att man ur ett samhällsperspektiv bidrar till att eventuellt förebygga situationer där våld, hot och brott uppstår ute på gator och torg.

Att arbeta i en verksamhet som Stödhuset ställer stora krav på personal och arbetsledning. Behovet av kompetens samt personlig lämplighet hos personalen är viktiga delar vid sidan av en hög grad av struktur och trygghet i verksamheten för att klara de påfrestningar som arbetet innebär.

Mor Marnas boende

Boendet på Mor Marnas väg är en samordnad verksamhet mellan kommunen i Malmö och Rättspsykiatri inom Region Skåne. Kommunen driver boendet och landstinget bidrar med ett antal tjänster samt psykiaterresurser. Samordningen av och ekonomin för verksamheten regleras i ett femårigt avtal. Verksamheten startade januari 2003 och har sex platser.

Målgruppen för boendet är personer:

- som beviljats insatser enligt LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, 1993:387) och som har lång varaktighet vad gäller psykiska funktionshinder
- som har en psykiatrisk diagnos i form av psykos eller schizofreni
- som är, eller har varit, vårdade enligt LRV (Lag om rättspsykiatrisk vård, 1991: 1129)

Huvudparten av de boende har ett missbruk som huvudsakligen består av amfetamin och/eller hasch.

Målet med verksamheten är att bedriva stöd och service enligt LSS (personkrets 3), avvärja behovet av att söka psykiatrisk akutvård och finna ett boende för personer som tidigare inte klarat av andra boendeformer.

Boendet har 14 anställda (tio från kommunen och fyra från landstinget) samt 50 procent arbetsledare och är bemannat dygnet runt. Från Rättspsykiatriska kliniken har man också psykiaterresurser med cirka fyra timmar per månad samt vid behov.

Vid starten identifierades tre komponenter som var viktiga i verksamheten:

- den medicinska
- bedömning av funktionshindret, det vill säga arbetsterapeutens kompetens
- pedagogiskt arbete för att lära sig leva med sina funktionshinder

De landstingsanställda har därför ett uttalat uppdrag att bidra med och förmedla psykiatrisk specialistkompetens till de övriga i arbetsgruppen. Stor vikt läggs vid att förstå vad det innebär att ha schizofreni, vad som är viktigt i den medicinska behandlingen och att kunna se tidiga tecken på försämring.

Behandlingsassistenterna som alla har någon form av högskoleutbildning, består bland annat av socionomer, arbetsterapeuter, pedagoger utifrån grundtanken med de tre olika komponenterna i verksamheten.

Personalen vid Mor Marnas inleder ofta kontakten med de blivande boende genom "uppsökande" och kontaktskapande arbete på den Rättspsykiatriska kliniken. Alla boende har två kontaktpersoner. Man arbetar med ett pedagogiskt förhållningssätt och använder materialet "Ett Självständigt Liv" som utgångspunkt. Man arbetar också för att anpassa omgivningen för att minska stressnivån så långt det är möjligt. Mor Marnas har drogfrihet som krav för boendet.

Sysselsättning är en viktig del både i vardagslivet i boendet och sker i samarbete med Rättspsykiatrin och Arbetskollektivet Salleruppsvägen i Malmö. Tillsammans med ett annat LSS-boende planerar man att starta studiecirklar för personal och eventuellt gruppverksamhet för de boende utifrån något angeläget tema.

Kontakten med primärvården betonas också. Man har en speciell läkare och distriktssköterska vid en vårdcentral för att tillgodose behovet av insatser av somatisk karaktär.

Reflektioner:

Mor Marnas boende har redan från tillskapandet av verksamheten planerat personalsammansättningen i förhållande till de mål som verksamheten har. Personalgruppen sattes samman utifrån en tydlig inriktning av arbetet med särskilda uppdrag för de olika personalkategorierna.

Strandgatans boende, Limhamn

Boendet, med åtta platser, har funnits sedan 1998 och drivs i kommunal regi med ett lokalt samverkansavtal avseende läkarstöd inom område psykiatri (med INM, Integrerad Närsjukvård i Malmö).

Målgruppen är män med psykiska funktionshinder, främst psykossjukdomar, i kombination med missbruk. Blandmissbruk av alkohol, hasch och amfetamin är vanligast förekommande.

Strandgatans boende har sju anställda varav två arbetar natt samt 50 procent arbetsledare.

Målet med verksamheten är att arbeta enligt LSS-lagens intentioner, bistå med att skapa en stabil livssituation och ekonomi och att hjälpa till i kontakterna med berörda myndigheter.

Alla insatser är individuellt utformade tillsammans med den boende och med det nätverk som han önskar ska finnas med. Verksamheten betonar brukarens möjligheter till inflytande över sin vardag och den boendes rätt till integritet i sin bostad. Det innefattar även rättigheten att använda droger inne i sin bostad så länge som övriga regler för boendet inte åsidosätts. Den struktur som finns, förutom husets ordningsregler, är att alla boende har förvaltare som distribuerar pengar en gång i veckan och att personalen inte hanterar några mediciner i boendet. Det finns ett mycket välfungerande samarbete med öppenvårdspsykiatri INM samt med distriktsköterskorna i stadsdelen Limhamn-Bunkeflo.

Kraven på personalen är mycket stora vad gäller respekt för den enskildes integritet och att arbeta utifrån ett icke-konfrontativt förhållningssätt. Samtidigt försöker man ha en lyhördhet och beredskap för att skapa motivation till förändring vad gäller droganvändande hos de boende. Utgångspunkten i arbetet är en humanistisk grundsyn med ett miljöterapeutiskt arbetssätt. Man betonar betydelsen av att kontinuerligt ha fokus på att de värderingar som gäller för verksamheten efterlevs bland all personal i organisationen. Det kvalitetssäkringssystem man arbetar efter innebär att alla anställda (på alla nivåer i organisationen) ska kunna svara på hur man arbetar och hoppas på så sätt säkra att dokument och policys får ett konkret innehåll och inte stannar vid att vara pappersprodukter.

Reflektioner:

Det ställer stora krav på en arbetsgrupp och en arbetsledning att klara av att ha ett förhållningssätt som innebär att fullt ut respektera de boendes integritet och rättigheter i sitt boende, då det som vid Strandgatans boende också innebär rätten att använda alkohol eller droger i boendet.

DD-gruppen, Tyresö

Missbruksenhet/Beroendevård/Psykiatri

Tyresö är en kommun med 41 000 invånare som ligger cirka 30 minuters resa från Stockholms city. DD-gruppen i Tyresö består av representanter från kommunens Missbruksenhet, Tyresömottagningen (Beroendecentrum i Stockholm) och Tyresö Psykiatriska öppenvårdsmottagning. DD-gruppen är inte samlokaliserad eller samorganiserad utan har en samverkan som regleras genom ett flertal avtal på olika organisatoriska nivåer, centralt och lokalt, mellan kommun och landsting. Gruppen bedriver en nära samverkan kring målgruppen som en integrerad del i det reguljära arbetet inom respektive huvudorganisation. DD-gruppen består av fasta representanter från respektive verksamhet.

Inom kommunens Missbruksenhet arbetar en behandlingssamordnare, 0,5 psykolog, en arbetsmarknadskonsulent samt åtta socialsekreterare. Enheten har ansvar för utredning och behandling av personer över 20 år med missbruksproblem. Vid enheten finns också en medicinmottagning med en sjuksköterska samt läkare en dag i veckan från primärvården.

Den kommunala missbruksenheten är sedan 2001 samlokaliserad med Tyresömottagningen (Beroendecentrum) där en sjuksköterska och en psykiatriker arbetar.

Inom Tyresö psykiatriska öppenvårdsenhet arbetar ett 20-tal personer. Här finns tre psykiatriker, en arbetsterapeut, tre socionomer, fyra psykologer, tre sjuksköterskor och två mentalskötare. Man är organiserad i fyra team och har ett uppdrag att diagnostisera och behandla psykisk sjukdom för Tyresö kommuns invånare.

Kommunens missbruksenhet och psykiatrin började sitt samarbete i början av 1990-talet, ett samarbete som fick sin nuvarande form 1997 efter psykiatrireformens genomförande. Samverkan består av fyra delar:

- konsultation
- övergripande organisationsmöte, så kallade DD-möte, en gång per månad
- mininätverk kring brukarna
- gemensam handledning en gång per månad.

När man inom respektive enhet identifierar att det finns en person med komplex problematik på grund av missbruk och psykisk sjukdom initieras en plan för samverkan på det så kallade DD-mötet. Ett mininätverk skapas och där ingår alltid en representant från psykiatrin samt en från kommunens missbruksenhet. Inom mininätverket arbetar man tillsammans med att söka upp brukaren för att skapa kontakt och för att få en arbetsallians.

Tillsammans med brukaren gör man en vårdplan. Behandlingsarbetet är långsiktigt och bygger på individuella lösningar. Behandlarna är flexibla och aktiva vad gäller att söka kontakt med brukarna och tar stort ansvar för att en behandlingskontakt ska komma till stånd.

Genom att brukarna får tillgång till alla tre verksamheterna kan man använda olika behandlingsinsatser allteftersom behoven förändras.

Det övergripande månatliga DD-mötet syftar till att bilda nya mininätverk, förmedla aktuell information, diskutera generella övergripande frågor och ta upp situationer som behöver redas ut. DD-mötena har upplevts ha en hårbärande funktion för alla verksamheterna, bland annat har det inneburit att man bättre klarat olika påfrestningar med utagerande brukarna samt frustration inför olika organisatoriska problem.

Personalen från de samverkande enheterna har under åren deltagit i gemensamma utbildningar och konferenser. Chefer och politiker har varit och är intresserade, och har givit sitt stöd till samverkan. Dessutom har den psykiatriska öppenvården haft läkare som varit mycket engagerade i patienterna och inte värt sig för att arbeta med missbruket parallellt med den psykiatriska problematiken.

Med utgångspunkt från den samverkan som finns uppbyggd inom Tyresö kommun har ett team för ”Unga vuxna” skapats. Teamet startade 2006 som ett ”Milton-projekt” och är nu permanentat. Två socionomer med anställning inom psykiatrin respektive kommunens missbruksenhet arbetar uppsökande med personer i åldern 18–30 år.

Reflektioner:

Det finns många olika sätt att organisera arbetet för personer med psykiatrisk problematik i kombination med missbruk. Att som i Tyresö utgå från ordinarie verksamheter och utse personer som kan organisera insatserna runt de personer som har komplexa vårdbehov är ett sätt som inte blir lika resurskrävande som att starta nya team eller verksamheter. Genom att skapa strukturer dels runt brukarna, det vill säga på individnivå, dels på den organisatoriska nivån, skapas bra förutsättningar för att bedriva behandlingsarbete för personer med komplex problematik. Det leder också till möjlig utveckling och lärande inom de organisationer som är inblandade. När specialisering sker via personal som har sin fortsatta tillhörighet i respektive ursprungsverksamheter ökas kunskapsnivån hos alla inblandade. Med ”nyskapade” subspecialiserade mindre enheter finns det alltid en risk att det uppstår en avgränsning, ibland en isolering, i förhållande till andra verksamheter. I mötet med DD-teamet märks det väl att det finns en bred kompetens och att man arbetar som tre specialiserade verksamheter där DD-arbetet ingår som en del i arbetet.

På Missbruksenheten har man lärt sig mycket om psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar vilket gör att personalen lättare känner igen olika psykiatriska tillstånd och inom psykiatrin har man också fått mycket kunskap om missbruk. Det innebär att personalen känner sig lugnare i olika situationer och att man klarar att ha is i magen och agera utifrån vad situationen kräver även om man är inne på ”varandras områden”.

Betydelsen av att ha chefer som är intresserade av målgruppen, engagerade i arbetet och intresserade av samverkan blir också tydlig. Framväxten och utvecklingen av den samverkan som finns i Tyresö understryker hur stor betydelse det har att det finns engagerade chefer som driver frågan inom förvaltningarna samt att det finns aktiva och engagerade politiker. Det blir också tydligt att den kultur/tradition och inställning som finns inom psykiatrin (främst bland läkarna) vad gäller att arbeta med samtidiga insatser inom missbruk och psykiatri har stor betydelse i arbetet med denna målgrupp.

BoP-teamet, Jönköping

BoP-teamet (Teamet för Beroende och svår psykisk störning) startade som projekt 1994 och har existerat som permanent verksamhet sedan 1998. Det drivs som en integrerad verksamhet med Jönköpings kommun (Individ och familj) och Landstingets psykiatriska klinik, Beroendeenheten som huvudmän. Verksamheten regleras i avtal som löper tills vidare och som följs upp av en styrgrupp vart fjärde år. Regleringen av avtalet sker inom varje huvudmans ansvarsområde. Sedan 1997 finns en politisk överenskommelse beträffande driften av verksamheten.

Vid BoP-teamet finns sex anställda – tre psykiatrisjuksköterskor anställda av landstinget och tre behandlingsassistenter (med högskoleutbildning som grund) anställda av kommunen.

Målgruppen för verksamheten avgränsades redan under projekttiden enligt den definition som då fastställts i samråd med Socialstyrelsen: Schizofreni, vanföreställningssyndrom och andra psykotiska tillstånd, bipolär affektiv sjukdom och egentlig depression med melankoli, uttalade personlighetsstörningar: schizotyp personlighetsstörning, borderlinestörning om samtidig förekomst av psykosjukdom. Samtliga har en beroendediagnos med ett blandmissbruk av alkohol, amfetamin, cannabis och läkemedel.

Målet med verksamheten är att bedriva integrerad behandling avseende psykisk sjukdom och missbruk enligt den SATS-skala (Substance Abuse Treatment Scale) som tagits fram i USA av Mueser m.fl. (2003). SATS-skalan utgår från åtta stadier för att beskriva var man befinner sig ur ett behandlingsperspektiv, alltifrån tidigt skede med kontaktskapande arbete till att klienten är återställd så till vida att det inte har funnits något missbruk under ett år. Vid BoP-teamet använder man sig bl.a av SATS-skalan för att tillsammans med klienten stämma av vilka förändringar som sker kontinuerligt under behandlingstiden. SATS-skalan används också, tillsammans med ASI (Addiction Severity Index, en strukturerad intervju med frågor relevanta för personer med missbruksproblem) samt annan statistik, för att beskriva BoP-teamets arbete inför beslutsfattare och politiker.

En mycket hög grad av struktur präglar arbetet vid BoP-teamet samtidigt som flexibiliteten är av avgörande betydelse för att skapa bärande behandlingsrelation med brukarna.

Några viktiga grundförutsättningar i verksamheten:

- Lättillgänglighet, vilket bland annat innebär att man arbetar uppsökande för att få kontakt med de personer som ska påbörja en behandling inom verksamheten
- Hög grad av anpassning till klientens önskemål och behov i syfte att skapa förtroende och kontakt

- Omfattande ansvarstagande från personalens sida vad gäller att skapa en behandlingskontakt, man förväntar sig inte att brukaren tar ansvar för/visar delaktighet i kontakten förrän efter cirka 1–1,5 år
- Långsiktigt tidsperspektiv vad gäller behandlingen i BoP-teamet
- Motivationsskapande insatser är av största betydelse i behandlingen
- För att skapa förståelse för den behandling som bedrivs vid verksamheten och för att motivera till fortsatt stöd hos beslutsfattare och politiker är det också av största betydelse att kontinuerligt förmedla vilka resultat man uppnår och vilken kunskap som finns vid BoP-teamet.

Reflektioner:

Personal vid BoP-teamet förmedlar hur betydelsefullt det är att ha en tydlig struktur som grund i arbetet för att klara av den flexibilitet som krävs i att till skapa och upprätthålla en behandlingskontakt med personer som har mycket svår psykiatrisk problematik. Eftersom gränsöverskridanden och förvirring ofta uppstår även som parallellprocesser i arbete med personer med psykosproblematik är det också av stor betydelse att det finns tydliga överenskommelser och rutiner för personalen inom verksamheten och i förhållande till andra inblandade aktörer.

Stabilitet i organisationerna samt bland politiskt ansvariga är faktorer som man vid BoP-teamet vill lyfta fram vikten av och det stämmer väl överens med synpunkter vi fått även från andra verksamheter.

Det finns fler verksamheter i landet som liksom BoP-teamet har tagit fasta på den ”modell” som talas om som ”New Hampshire-modellen” och som utgår från den struktur för integrerad behandling som utarbetats av Mueser m.fl. (2003). POM-teamet i Lund, DD-teamet i Skellefteå, DD-teamet i Tyresö, Spindeln i Västerås, Spindeln i Uppsala, Team Douglas i Gävle, DD-mottagningen i Malmö, Rinkebymottagningen i Rinkeby (Stockholm) för att nämna några verksamheter.

ACT-teamet, Huddinge

(ACT – Assertive Community Treatment)

Beställarnämnden inom Stockholms läns landsting initierade 2003 ett samarbete mellan Beroendecentrum Stockholm, Psykiatriska kliniken Sydväst och Socialförvaltningen Huddinge kommun. En arbetsgrupp utsågs för att bland annat arbeta fram ett förslag och en struktur för samverkan i form av ett gemensamt team som kunde arbeta med de mest utsatta av de psyksikt sjuka missbrukarna. Arbetsgruppen utformade och förankrade en projektplan som följer de riktlinjer som ”Fokusrapporten för behandling av personer med komplexa vårdbehov

på grund av psykisk störning och missbruk” (2004) tagit fram.¹ Man tog också tillvara de erfarenheter som finns bland etablerade verksamheter såsom DD-gruppen i Tyresö, den så kallade Tyresömodellen, och kunskap som finns om ACT-modellen. Med utgångspunkt från dessa har man skapat ett så kallat ACT-team som är lokaliserat till beroendemottagning Utsiktens lokaler, en mellan Huddinge kommun och Beroendecentrum integrerad verksamhet i Huddinge. Verksamheten är organiserad under en lokal samverkansgrupp (Primärteam) som består av enhetschefer med tillhörighet i de samverkande organisationerna, det vill säga socialtjänsten, psykiatrin och beroendevården. Övergripande finns en styrgrupp med representanter på ledningsnivå i respektive organisation.

Arbetet med att skapa ett ACT-team var långt framskridet när möjligheten att ansöka om så kallade Milton-pengar kom. Man ansökte om och beviljades medel för att de fyra personer som skulle arbeta som case managers skulle kunna delta i en kompetensutveckling med inriktning mot case management-metodik.

Reflektioner:

Vi uppfattar det tillvägagångssätt som ACT-teamet i Huddinge kommit till på som ett gott exempel på hur utvecklingsarbete kan planeras och genomföras med utgångspunkt från de behov som finns inom ordinarie verksamheter. Dessutom hade man ett långsiktigt tidsperspektiv för att hinna förankra beslut om förändringar i respektive organisationer.

¹ Inom Stockholms läns landsting sammanställs fokusrapporter inom olika områden som en del av det medicinska programarbetet (MPA). Syftet är att lyfta fram och belysa angelägna områden, göra en lägesbeskrivning och föreslå möjliga lösningar.

Bilaga 6

Kort sammanställning av projektgruppträffar i landet

I **Norrbottnens län** har primärvården, psykiatrin och kommunförbundet gjort gemensam sak och drivit utvecklingsarbetet på ett mycket aktivt sätt. De har ordnat såväl gemensamma utbildningsdagar som mindre projektträffar. Som projektledare i projekt KPM har jag haft förmånen att vara inbjuden vid ett flertal tillfällen. Utöver det har två projektträffar anordnats tillsammans med länskontaktpersonerna och projektledarna för de fyra projekt med inriktning mot personer med samtidig psykiatrisk problematik och missbruk samt två personer från case managementutbildningen. Ytterligare en träff är planerad till slutet av oktober 2007 för att bland annat diskutera fortsatt utvecklingsarbete.

I **Västerbottens län** fanns endast ett projekt med inriktning mot samsjuklighet avseende psykisk sjukdom och missbruk. Flera av de övriga Milton-projekten från inlandskommunerna var dock mycket intresserade av att få delta vid projektträffar då man hade ett stort behov av att få kontakt med beroendepsykiatrin och att få hjälp med att ta fram handlingsplaner för hur man bäst skulle hjälpa personer med missbruk. Tillsammans med landstingets länskontaktperson (som är läkare) och en planeringsledare genomfördes en träff och ytterligare en planerades för att följa upp bl.a. ovanstående fråga. Denna träff kunde tyvärr inte genomföras på grund av att akut brist på läkarresurser var tvunget att prioriteras och hanteras.

I **Dalarnas län** har det funnits nio projektgrupper som arbetat med inriktning mot samtidig psykisk sjukdom och missbruk. Länskontaktpersonerna ordnade tillsammans med projekt KPM en heldagsträff för att utbyta erfarenheter mellan projekten. Flera av projektgrupperna beskrev att projekten lett till ett konstruktivt samarbete mellan kommuner och landsting och för några av projekten fanns beslut om fortsatt utvecklingsarbete även efter projekttidernas slut. Projektgrupperna uttryckte stort intresse av att kunna träffas för att följa upp utvecklingsarbetet längre fram. Länskontaktpersonerna skulle därför undersöka om de kunde få ett nytt uppdrag, efter att Nationell psykiatrisamordnings projekt avslutats, med mandat att anordna uppföljande nätverksmöten.

I **Värmlands län** har arbete med att planera för ett länsövergripande Beroendecentrum funnits med parallellt med de pågående projekten inom ramen för Milton-satsningen. De träffar och utbildningsdagar som anordnats har även haft syftet att skapa kontakter och gemensam kunskapsbas inför det blivande

samarbetet inom Beroendecentrum som ska drivas i samarbete mellan Lands-tinget i Värmland och Värmlands läns Vårdförbund (16 kommuner).

Vid den projektträff som projekt KPM initierade med de fyra projekt som var aktuella för vårt uppdrag hade ingen av kontaktpersonerna med ett övergripande ansvar möjlighet att närvara. Projektgrupperna som träffades hade en mycket varierad inriktning och största behovet som uttrycktes var att få utbildnings/föreläsningdagar samt samordning vad gäller t.ex. handledningsmöjligheter. Dessa frågor hänvisades till de utbildningsansvariga som fanns tillgängliga för projektgrupperna. Länskontaktpersonerna och de utbildningsansvariga har varit mycket generösa med att förmedla kontakter med verksamheter samt att låta mig, i egenskap av projektledare, få delta vid utbildnings- och konferensdagar tillsammans med projektgrupperna i Värmland.

I **Östergötland** och **Västmanland** har två träffar genomförts inom respektive län. Inom båda länen fanns ett intresse av fortsatta möten för kunskaps- och erfarenhetsutbyte men formen för det var inte helt given. Behoven såg olika ut beroende på om projekten var förankrade i ordinarie verksamheter eller hade externa projektledare som arbetade med fristående och avgränsade utvecklingsfrågor.

I **Uppsala län** samlade projekt KPM till en träff tillsammans med en vårdchef från Psykiatriska divisionen vid Akademiska sjukhuset. Närvarande vid det mötet var, förutom projektledare för de fem projekt som var aktuella inom området samt Kriminalvårdens "Trekloverprojekt", en person från landstingets Hälso- och sjukvårdsstab och två från Uppsala kommun som hade en övergripande funktion. Ett antal samlingar hade genomförts för samtliga Miltonprojekt inom Uppsala län, men för en av projektgrupperna från kommunerna utanför Uppsala var detta det första mötestillfället med övriga Miltonprojekt. Det visade sig inte finnas något behov av mer än ett möte för att alla skulle bli informerade om varandras utvecklingsarbete, ytterligare träffar planerades inom ramen för länskontakternas uppdrag.

Inom **Stockholms län** har det pågått ett 40-tal projekt, flera med inriktning mot att tillsätta personer med case managementfunktion till redan existerande missbruks- och beroendeverksamheter. Samordnare för dessa projekt har funnits i Stockholm och projekt KPM har endast deltagit vid en av de projektträffar som anordnats.

Inom **Södermanlands län** anordnade projekt KPM tillsammans med Svenska Nätverket en träff för de fyra projekt inom länet som hade en inriktning mot målgruppen. Det fanns intresse för ytterligare en nätverksträff som skulle kombineras med ett seminarium om verk samma metoder i behandling av missbruk och psykisk sjukdom. Seminariet fick emellertid ställas in på grund av för få anmälningar. Det visade sig att det kolliderade med en intensiv period vad gällde

utvecklingsarbete som hade att göra med det ”nya” Beroendecentrum i Eskilstuna som startats upp i samverkan mellan Landstinget i Sörmland och Eskilstuna kommun. Vid den träff som genomfördes uttrycktes dock ett intresse för att försöka samla till länsövergripande nätverksmöten för att kunna diskutera utvecklingsfrågor.

I Västra Götalands län har det pågått cirka 24 projekt med inriktning mot psykisk sjukdom och missbruk. På grund av de organisatoriska och geografiska avstånden har det inte varit möjligt för länskontaktpersonerna att samla projektgrupperna till nätverksträffar.

I *FyrBoDal-området* tillsatte man en projektsamordnare som samlat bland annat de 14 projekt som riktat sig mot personer med psykisk sjukdom och missbruk inom den delen av länet. Projektgrupperna har haft regelbundna träffar under hela projekttiden och det har inte funnits utrymme eller behov av ytterligare samlingar varför projekt KPM inte samlat till eller deltagit vid någon projektträff.

Inom *Göteborgsområdet* inklusive kranskommuner och Borås samt Kungälv har projekt KPM anordnat träffar för de sex projekt som haft målgruppen samtidig psykisk sjukdom och missbruk tillsammans med Case Management-gruppen i Sjuhärad samt Kriminalvårdens ”Treklöverprojekt”. Fem träffar har genomförts. Vid två av träffarna har avstämning från projekten kombinerats med seminarier med externa föreläsare utifrån önskemål från projektgrupperna. Vid det ena tillfället på temat ”Personlighetsstörningar, bemötande och förhållningsätt” och det andra ”Projektledning i offentlig miljö”.

I *Skaraborgsområdet* finns fyra pågående projekt som projekt KPM tillsammans med en psykiatrisamordnare från psykiatriska kliniken i Falköpings, samlade till en heldagsträff. Vid sidan av information om pågående projekt diskuterades också innehållet i den ”Programförklaring i 10 punkter vid Missbruk och samtidig psykisk sjukdom” som tagits fram av Anders Milton, Nationell psykiatrisamordning och Björn Fries, Mobilisering mot narkotika. Projektgrupperna uttryckte att det inte finns behov av ytterligare nätverksträffar i Skaraborg, då det inom ramen för ordinarie verksamheter och organisationer redan finns olika konstellationer för samverkansmöten.

I Skåne län pågår nio projekt med inriktning mot målgruppen. Då det inte hade genomförts några samlingar för projektledare eller projektgrupper inom länet var intresset och engagemanget för nätverksträffar stort. Tillsammans med projekt KPM har fyra träffar genomförts och en uppföljande träff kommer att anordnas i början av 2008. Vid ett av mötestillfällena engagerades Agneta Öjehagen för ett seminarium med utgångspunkt från hennes erfarenheter som projektsamordnare av 10 projekt med statliga stimulansmedel initierade med anledning av Psykiatireformens genomförande 1995.

I **Jönköpings län** pågår fyra projekt. I länet finns förutom länskontaktpersoner för projekten även ett länsövergripande nätverk. Detta nätverk bildades 2001 och har ett uppdrag att ta tillvara tidigare erfarenheter från utvecklingsarbete samt vidareutveckla samarbete och kompetensutveckling som gäller målgruppen svårt psykiskt sjuka missbrukare. Inom ramen för detta nätverk har projektgruppträffar genomförts och där fortgår en kontinuerlig diskussion om hur implementering av nya arbetsmetoder ska kunna genomföras och vilka, utbildningsbehov som är aktuella. Projekt KPM har inte deltagit vid någon av de träffar som ordnats i Jönköpings län.

I **Jämtlands län** pågår ett projekt där vi per telefon fått information av projektledaren om det pågående utvecklingsarbetet. Vi har även diskuterat projektet när vi träffats bland annat på Svenska Nätverket – Dubbeldiagnosers årsmöte i Stockholm februari 2007.

I **Örebro län** pågår två projekt med inriktning mot kompetensutveckling. Projekt KPM har haft telefonkontakt med den projektansvarige och det har inte varit aktuellt att samla till projektträff då projekten är integrerade i ordinarie verksamheter och därigenom kända för alla inblandade.

5) Vad behöver förbättras för personer med psykiatrisk problematik och missbruk/beroende inom er region vad gäller:

Utredning/bedömning

- Mer resurser för utredning avseende neuropsykiatrisk problematik samt psykologutredningar inför insatser från socialtjänst
- Samarbetet runt patienten med en behandlingsplan
- Kortare väntetider inom psykiatri
- Läkare- och psykologresurser för bedömning
- Möjlighet till samlad bedömning med tvärvetenskaplig kompetens
- Använda varandras resurser och samarbeta
- Mer resurser
- Samarbetet med psykiatri
- Ökad tillgänglighet
- Bättre samordning och mer respekt för medicinsk och psykiatrisk bedömning från beroendemottagningen
- Behöver utveckla egna instrument
- För svårt att kvalificera sig för vård
- Tillgänglighet
- Mer hjälp från psykiatri för bedömning och diagnoser, t.ex. vad gäller ADHD

Vård och behandling

- Problem i ansvarsfördelning när det gäller pengar
- Kommunikationen med hela vårdkedjan runt patienten
- Primärvården behöver kompetenshöjning. Psykiatri och kommun – bättre samarbete behövs
- Ekonomin ska inte vara ett hinder för behandling; olika behandlingsalternativ behövs
- Integrerad behandling där psykiatri, beroendevård och socialtjänst samverkar. Långsiktiga strategier
- Missbrukare med psykiska störningar måste kunna få hjälp även under pågående missbruk
- Bättre samordning
- Mer resurser för att inte behöva neka behandling
- Samarbetet med psykiatri
- Ökad tillgänglighet
- Utökade resurser för behandlingshemsvisiter
- För mycket mediciner och för lite samtal från beroendevårdens sida
- Tillgänglighet

Boende/boendestöd

- Boendestödjare med missbrukskompetens saknas. Försöksboende saknas.
- Samarbetet med berörda
- Använda sin kompetens bättre

- Fler boendialternativ
- Särskilt boende för de svåraste, integrerat boendestöd för andra
- Kommunen bör titta över möjliga förbättringar
- Samverkan mellan socialpsykiatri och psykiatri
- Måste tillskapas, idag finns inget
- Boendialternativ för kvinnor
- Mer resurser
- Fler lägenheter
- Fler boenden

Samverkan inom eller mellan verksamheter

- Samverkan beroendevård-psykiatri behöver förbättras. Bör fungera utifrån Nationella riktlinjer och Fokusrapporten
- Blivit bättre
- Bättre dialog och tätare samverkan
- Mycket på gång nu med gemensamma utbildningar som ska följas upp med förslag på förändringar
- Träffar för planering och förebyggande arbete mellan aktörerna
- Samverkan mellan huvudmän behöver hela tiden förstärka, ”färskvara”
- Behöver förbättras
- Tid för möten
- Bättre samarbete mellan alla inblandade från kommun, beroendevård och psykiatri
- Psykiatri ska få sina pengar indragna om de inte vill samverka
- Dåligt intresse från primärvården
- Personbundet. Tidsbrist och personalomsättning försvårar
- Bättre samverkan landsting – kommun

Bilaga 8

Förteckning över verksamheter

Öppenvårdsverksamheter

ACT-teamet i Huddinge

Hörningsnäs vägen 16 (övre plan),
141 45 Huddinge
Tel: 08 – 535 316 18

BCS Kungsholmsmottagningen

S:t Göransgatan 126, plan 8,
112 45 Stockholm
Tel: 08 – 508 084 64

Behandlingsenheten för alkohol- och narkotikaberoende

Sabbatsbergsvägen 1
113 21 Stockholm
Tel: 08 – 508 257 40

Beroendecentrums länsmottagning UBB

Slottsgatan 10, 701 85 Örebro
Tel: 019 – 602 27 90

Beroendepsykiatri

Akademiska sjukhuset
750 17 Uppsala
Tel: 018 – 611 21 00

Beroendepsykiatriska enheten

Psykiatriska kliniken, NUS
901 85 Umeå
Tel: 090 – 785 00 00 , 785 65 65

Beroendeteam Navet

Lasarettsgatan 37, 591 35 Motala
Tel: 0441 – 22 57 75; 770 00

BoP-teamet

Slottsgatan 28, 553 22 Jönköping
Tel: 036–10 74 25

Centrummottagningen,

Beroendekliniken

Första Långgatan 32
413 27 Göteborg
Tel: 031 – 24 56 68

DD-gruppen Tyresö

Missbruksenheten

Socialförvaltningen, 135 41 Tyresö
Tel: 08 – 742 94 98

DD-mottagningen,

Beroendecentrum

Universitetssjukhuset MAS,
Bangatan 7, 214 26 Malmö
Tel: 040–33 75 15

DD-teamet

Södra Lasarettsvägen 8,
931 32 Skellefteå
Tel: 0910 – 56506

Dubbeldiagnosteamet Pilen
Lindögatan 1A, 593 53 Västervik
Tel: 0490 – 88352

**Hisingsmottagningen,
Beroendekliniken**
Blåsvädersgatan 1, 418 36 Göteborg
Tel: 031 – 54 65 00

Kurage
Tingvallagatan 1D, 652 24 Karlstad
Tel: 054 – 29 65 43; vx 29 50 00

**Kvibergmottagningen
Beroendekliniken**
Artillerigatan 25, 415 03 Göteborg
Tel: 031 – 337 75 00

**Kvinnoenheten
Beroendekliniken**
Karl Gustavsgatan 39
411 31 Göteborg
Tel: 031 – 20 20 03

**Kvinnomottagningen
Beroendekliniken**
Olskroksgatan 32, 416 66 Göteborg
Tel: 031 – 343 66 00

Linnéteamet, Beroendekliniken
Järntorget 8, 413 04 Göteborg
Tel: 031 – 342 65 65

Mjölby Beroendemottagning
Kyrkogatan 23, 595 30 Mjölby
Tel: 0142 – 785 67

**Narkotikapolikliniken/
Järntorgsmottagningen
Beroendekliniken**
Mellangatan 1, 413 01 Göteborg
Tel: 031 – 342 31 94

Neuropsykiatriska vuxenenheten
Akademiska sjukhuset
750 17 Uppsala
Tel: 018 – 611 23 66

POM-teamet
Lilla Tvärgatan 8, 223 53 Lund
Tel: 046–17 47 42

Psykiatriska beroendeteamet
Södertälje sjukhus Hus 18, plan 3
Lagmansvägen 15, 152 86 Södertälje
Tel: 08 – 550 238 07

**Psykiatriverksamheten
Villa Kvarnen**
Melleruds kommun
464 80 Mellerud
Tel: 0530 – 18 000

Rinkebymottagningen DD-teamet
Rinkeby Allé 16, 163 05 Spånga
Tel: 08 – 508 022 71

Rådgivningsbyrån
Tingvallagatan 1D, 652 24 Karlstad
Tel: 051 – 29 61 70

Spindeln
Lövhagsgatan 2, 724 71 Västerås
Tel: 021–39 05 40

**Spindeln – Specialistmottagning för
psykiskt sjuka missbrukare**
Portalgatan 4B, 754 23 Uppsala
Tel: 018 – 611 23 65

Språngbrädan
Mariagatan 30, 571 31 Nässjö
Tel: 0380 – 51 89 95

Team Douglas
Norra Skeppsbron 3C, 806 10 Gävle
Tel: 026–15 30 70

Team Vågen

Norra Skeppsbron 3 C, 803 10 Gävle
Tel: 026 – 15 58 87

**Tyresö psykiatriska
öppenvårdsmottagning**

Industrivägen 13, 135 40 Tyresö
Tel: 08 – 718 71 98

Utsikten

Hörningsnäsavägen 16
141 45 Huddinge
Tel: 08 – 535 316 18

Öppenvårdsmottagningen**Beroende**

Solhem, Ingång 2, plan 3
501 82 Borås
Tel: 033 – 616 26 46

Unga vuxna**Nexus, Öppenvården
(t.o.m. 25 år)**

Tingvallagatan 1D, 652 24 Karlstad
Tel: 054 – 29 64 88

PLUS-mottagningen (16–25 år)

St Olofsgatan , 751 85 Uppsala
Tel: 018 – 611 36 90

**Ungdomsteamet Mini-Maria
(14–20 år)**

S. Allégatan 1, 413 01 Göteborg
Tel: 031 – 701 82 40

Rättspsykiatrisk öppenvård**Enheten för rättspsykiatrisk
öppenvård**

Lillhagsparken 1
422 50 Hisings-Backa
Tel: 031 – 343 73 25

**Rättspsykiatrisk
öppenvårdsmottagning**

141 04 Huddinge
Tel: 08 – 585 856 80

**Teamet för vårdkrävande
patienter**

Magnus Stenbocksv 50
302 34 Halmstad
Tel: 035 – 13 66 90

Boenden**Boendet Alelyckan**

Bassänggatan 2, 415 25 Göteborg
Tel: 031 – 365 37 46

Boendet August Barks gata

August Barks gata 14
421 32 V. Frölunda
Tel: 031 – 367 95 90/91

Boendet Markörgatan

Markörgatan 2, 723 38 Västerås
Tel: 021 – 39 05 45

Boregård

Traktorvägen 7, 226 60 Lund
Tel: 046 – 35 69 58

DD-boendet

Löftesgränd 91, 931 50 Skellefteå
Tel: 0910 – 77 68 57

DD-boendet

Tegnérgatan 3, 632 28 Eskilstuna
Tel: 016 – 10 84 32

Gottsunda gård

Vårdsätravägen 76, 756 55 Uppsala
Tel: 018 – 727 20 91

Hästkons boendenhet

Björkbacksvägen 2A, 135 40 Tyresö
Tel: 08 – 742 94 93/99

Kungsgatans boende

Kungsgatan 4, 611 31 Nyköping
Tel: 0155 – 21 58 46

Landeryds Ängar

Slatteforsvägen 38, 589 43 Linköping
Tel: 013 – 26 35 55

Lantmannavägens boende

Lantmannavägen 38
461 60 Trollhättan
Tel: 0520 – 49 50 75

Mor Marnas boende

Mor Marnas väg 106
212 91 Malmö
Tel: 040 – 34 48 04

Nätets boende

Stenstaliden 17, 681 36 Kristinehamn
Tel: 0550 – 882 36, 858 35

Prästgatan 8 med mobilt team

Prästgatan 8, 831 31 Östersund
Tel: 063 – 12 27 19

Rönngården

Nordmarksgatan 9, 652 30 Karlstad
Tel: 054 – 29 56 31

Strandgatans boende

Strandgatan 8, 216 12 Limhamn
Tel: 040 – 34 63 33

Stödhuset

Bangatan 7, Malmö
Tel: 040 – 34 77 20

Åsens gruppbostad

Prinsgatan 8, 961 31 Boden
Tel: 0921 – 62458

Behandlingshem**Krukis/Örnsberg HVB**

Instrumentvägen 5
126 53 Hägersten
Tel: 08 – 508 481 10

Skogslyckan

Norsesundsvägen 140
441 63 Alingsås
Tel: 0322 – 500 38

Remiss/konsultationsteam**Nyckeln**

Sintramsväg 2A, 691 38 Karlskoga
Tel: 0586 – 619 76

Samlad rehabilitering

PO, Piteå kommun
Prästgårdsgatan 3, 941 31 Piteå
Tel: 0911 – 69 65 75

Sysselsättning**Gemet**

Sandbäcksgatan 4, 653 40 Karlstad
Tel: 054 – 15 38 44

Projekt KPM är ett utvecklingsprojekt som initierats av Nationell psykiatrisamordning och Socialstyrelsen. Denna rapport ger bland annat en översiktlig lägesbeskrivning av arbetsformer i verksamheter som arbetar med personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk. Den beskriver också en del av de erfarenheter som gjorts i de så kallade "Milton-projekten" som är engagerade i utvecklingsarbetet för målgruppen. Förhoppningsvis kan rapporten även ge stimulans inför det fortsatta arbetet på olika nivåer för personer med samsjuklighet.

Rapporten finns även på Socialstyrelsens webbplats för NU!-projektet samt på Svenska Nätverket – Dubbeldiagnosers webb-plats, www.sn-dd.se