



ACT-teamet samlat stöd för personer med psykisk sjukdom och missbruk i Huddinge

SAMMANFATTNING	2
INLEDNING	2
PLANERING OCH UPPSTART AV VERKSAMHETEN	3
<i>Målgruppen</i>	3
<i>Arbetsmetod</i>	4
<i>Beskrivning av en organisationsmodell för samverkan</i>	5
<i>Primärteamets tillkomst och inledande verksamhet</i>	6
<i>Rekryteringen till ACT-teamet</i>	6
<i>Uppstarten</i>	7
ACT-TEAMETS UPPDRAG	7
CASE MANAGEMENT ENLIGT ACT-METODEN	8
<i>Få klienter och hög tillgänglighet</i>	8
<i>Stegvis intervention</i>	8
<i>Aktivt uppsökande arbete</i>	9
<i>Motiverande förhållningssätt</i>	9
<i>Viktigt att ge insatserna samtidigt</i>	9
<i>Stöd till familj och nätverk</i>	10
ETT AXPLOCK FRÅN EN VANLIG ARBETSVECKA	10
KLIENTFAKTA OCH RESULTAT	12
<i>Resultat</i>	13
<i>Brukarundersökning</i>	15
<i>Resultatsammanfattning</i>	15

SAMMANFATTNING

ACT-teamet – ett samarbete mellan Huddinge kommun och Stockholms läns landsting

ACT-teamet hjälper vuxna med samsjuklighet i psykisk sjukdom och missbruk, och som har komplexa vårdbehov, till ett bättre liv. ACT betyder Assertive Community Treatment, och kan översättas till uppsökande integrerad samhällsbaserad behandling.

ACT-teamet startade år 2005 och föregicks av en lång och intensiv planering – något som bidrog till den goda starten och verksamhetens positiva resultat. Idag är det en permanent verksamhet.

Verksamheten leds av en styrgrupp med representanter från socialtjänst, beroendevård och psykiatri och regleras genom ett samverkansavtal. En lokal samverkansgrupp med representanter från respektive huvudmän träffas regelbundet, och har mandat att fatta beslut i aktuella ärenden.

35 klienter har fått hjälp av ACT-teamet. Det är ett långsiktigt arbete med fleråriga kontakter. Det tar lång tid att bygga upp förtroende och det är alltid klienten som väljer var mötena ska ske. ACT-teamet bildar sig efter hand en uppfattning om vilka behov som finns och vilka ev. vårdkontakter som behövs, alternativt finns.

Man använder teamets samlade kompetens när man bedömer klientens behov. ACT-teamet består av fyra s.k. case managers, CM, med olika yrkesbakgrund som socialsekreterare, sjuksköterska, boendestödare och skötare samt en läkare. CM innebär att man tar ett helhetsgrepp på klienten och samordnar alla vårdkontakter. Man ansvarar också för att behandlingen mot missbruk och psykisk sjukdom sker samtidigt. Det kräver samarbete över gränser – det är det som är nyckeln till framgång! Man arbetar icke-konfrontativt och motiverande och försöker att inte bara se hindren utan lika mycket det friska hos klienten. Man arbetar på uppdrag av klienten och startar med det som han/hon för tillfället upplever som det största hindret, även om man själv har en annan åsikt. Det kan handla om att hjälpa till med tandläkarkontakt eller att ”ta tag i” skulder innan man kan börja prata om droganvändning eller det psykiska måendet.

Vi har sett att behovet av insatser ökar i början av kontakten för att senare plana ut. En del har varit hemlösa då ACT-teamet påbörjade kontakten och många har slarvat med sina mediciner, vilket förvärrar det psykiska måendet. Självmedicinering med droger blir då ofta ett alternativ och en tillfällig flykt från vardagen. En tids placering på behandlingshem eller inom den psykiatriska slutenvården är inte sällan en start på en lång och mödosam resa tillbaka till ett normalt och värdigt liv.

Uppsatsen visar att CM enligt ACT-modell med bl.a. samordning och samtidiga insatser ger resultat. Livskvaliteten har höjts för samtliga klienter sedan de fick kontakt med ACT-teamet. Drogandet har minskat och den psykiska hälsan har förbättrats. 82 % av klienterna har tagit sig ur ett aktivt missbruk, varav 34 % är helt drogfria. Hälften av klienterna, 49 %, har en förbättrad psykisk hälsa med mindre utnyttjande av psykiatrisk slutenvård som följd. Flertalet klienter har idag med teamets hjälp fått ordning på sin tillvaro så att de kan klara av livet med hjälp av de stödinsatser som finns inom ordinarie verksamheter.

INLEDNING

Upprinnelsen till det som senare skulle bli ACT¹-teamet i Huddinge var en inbjudan från beroendevårdens beställare inom Stockholms läns landsting till vårdgrannar och kommunens socialtjänst att delta i en konferens med temat ”Hur kan vi förbättra vårt samarbete kring klienter/patienter med s k dubbeldiagnos”. Året var 2003, och utredningen nationell psykiatrisamordning med Anders Milton som särskild utredare hade nyligen startat. Flera hemska våldsbrott hade hänt i Sverige i början på 2000-talet, där personer med så kallad dubbeldiagnos hade varit inblandade. Det låg i tiden att se över hur vården fungerade för denna klient/patientgrupp.

¹ ACT – Assertive Community Treatment – ungefär uppsökande, integrerad samhällsbaserad behandling.

Ett femtiotal personer från Huddinges socialtjänst, landstingets beroendevård och psykiatri deltog vid konferensen i Huddinge. Det fanns en vilja från samtliga närvarande att gå vidare med frågan, och se över hur samarbetet kunde förbättras mellan de tre organisationerna. Konferensen utmynnade i att en arbetsgrupp tillsattes med företrädare – höga chefer – för socialtjänst, psykiatri och beroendevård. Deras uppdrag var att arbeta fram förslag och struktur för samverkan kring den aktuella målgruppen. Arbetsgruppen träffades regelbundet och genomförde även en rad studiebesök till olika kommuner. I mars 2004 lades ett förslag fram för inriktning av det fortsatta arbetet. Huvuddragen innebar att se över möjligheterna att skapa ett gemensamt team som kunde arbeta med de mest utsatta av de psykiskt sjuka missbrukarna, samt att komma med förslag till åtgärder för ett förbättrat samarbete kring målgruppen. Förslaget presenterades för verksamhetscheferna för respektive organisation, och arbetsgruppen fick mandat att fortsätta sitt arbete och återkomma med förslag till utveckling.

En projektplan med förslag att starta upp en lokal organisation för ett tvärprofessionellt ACT-team samt ett Primärteam i Huddinge låg färdig våren 2005. Fokusrapportens² rekommendationer har varit vägledande i planeringen.

Samtidigt - under åren 2005 – 2006 genomförde regeringen en ekonomisk satsning på psykiatri och socialtjänst³. Satsningen omfattade dels 500 miljoner i projektmedel till landsting och kommuner, dels 200 miljoner för ett antal nationella utvecklingsprojekt. (Projektet som genomfördes inom ramen för den här satsningen kallas ibland för "Miltonprojekt"⁴)

Arbetsgruppens ursprungliga plan var att starta upp den föreslagna verksamheten inom befintliga budgetramar hos respektive organisation, men så uppenbarade sig "Milton-pengarna" lägligt på arenan. Allt förarbete var ju gjort och projektplanen var färdigställd, så en gemensam ansökan lämnades in från Huddinge kommun, Psykiatriska Kliniken Sydväst (nuvarande Psykiatri Sydväst) och Beroendecentrum Stockholm. Ansökan beviljades och Miltonpengarna blev "grädde på moset" och totalfinansierade verksamheten det första verksamhetsåret, inklusive den utvärdering av verksamheten, som FoU Södertörn genomförde år 2007.⁵

PLANERING OCH UPPSTART AV VERKSAMHETEN

Målgruppen

Bland det första arbetsgruppen tog sig an var att göra en inventering i Huddinge av den tilltänkta målgruppen. Man fokuserade på de allra mest utsatta klienterna/patienterna – de som hade svår psykisk störning/sjukdom och ett avancerat missbruk/beroende och som hade ett utökat behov av samtidig vård och stöd från ett flertal myndigheter. Diagnostisering av läkare var inte ett krav för att tillhöra verksamheten. Tyngden i vårdbehovet skulle istället vara grunden för urval av personer till verksamheten. Komplikationer kring diagnostisering kan vara ytterligare ett symptom på den problematik personen ifråga lider av.

Av Huddinges dåvarande befolkning på ca 90 000 invånare fann man att 79 personer uppfyllde de ovan beskrivna kriterierna – en knapp promille av befolkningen.

Av dessa 79 psykiskt sjuka missbrukare var 47 personer aktuella inom psykiatri (42 personer inom psykosmottagningen) och 36 personer var aktuella inom individ- och familjsorgens vuxen-/missbrukssektioner.

Genom inventeringen kunde konstateras att de psykiskt störda missbrukarna tog stora resurser i anspråk. Inom socialtjänsten åtgick i genomsnitt 140 tjänstemannatimmar per vecka för arbete med de 36 psykiskt sjuka missbrukarna man hade kontakt med. Enligt socialtjänstens beräkningar behövde dessa personer i genomsnitt 137 dagars köpt institutionsvård per person och år. Personal inom psykiatri använde, enligt

² *Behandling av personer med komplexa vårdbehov pga psykisk störning och missbruk*. Tom Palmstierna, 2004

³ Nationell psykiatrisamordning var en offentlig utredning som arbetade åren 2003-2006. Anders Milton var särskild utredare.

⁴ www.socialstyrelsen.se

⁵ *Att samla ansvaret för behandlingsinsatserna. ACT-arbete för personer med psykisk sjukdom och missbruk*. Fredriksson, FoU Södertörn Rapport nr 56/07

inventeringen, i genomsnitt 51 timmar per vecka för stöd till de 47 personer som var aktuella på psykosmottagningen eller de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna (vid denna tidpunkt fanns det två psykiatriska öppenvårdsmottagningar i Huddinge). Därutöver behövde dessa personer i genomsnitt 32 dagars slutenvård per person och år.

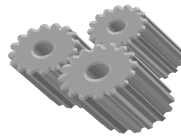
Enligt en kostnadsberäkning gjord av nationalekonomerna Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog uppgick samhällskostnaderna till mellan 600 000 till 1 000 000 kr per person och år. En del av dessa kostnader är onödiga (25-50 % enligt Nilsson och Wadeskog) och beror på att vårt samhällssystem är illa anpassat för att möta människor med komplexa vårdbehov. Flera studier visade att psykiskt sjuka missbrukare behöver samordnade och integrerade insatser från socialtjänst, beroendevård och psykiatri för att ge effekt. En slutsats för arbetsgruppen blev att det behövdes ett förändrat arbetssätt för att möta gruppens behov.

Arbetsmetod

Verksamheten utgår från den så kallade ACT- modellen, som den beskrivs i Fokusrapporten. Olika studier visar att Assertive Community Treatment är en verkningsfull metod i arbetet med målgruppen⁶. Metoden innebär att case managers (CM)⁷ ingår i ett multiprofessionellt team, och har ett personligt ansvar för sina klienter och deras nätverk. Det innebär kortfattat att CM ska söka upp klienten och aktivt förmedla och delta i vården, hjälpen och stödet. ACT-teamet stöds av ett så kallat Primärteam, som består av specialistkompetenser från socialtjänst, psykiatri och beroendevård. Av central betydelse är att deltagarna i Primärteamet har mandat från sina respektive organisationer att fatta beslut så att klienten slipper att ”falla mellan stolarna”.

Organisationskiss:

Klienter och deras nätverk



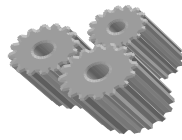
Daglig kontakt

ACT-team

- CM/Skötare, Beroendecentrum Stockholm
- CM/Boendestödjare, Huddinge kommun
- CM/Socialsekreterare, Huddinge kommun
- CM/Sjuksköterska, Beroendecentrum Stockholm
- Läkare, Beroendecentrum/Psykiatrin

⁶ *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*, rapport 2001, SBU – Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering

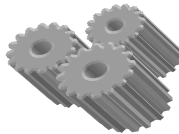
⁷ Case management handlar om att organisera olika vård- och sociala stödinsatser till en fungerande helhet för den enskilde. Genom att utse en särskild person, case manager, med uppgift att samordna systemets insatser till en för klienten behovsanpassad helhet ska problemet med vårdens fragmentisering lösas. (Ekermo, Beckman, 2008)



Primärteam

Möte en gång i månaden

- Chefsjuksköterska, Beroendecentrum Stockholm
- Enhetschef öppenvård missbruk, Huddinge kommun
- Enhetschef missbruksenhet, Huddinge kommun
- Enhetschef socialpsykiatri, Huddinge kommun
- Enhetschef Arbete och Försörjning, Huddinge kommun
- Enhetschef FO (Funktionshinderområdet), Huddinge kommun
- Enhetschef psykiatriska öppenvården Huddinge, Psykiatri Sydväst
- Enhetschef psykosteamet Huddinge, Psykiatri Sydväst



Styrgrupp

Möte fyra gånger per år

- Beroendecentrum Stockholm, Öppenvården Södra Länsdelen
- Huddinge kommun, Socialförvaltningen (Missbruk o socialpsykiatri)
- Psykiatri Sydväst

Beskrivning av en organisationsmodell för samverkan

Genom att sammanföra resurser och kompetens från huvudmännen Huddinge kommun, Psykiatriska Kliniken Sydvästra Stockholm (nuvarande Psykiatri Sydväst) och Beroendecentrum Stockholm skapades en verksamhet för de mest utsatta personerna med samtidig psykisk störning/sjukdom och missbruk/beroende. För att uppnå målet, att med gemensamma resurser och kompetens förbättra omhändertagandet och därmed livssituationen för målgruppen, behövdes ett strukturerat samarbete mellan personal inom de berörda organisationerna. Därför skapades ACT-teamet och Primärteamet.

ACT-teamet är bemannat med fyra CM med grundprofessioner som sjuksköterska, socialsekreterare, boendestödare och skötare. Teamet har därmed en samlad kompetens för att kunna tillgodose klientens behov inom en och samma verksamhet.

Primärteamet består av enhetschefer från socialtjänst, psykiatri och beroendevård. Man träffas regelbundet för att samverka runt målgruppen och har bland annat ansvar tillsammans med ACT-teamet att se till att mininätverk bildas kring de klienter som behöver ett samordnat stöd. (Benämningen Primärteam har vi hämtat från Fokusrapporten). Primärteamet har sedan starten träffats en gång per månad. Dess uppgift är att dels följa upp arbetet i ACT-teamet, dels att följa upp det ordinarie samarbetet kring klient/patientgruppen. Eftersom teamet består av olika yrkeskompetenser kan nya vinklar synliggöras om hur det gemensamma arbetet i den ordinarie verksamheten kan utvecklas. Primärteamets insikt i ACT-verksamheten i kombination med uppdaterad kunskap om arbetet i den ordinarie verksamheten är en grund för bedömningar om aktualiserade klienter kan klaras i ordinarie verksamhet eller överförs till ACT teamet. Ytterligare en uppgift för Primärteamet är att sprida kunskap om och förankra ACT-teamets uppdrag i den egna verksamheten.

ACT-teamet och Primärteamets verksamhet leds av en styrgrupp, där representanter på ledningsnivå från samverkande huvudmän representerar sin organisation. Styrgruppen har till uppgift att besluta om budget, målgrupp, samt att tydliggöra uppdrag vid tveksamhet eller konflikt. Vidare att följa upp att arbetet sker i enlighet med gällande samverkansavtal.

Enhetschefen för kommunens öppenvårdsenhet fick ansvaret för arbetsfördelning och utveckling av ACT-teamet. I uppdraget låg också att ansvara för att kommunikationen mellan styrgruppen och teamen fungerar samt att vara sammankallande till mötena med Primärteamet och styrgruppen. Att valet föll på den personen hänger troligen samman med att hon sedan tidigare har ett lednings- och samordningsansvar för beroendemottagningen Utsikten i Huddinge. Utsikten är en samverkansmottagning för personer med missbruk/beroende som drivs gemensamt av Huddinge kommun och Stockholms läns landsting, Beroendecentrum Stockholm. Verksamheten bedrivs integrerat och har personal som är anställda både av landstinget och av kommunen. Det fanns därmed redan uppbyggda strukturer och rutiner kring verksamhets-, drifts- och personalfrågor, vilket underlättade uppstarten av ACT-teamet.

Primärteamets tillkomst och inledande verksamhet

Primärteamet bildades 2005 – ett år innan ACT-teamet var på plats. Bemanningen vid starten var sju enhetschefer/chefsjuksköterska: Tre enhetschefer från socialtjänsten (öppenvård, missbruk och socialpsykiatri), tre enhetschefer från psykiatrin (två från öppenvården och en från psykosmottagningen), samt en chefsjuksköterska från beroendevården. Därefter har psykiatrin omorganiserats så att man endast har en öppenvårdsmottagning i kommunen med en enhetschef. Vidare är Arbete och Försörjning⁸ representerat i Primärteamet idag, liksom också FO⁹.

Primärteamets deltagare gjorde ett värdefullt förarbete innan personalen i ACT-teamet var på plats. Man företog en inventering av aktuella, tilltänkta klienter till ACT-teamet från respektive organisation. Syftet var att få fram klienter som både uppfyllde kriterierna för samsjuklighet och som hade tillräcklig vårdtyngd. Ett 20-tal klienter remitterades in under 2005 för att få hjälp av ACT-teamet när de väl var på plats. Primärteamet arbetade också fram blanketter för ACT-teamets kommande arbete – en mall för gemensam behandlingsplanering (ett omfattande dokument – ca 5 sidor), remiss till ACT-teamet och sekretesseftergift. Behandlingsplanen var tänkt att användas då ACT-teamet samlar klient och olika vårdgivare till gemensam behandlingsplanering. I planen redogörs bland annat för vilka vårdgivare som deltar, kontaktpersoner och telefonnummer, klientens mål och vårdgivarnas olika uppdrag, datum för uppföljning och ”reservplan B”, det vill säga vem gör vad om planen inte följs. Remissen till ACT-teamet var tänkt att användas då handläggare från Primärteamets ingående organisationer vill remittera en klient till ACT-teamet. Remissen är utformad så att den ger viktig information om klienten till ACT-teamet. Sekretesseftergiften är utformad så att klienten genom att underteckna denna, tillåter samverkande vårdgivare att diskutera hans/hennes situation.

Rekryteringen till ACT-teamet

Ett annat viktigt arbete som skedde i Primärteamet under 2005 var rekryteringsarbetet av CM till ACT-teamet. Innehållet i tjänsterna diskuterades noga igenom innan annonstexten formulerades. CM-arbetet enligt ACT innefattar ju allt från att tillgodose enkla vardagsbehov såsom boende, mat och hygien till att innefatta stabilisering av psykiatriska symptom, förhindra återfall, ge ökad livskvalité samt ökade sociala färdigheter. Teamet ska med andra ord erbjuda integrerad behandling, det vill säga ge psykiatrisk behandling och beroendebehandling samtidigt, kombinerat med sociala stödinsatser. För detta krävs ett team som har klinisk såväl som organisatorisk kompetens från socialtjänst, psykiatri och beroendevård. En platsannons med gemensam lydelse arbetades fram, och annonserna kom ut samtidigt.

Det bestämdes att landstinget skulle rekrytera och anställa ”sin” personal och att kommunen skulle rekrytera och anställa ”sin”. Vi enades om att enhetschefen skulle medverka även i landstingets rekrytering för att få ihop ett team som skulle ha goda förutsättningar att fungera bra tillsammans.

⁸ Kommunens arbetsmarknadsinsatser och försörjningsstöd.

⁹ Kommunens verksamhet för personer med funktionshinderensättning.

Uppstarten

I februari 2006 var fyra personer rekryterade till ACT-teamet. Vi bestämde att de skulle starta upp sin verksamhet på beroendemottagningen Utsikten. Utsiktens läkare fick (enligt projektplanen) ansvaret att vara patientansvarig läkare för de av ACT-teamets klienter som inte redan hade etablerad läkarkontakt. De nyanställda påbörjade sina anställningar samtidigt så att inte någon "boade in sig" före de andra. Alla startade med att praktisera några veckor hos samverkanspartners, för att lära sig om verksamheterna som de skulle samverka med: de var på psykosmottagningen, psykiatriska öppenvårdsmottagningen, missbruksenheten och hos socialpsykiatrin (boendestödarna).

Som ett led i strävan att ge goda förutsättningar för ACT-teamet gick alla fyra en terminslång utbildning i case management, 10 poäng; detta för att ha en gemensam grund att stå på och för att bygga på sina kunskaper om samverkansfrågor. De två kommunanställda i teamet gick även en 5-poängs utbildning i psykiatri, och de tre i teamet som inte hade utbildning i Motiverande samtal, MI,¹⁰ fick gå en sådan, eftersom ACT-arbetet i mångt och mycket bygger på MI.

Den första tiden gick åt till mycket praktiskt arbete. Det var besök på IKEA, möblering av kontoret och många och långa planeringsmöten om utformning av verksamheten. Säkerhetsfrågor och rutiner diskuterades ingående. Exempel på säkerhetsrutiner för ACT-teamet är att ha en gemensam loggbok där alla uppdrag och hembesök skrivs in. Vidare att alltid vara två när man besöker en klient i hemmet, och att alltid återrapportera till varandra då man avslutar ett hembesök. Teamet bestämde sig för att använda kodord till varandra om någon upplevde situationen som hotfull: "Vi behöver gå till apoteket".

ACT-teamet, läkaren och Primärteamet hade gemensamma planeringsdagar i mars 2006 som kickoff för den nya verksamheten och för att lära känna varandra och varandras uppdrag. En rad informationsbesök bokades in hos samverkanspartners under våren 2006 för att ytterligare förankra ACT-teamets arbete. I mars 2006 började ACT-teamet att aktivt arbeta med de klienter/patienter som redan var inremitterade till ACT-teamet.

ACT-TEAMETS UPPDRAG

- *Teamet ska ansvara för att planering, beslut, genomförande och uppföljning av insatser kommer till stånd.* Det innebär att även om det formella ansvaret om beslut ligger hos ordinarie handläggare i respektive organisation är det ACT-teamets uppgift att initiera och lämna underlag för beslut.
- *Teamet ska säkerställa klientens övriga kontakter.* I den mån ACT-teamet själva inte kan eller bör tillgodose klientens behov har teamet ansvar för att initiera och följa upp kontakten med berörd myndighet.
- *Teamet har ett samlat ansvar för att behandlingsinsatser, stödinsatser och praktisk hjälp når fram till klienten.* Det innebär att teamet arbetar med allt från dagligt stöd i boendet, till kontakter med myndigheter, för att tillvarata klientens intressen utifrån behov. Grunden för detta arbete bygger på en nära bärande relation mellan teamets medlemmar och den enskilde klienten.
- *Teamets personal ska vara ombudsmän och bevaka samhällseliga rättigheter.* Teamet har en skyldighet att identifiera och hålla kontakt med sociala, medicinska och psykiatriska insatser i närområdet som kan vara tillgodo för de personer som ingår i verksamheten.¹¹

¹⁰ MI: Motivational Interviewing – Motiverande samtal är en förändringsinriktad och samtidigt styrande samtalsmetodik med syfte att underlätta beteendeförändring genom att hjälpa klienten att klarlägga och lösa ambivalens.

¹¹ Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder. En sexårsuppföljning av tio försöksverksamheter, Socialstyrelsen 2004

CASE MANAGEMENT ENLIGT ACT-METODEN

Få klienter och hög tillgänglighet

Ett honnörsord för ACT-teamet är hög tillgänglighet och hög intensitet i verksamheten. Deras mobiltelefoner ringer hela tiden. I originalmodellen ska ett ACT-team vara tillgängliga dygnet runt, men vi valde att teamet skulle arbeta dagtid. Det är emellertid inte ovanligt att en CM låter någon klient ringa på kvällen om det är kris. Enbart vetskapen att man får ringa gör att man ofta inte behöver utnyttja det. I övrigt träder det ordinarie skydds nät som nattpatrull, socialjour och akutvård in på tider då ACT-teamet inte är i tjänst.

När ACT-teamet börjar arbeta med en ny klient planerar man redan från början med en lång kontaktskapande fas – ibland ända upp till sex månader. Det tar ofta lång tid att bygga upp en förtroendefull relation. Det är alltid klienten som väljer var man ska träffas. Ofta – särskilt under den kontaktskapande fasen – går man ut och fikar tillsammans. Vårdkontakterna med ACT-teamet är långa, upp till fyra år, kanske mer – så långa som det behövs för att få ordning på allt som inte har fungerat tidigare i vardagen.

För att kunna arbeta nära klienterna och samtidigt ha en hög tillgänglighet så kan man inte arbeta med alltför många klienter samtidigt. Mycket i CM-arbetet handlar om vardagsfungerandet, stöd kring ekonomi, boende, motiverande samtal, att hålla sig från missbruk, framtidsprat. I projektplanen planerade vi för max 10 klienter/per CM, men vi har sett att gränsen går vid 7-8 klienter per person, för att kunna göra ett bra arbete. Varje CM ansvarar själv för sina klienters planering, men i det praktiska, dagliga arbetet är man oftast två (av säkerhetsskäl).

Stegvis intervention

ACT-teamet formulerar tillsammans med sin klient vilka mål man ska arbeta mot. Det står inte sällan i remissen att ”hjälpa NN att bli drogfri och nykter”, men när teamet diskuterar med sin klient om hans/hennes behov och problem så låter det ofta annorlunda. Drogandet anses då sällan vara det huvudsakliga problemet. Det kan istället handla om att först reda ut en trasslig ekonomi, hjälpa till att ordna pengar till tandläkarbesök eller introducera klienten till någon av socialpsykiatrins träfflokaler för att råda bot på ensamheten, innan man kan börja prata på allvar om drogandet eller drickandet – det är med andra ord ofta en ganska krokig väg innan man når fram dit. Arbetet sker långsamt och metoden är motiverande. I början av kontakten är hjälpbehovet ofta stort. ACT-teamet går då in som ett slags ”hjälp-jag” eller ombud för klienten. Sedan, under resans gång när saker och ting börjar ordna upp sig, blir klienten mer och mer självständig och kontakten kan glesas ut. Man kan formulera det så att de insatser som teamet ger anpassas kontinuerligt till klientens olika faser av motivation och förändringsförmåga, en stegvis intervention. Teamet anpassar sig med andra ord hela tiden till den faktiska situation klienten befinner sig i.

Exempel:

ACT-teamet fick kontakt med Mikaela våren 2006. Hon har schizofreni och missbrukar bland annat hallucinogener och cannabis, eller det som hon kommer över. Hon lever undandraget och är lite filosofiskt lagd. Mikaela klarar inte riktigt att sköta vare sig själv eller att hålla ordning i sin lägenhet. Hon är smutsig och lägenheten är en riktig sanitär olägenhet, men hon vägrar att ta emot boendestöd som hon så väl skulle behöva. Det tog lång, lång tid för ACT-teamet att vinna hennes förtroende. Det var hela tiden teamet som kontaktade henne. I början var det enbart kontakt via telefon, men så småningom gick hon med på att träffas ute i samhället. Mötena blev korta och teamet bjöd ofta på fika ute någonstans. Till slut fick ACT-teamet lov att komma hem till henne, och då upptäckte de hur illa det stod till. ACT-teamet motiverade Mikaela under lång tid till att de skulle städa hennes lägenhet tillsammans – något som hon slutligen gick med på. Teamet fick börja med att köpa städutrustning, för sådan saknades. När de väl satte igång upptäckte teamet hennes oförmåga att ta itu med uppgiften. Mikaela saknade både ork och förmåga. Målet fick istället bli att förmå henne att ta emot städhjälp/sanering utifrån. Hon vägrade hårdnackat att ansöka om försörjningsstöd till detta, men kunde så småningom tänka sig att ta emot städhjälp, så frågan lyftes till Primärteamet, där Arbete och Försörjning är representerat. Mikaela fick så

småningom sin ansökan om städning beviljad (utan att ha ansökt själv). Det hade då gått drygt ett år sedan den första kontakten med ACT-teamet inleddes till dess att lägenheten till slut sanerades. Nästa mål som ACT-teamet ställde upp var att försöka få Mikaela att ta emot boendestöd så att lägenheten inte skulle gro igen, och att få henne att medverka till en missbruksbedömning, men dit har vi inte kommit ännu – två år senare, så arbetet fortsätter.... Däremot har Mikaela idag ett stort förtroende för ACT-teamet och ringer ofta när hon behöver deras stöd.

Aktivt uppsökande arbete

ACT-teamets insatser genomförs huvudsakligen i klienternas miljöer och inte på någon mottagning. ACT-teamet har två bilar till sitt förfogande för att lättare kunna arbeta aktivt uppsökande. Huddinge är en geografiskt stor och till formen lite långsmal kommun – cirka tre mil från öster till väster. Det innebär att avstånden mellan ACT-teamet och klienterna ibland är långa och att man inte hinner med så många besök per dag. Det är teamets ansvar att kontakten med den enskilde fungerar. Det är alltid klienten som väljer var man ska träffas någonstans. Ofta sker träffarna ute i samhället, på något fik eller hemma i bostaden, om sådan finns. Ibland träffas man i samband med något läkarbesök på beroendemottagningen, vårdcentralen eller kanske den psykiatriska öppenvårdsmottagningen. Eftersom ett av ACT-teamets uppdrag är att se till att klienten får den vård och behandling som behövs, är det vanligt att man ringer och påminner inför läkarbesöken och skjutsar personen dit, om man misstänker att besöket annars inte skulle bli av.

Motiverande förhållningssätt

ACT-teamet arbetar hela tiden motiverande. Det innebär att teamet - utifrån ett icke konfrontativt förhållningssätt - tillsammans med den enskilde personen identifierar problem och alternativ till den nuvarande livssituationen. Det är ett långsamt och mödosamt arbete som tar tid – allt sker i klientens takt. Teamet erbjuder olika alternativ och kommer överens om insatser tillsammans med den enskilde.

Viktigt att ge insatserna samtidigt

Aktuell kunskap visar att missbruk och psykisk sjukdom ska behandlas samtidigt i integrerade program. Även kroppslig ohälsa måste uppmärksammas och ges adekvat behandling. Det finns idag inget stöd för ett förhållningssätt där ett av problemen måste vara behandlat innan nästa kan åtgärdas. För de svårast sjuka är det helt nödvändigt att det finns uppsökande verksamhet och uthålligt motivationsarbete.¹² ACT-teamets uppdrag är att se till att farmakologisk-, kognitiv- och beroendebehandling ges samtidigt. Det är även deras uppgift att motivera klienten, initiera och möjliggöra sådan behandling.

Exempel:

När Sanna fick kontakt med ACT-teamet var hon bostadslös. Året var 2007. Hon hade nyligen blivit vräkt och drack mängder av alkohol. Hon blev ofta lurad av kompisar på pengar och utnyttjad för hon var snäll och inte kunde stå emot. Hon hörde röster som inte fanns, men hade ingen psykiatrisk diagnos. ACT-teamet hjälpte Sanna till kontakt med beroendemottagningen för att få en läkarbedömning. Efter en tids kontakt där fick hon diagnosen psykosjukdom och remitterades till psykosmottagningen. ACT-teamet hjälpte henne att få ett boende på ett inackorderingshem, och så småningom också till en missbruksbehandling och sysselsättning i kommunens öppenvård. Där upptäckte man att hon hade svårt att följa med i behandlingen. Sanna ställdes på kö till neuropsykiatrisk utredning, och fick så småningom även diagnosen mental retardation. Sanna hade också stora ekonomiska skulder, så ACT-teamet tog kontakt med kommunens budgetrådgivare för att ansöka om skuldsanering. Samtidigt hjälpte teamet Sanna att ansöka om god man, för att få hjälp att sköta ekonomin. Idag, 2009, är Sanna nykter i allt väsentligt, hon har kontakt med psykosmottagningen för sin medicinering, hon har beviljats skuldsanering och även beviljats god man för sin ekonomi. Sanna väntar på en försökslägenhet, och kommer, när hon beviljas lägenheten, att få insatser i form av massivt boendestöd. ACT-teamet planerar att avsluta sitt engagemang för Sanna inom kort.

¹² Nationell psykiatrisamordning och nationell narkotikapolitisk samordning, 2005

Stöd till familj och nätverk

En viktig del av ACT-teamets arbete är att ge sociala stödinsatser till familj och nätverk för att få det vardagliga livet att fungera. Familj och socialt nätverk är en viktig del i arbetet med förändring. Anhöriga gör ofta omfattande insatser, och ACT-teamet har tät kontakt med dem. Det är dock inte alla ACT-klienter som har kontakt med sina anhöriga. Då kan ett av uppdragen vara att på sikt hjälpa till att återuppta kontakten med anhöriga och eventuella barn. Av ACT-teamets 35 klienter har 19 barn. Av dessa har 14 personer mer eller mindre god kontakt med barnen. Fem klienter har för närvarande ingen kontakt alls, eller ringa kontakt med sina barn.

ETT AXPLOCK FRÅN EN VANLIG ARBETSVECKA

Nedan får vi följa några CM i ACT-teamet under en vanlig arbetsvecka.

Måndag kl 08.30 – morgonmöte i ACT-teamets lägenhet (teamet bytte till egna lokaler 2008)

ACT-teamet samlas till morgonmöte för att gå igenom och planera veckan. Teamet har en gemensam kalender där alla uppdrag skrivs in. Man skriver vem som ska besökas och vilka CM som åker. Dokumentation är ett led i säkerhetstänkandet – att alla lätt ska kunna lokalisera varandra om en risksituation skulle uppstå. Teamet har också som rutin att återrapportera till varandra när man avslutar ett uppdrag/åker tillbaka.

Måndag förmiddag – besök på beroendemottagningen Utsikten

Mattias har kontakt med Utsikten för att trappa ner sitt bensodiazepinmissbruk¹³ och för att ta antabus. Mattias har diagnosen Aspergers syndrom och ADHD samt ett blandmissbruk. Han har svårt att passa tider – både på grund av sitt funktionshinder, sitt missbruk och att han är bostadslös. Det blir lätt rörigt omkring honom då. Därför har han och hans CM kommit överens om att hon hjälper honom att hålla kontakten med Utsikten genom att skjutsa till och från mottagningen under en period. Av säkerhetsskäl åker två CM med Mattias i bilen. Han är lite stökig och smått aggressiv den här morgonen, så hans CM får gå in och försöka lugna honom så att han inte blir avvisad från mottagningen.

Tiden fram till lunch ägnas åt att kontrollera av telefonmeddelanden på mobiltelefonerna, ringa upp klienter/anhöriga som har sökt dem, samt ringa samarbetspartners i andra ärenden för att samplanera kring klienter.

Måndag eftermiddag – behandlingskonferens på Utsikten

ACT-teamet träffas på Utsikten för att gå igenom sina klienters planering tillsammans med Utsiktens läkare, chefsjuksköterska samt enhetschefen för öppenvården. Behandlingskonferensen hålls var 14:e dag. Det räcker oftast med det eftersom klienternas planeringar är långsiktiga och att det inte hinner hända så mycket på fjorton dagar. Om teamet behöver mer planeringstid kan man använda morgonmötena till detta.

Först tar teamet upp två korta frågor: en klient behöver få sin sjukskrivning förlängd och en annan behöver förnyat recept på Campral (en medicin som minskar alkoholsug). Läkaren lovar att ordna detta.

Därefter ägnas tiden åt att diskutera behandlingen för en ny ACT-patient, Johan. ACT-teamet har nyligen haft en första vårdplanering med Johan, hans socialsekreterare och läkare på TIPS¹⁴. Oklarhet har efter det mötet uppstått kring hans behandling, eftersom läkaren på TIPS anser att han ska medicinera mot ADHD med Ritalin trots att han är psykosnära. Utsiktens läkare anser att det är kontraindicerat eftersom han nyligen har haft en psykos. ACT-teamet uppfattade från vårdplaneringen att Johan skulle få sin medicin ordinerad från TIPS, men delad på Utsikten, vilket nu inte visar sig stämma. Till sist kommer vi fram till att Utsiktens läkare kontaktar läkaren på TIPS för klarläggande i frågan.

¹³ Lugnande medel som är starkt beroendeframkallande. I Sverige är Sobril det vanligaste receptförskrivna preparatet.

¹⁴ TIPS: Tidig Intervention vid Psykotiska Tillstånd

Tisdag förmiddag – administration och besök på RPÖV¹⁵

Efter morgonmötet hinner teamet med några telefonsamtal och lite administration. Det gäller att ta tillvara på all icke klientbokad tid, eftersom en stor del av CMs tid går åt till att hålla kontakt telefonledes och att samordna klienternas planeringar m m. Sedan är det dags för dagens första möte. En CM åker iväg för ett möte på RPÖV. Hon ska träffa en av sina klienter där tillsammans med läkare för att försöka motivera honom till fortsatt vård och behandling. Han är dömd enligt LRV¹⁶ till rättspsykiatrisk vård och måste därför underkasta sig vård för sin psykossjukdom. Sjukdomen förvärras när han tar amfetamin, vilket han använder ganska ofta, och då blir han stökig och högljudd.

Tisdag eftermiddag – akut uttryckning

Eftermiddagens planerade besök får snabbt ställas in eftersom Laila, som har haft kontakt med ACT-teamet i snart två år, ringer och berättar att hon avser att ta livet av sig. CM tar detta samtal på största allvar eftersom hon nyligen har gjort ett suicidförsök. Det har gått bra för Laila under en längre tid, men den senaste tiden har hon tagit flera återfall i alkohol. Hon väntar på en rättegång och känner stor ångest inför denna. När hon dricker förvärras hennes psykiska tillstånd omgående. Laila har en borderlinediagnos och allvarlig depression.

Två CM åker genast hem till henne och ringer på. Laila öppnar inte och svarar inte i sin telefon. Teamet ringer 112 och tillkallar polis, som kommer tillsammans med låsmed. Under tiden har teamet fått kontakt med Laila, som inte är hemma, utan hos en kompis. Teamet pustar ut, ger sig av till kompisens och tackar polisen för den snabba uttryckningen.

Onsdag förmiddag - handledning

ACT-teamet har handledning regelbundet, var 14:e dag. Handledningen är viktig, för den hjälper CM att utveckla sin yrkesroll och att komma vidare i klientarbetet. Teamet åker iväg till handledarens lokaler i Stockholm, vilket blir ett välkommet avbrott i deras stressiga vardag.

Onsdag eftermiddag – hembesök

Eftermiddagen ägnas åt att besöka Jimmy, som bor hos sin sjuka, gamla mamma. Mycket positivt har hänt med honom sedan han fick kontakt med ACT-teamet, men det går så långsamt framåt! Jimmy bodde på härbärge och missbrukade aktivt allt han kom över när ACT-teamet började arbeta med honom. Han gick helt i sin värld och kommunicerade inte utåt. Nu har han blivit utredd inom psykiatrin och fått diagnosen Aspergers syndrom och ADHD och börjat medicinera. Han mår mycket bättre nu, missbrukar inte och har kontakt med omvärlden. Det går emellertid långsamt med planeringen om hans boende. Han är nyligen beviljad boendestöd av FO¹⁷ men fick avslag på sin ansökan om bostad – något som CM jobbar vidare med: att hjälpa honom att ansöka på nytt. Den här gången besöker CM Jimmy tillsammans med hans boendestödare så att de ska få bekanta sig med varandra.

Torsdag fm – besök på vårdavdelning inför behandlingsplanering nästa vecka.

ACT-teamet har nyligen börjat arbeta med Linnea. Hon har anorexia, självskadebeteende, bipolär sjukdom och är gravt alkoholberoende. Just nu är hon inlagd på psykiatrisk slutenvårdsavdelning, men ska snart skrivas ut. Dagens besök handlar om att försöka förmå hennes läkare på avdelningen att inte skriva ut henne förrän ett tillfälligt boende är ordnat. Annars åker hon hem till sina föräldrar och börjar dricka igen. CM arbetar för närvarande intensivt med att samla ihop befintliga vårdkontakter (psykiatriska öppenvården, centrum för ätstörningar och beroendemottagningen) och att initiera nya kontakter med Arbete och försörjning för hennes behov av boende samt med Missbruksenheten för att påbörja en social utredning. Alla ska kallas till en första gemensam behandlingsplanering inom kort.

Torsdag eftermiddag – snabbt hembesök på vägen tillbaka

Ulrika har haft kontakt med ACT-teamet sedan starten 2006. Hon har borderline-diagnos, ett destruktivt självskadebeteende samt alkoholberoende. När hennes ångest blir för stor dricker hon stora mängder alkohol och skadar sig själv genom att skära sig i armarna. Ulrika mår ganska bra idag, och det är länge sedan hon skar sig. Hennes drickande har minskat, men hon dricker fortfarande då och då. Ulrika ska

¹⁵ RPÖV: Rättspsykiatriska öppenvårdsmottagningen vid Huddinge sjukhus

¹⁶ LRV: Lagen om rättspsykiatrisk vård

¹⁷ FO: Funktionshinderområdet

flytta snart, så hennes ångestnivå har höjts inför den förändringen. Hon blir glad för besöket och CM och Ulrika kommer överens om ett hembesök nästa vecka för att hjälpa henne att planera inför flytten.

Fredag morgon – spegling och planering

ACT-teamet träffas varje fredag morgon för att spegla veckan som har gått. Det är ett sätt att dela med sig av hur man mår och hur man har det, samt att påminna varandra om det viktiga arbete man utför, eftersom man som ombud och talesman för sina klienter ofta stöter på motstånd från omgivningen.

Efter speglingen används resten av förmiddagen åt att planera den halva temadag som ACT-teamet har bjudit in till lite senare i vår. Syftet är att informera alla berörda som ACT-teamet samverkar med om målgruppen, sitt uppdrag och arbetssätt, organisationen och behovet av att ha en nära fungerande samverkan, eftersom CM-arbetet hela tiden sker över organisationsgränserna.

Fredag eftermiddag – besök på Arbete och Försörjning

CM åker tillsammans med Sara till ett bokat möte på Arbete och Försörjning. ACT-teamet har hjälpt Sara att ansöka om försörjningsstöd till en hyresskuld. Det är ett led i att på sikt kunna beviljas en försökslägenhet. Sara är fortfarande bostadslös, men bor på inackorderingshem och har idag en stadigvarande nykterhet. Hon är numera neuropsykiatriskt utredd och har en sysselsättning i en second-handaffär i socialpsykiatrins regi, så det börjar ordna upp sig riktigt bra för Sara.

Eftermiddagen används till dokumentation. Landstinget och kommunen har skilda journalsystem eftersom de är skilda organisationer. Problemet är att ACT-teamet inte har tillgång till båda systemen, vilket skapar mycket extraarbete i det dagliga arbetet. För att få in dokumentation om en och samma klient i båda systemen sätter sig CM två och två – en landstingsanställd och en kommunanställd och går igenom klienterna tillsammans – fast skriver in i olika system.

KLIENTFAKTA OCH RESULTAT

Totalt har 35 klienter remitterats in till ACT-teamet sedan starten 2006. Av dessa är 16 kvinnor och 19 är män. Medelåldern är 43 år. 16 klienter remitterades in under 2006, 13 klienter remitterades in 2007 och 6 under 2008. Under 2006 och 2007 avslutades inte någon klient, men väl 6 under 2008 och 3 har avslutats under 2009, alltså totalt 9 avslutade.

Civilstånd

En majoritet av klienterna är ensamstående – 29 av 35 personer. 2 personer lever i samboförhållande, och 3 lever som särbo. En är gift men lever inte i äktenskapet. Ensamheten är ett påfallande problem för flertalet ACT-klienter.

Åldersfördelning:

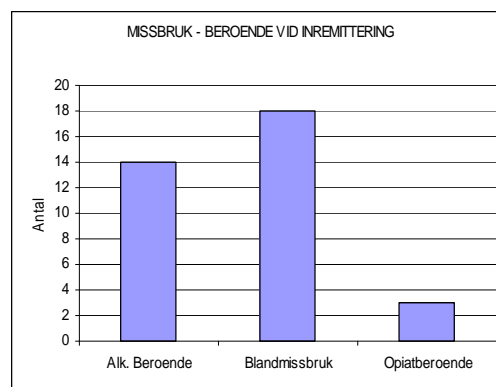
20 – 30 år	6 personer
31 – 40	4
41 – 50	18
51 – 60	6
61 -	1

Missbruk/beroende – som situationen såg ut vid inremittingen till ACT-teamet.

Alla i klientgruppen drack alkohol, men flertalet blandade även med andra droger. Av 35 personer hade 14 ett alkoholberoende. 18 personer hade ett blandmissbruk där alkohol ingick men där man även blandade med främst amfetamin, cannabis och bensodiazepiner. 3 personer var beroende av heroin/morfintabletter/illegal subutex.

Fysisk hälsa

Många i klientgruppen har problem med sin fysiska hälsa och är nedgångna fysiskt när de får kontakt med ACT-teamet. Flera har Hepatit C. Problem med magen är vanligt förekommande, liksom biverkningar av mediciner och skador efter olyckor. Några har Kol och

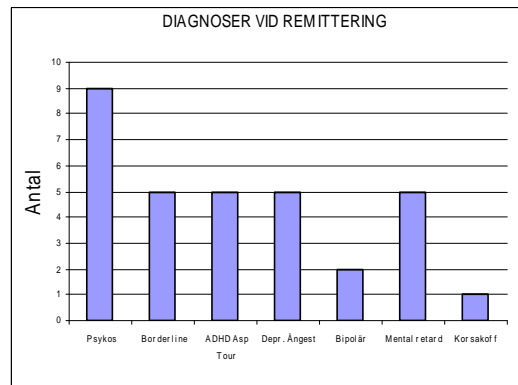


diabetes och flera har dåliga tänder och svårt att äta på grund av det.

Psykiatriska diagnoser

Utöver beroendediagnoserna hos de 35 personerna har de samsjuklighet i form av psykosjukdom (9 personer), borderline personlighetsstörning /emotionell instabil personlighetsstörning/ (5 personer). Av dessa 5 har 3 har ytterligare diagnoser som självskadebeteende, depression och paranoia.

5 personer har ADHD-diagnos. Samtliga 5 har ytterligare diagnoser i form av Aspergers syndrom, Tourettes syndrom och antisocial personlighetsstörning. 5 personer har allvarlig depression och ångest. 2 personer har bipolär sjukdom, varav en med anorexia och självskadebeteende. 5 personer har mental retardation och 1 person Korsakoffs sjukdom.



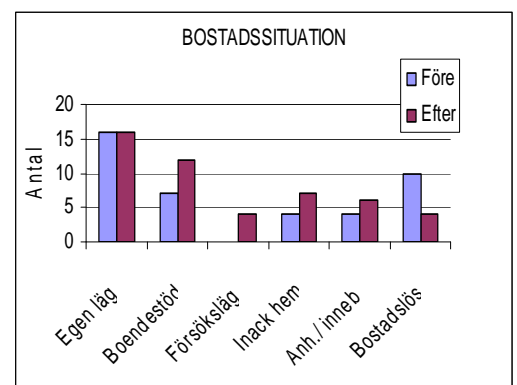
Resultat

Utöver samsjuklighet i missbruk/beroende och psykisk störning/sjukdom har ACT-klienterna även komplexa vårdbehov som sällan kan tillgodoses av en och samma vårdgivare. Det kan handla om behov av insatser från ett flertal vårdgivare samtidigt, exempelvis psykiatrin, primärvården, beroendemottagningen, socialpsykiatrin, arbete och försörjning och frivården. Innan ACT-teamet kommit in i bilden var det inte ovanligt att den ena vårdgivaren inte kände till den andres planering. Det medförde att klienten bollades mellan olika vårdgivare därför att dennes problem inte passade in i den egna organisationens uppdrag. Ofta kom klienten inte på bokade tider eftersom det kan vara svårt för den enskilde att planera och hålla ordning på sådant. Följden kunde bli att klienten ramlade ur systemet och inte fick någon hjälp alls eller "föll mellan stolarna" och inte fick adekvat vård.

Idag kallar ACT-teamet alla inblandade aktörer runt klienten till gemensamma behandlingsplaneringar minst två gånger per år. Nu samlar vi med andra ord resurserna kring den enskilde, istället för att den enskilde får "springa gatlopp" mellan de olika aktörerna. Alla aktuella ACT-klienter har idag samordnade insatser som dokumenteras i en gemensam behandlingsplan. Där framgår det bland annat vilka vårdgivare som är inblandade, vilka som ansvarar för vad i planeringen, vad som ska göras om planeringen inte håller och datum för uppföljning. I och med att ACT-teamet samordnar planeringen och ser till att klienten har alla nödvändiga vårdkontakter (och även ser till att kontakterna fungerar) så sker ofta en snabb förbättring. Nedan följer några exempel på detta:

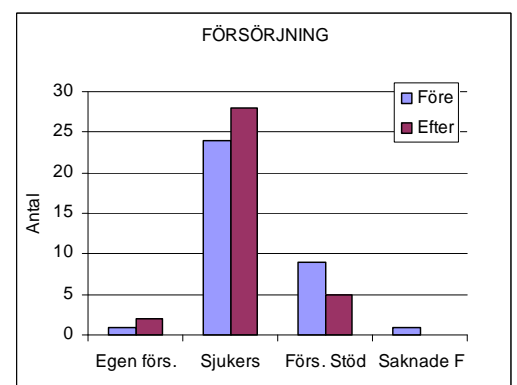
Bostadssituationen före kontakt med ACT-teamet:

- 16 personer hade egen lägenhet och 7 hade hjälp i boende med boendestöd
- 4 var placerade på inackorderingshem
- 4 bodde hos anhöriga/inneboende
- 10 personer var bostadslösa



Bostadssituationen tre år senare:

- 16 personer har egen lägenhet och 12 har hjälp i boende med boendestöd
- 2 personer har flyttat till försökslägenhet. Ytterligare två är beviljade försökslägenhet.
- 7 personer bor på inackorderingshem.
- 6 bor hos anhöriga/inneboende.
- 4 personer är bostadslösa. Av dessa remitterades 1 person in 2007 och 3 personer in 2008.

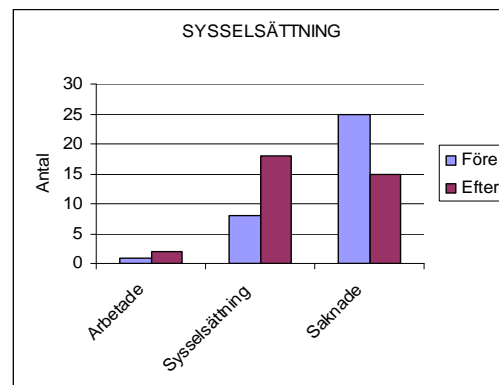


Försörjningssituationen

1 person hade egen försörjning, 24 personer hade sjukersättning och nio personer hade försörjningsstöd. En person saknade ordnad försörjning. Tre år senare hade antalet med egen försörjning ökat till 2 personer, och personer med sjukersättning hade ökat med fyra personer till 28. Personer med försörjningsstöd hade minskat med fyra personer till fem personer. Detta visar att fler personer har fått en stadigvarande försörjning, vilket minskar stressen att ha en dålig och osäker ekonomi.

Sysse/sättning före kontakt med ACT-teamet:

- 1 person arbetade
 - 8 personer hade sysse/sättning via socialtjänsten eller av egna initiativ
 - 25 personer saknade sysse/sättning
- Tre år senare arbetade 2 personer och 18 personer har sysse/sättning via socialtjänsten eller av egna initiativ. 15 personer saknar fortfarande sysse/sättning.

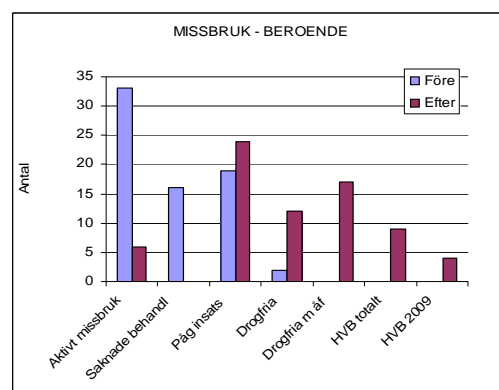


Missbruk/beroende före kontakt med ACT-teamet:

- 2 personer var drogfria
- 33 personer missbrukade aktivt
- 19 personer hade pågående insatser för sitt missbruk
- 16 personer saknade behandling för sitt missbruk

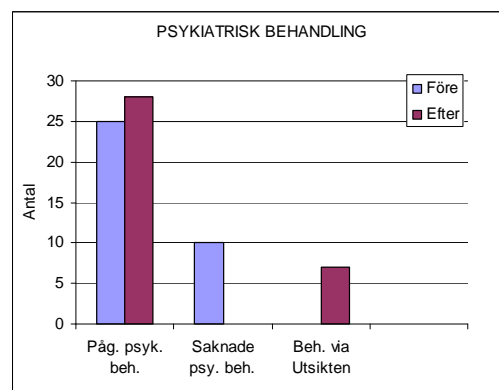
Missbruk/beroende tre år senare:

- 12 personer är stabilt nyktra och drogfria
 - 17 personer är nyktra/drogefria med återfall
 - 6 personer har fortfarande ett aktivt missbruk
 - 24 personer har insatser i öppenvård för sitt missbruk
 - 7 personer saknar behandling för sitt missbruk
 - 9 personer har sedan 2006 varit HVB-placerade för sitt missbruk
 - 4 personer är för närvarande placerade på behandlingshem
- Som framgår av tabellen har det skett en avsevärd förbättring avseende klientgruppens missbruk/beroende. Hela 34 % av klienterna är helt drogfria 2009, och 58 % är drogfria med återfall.



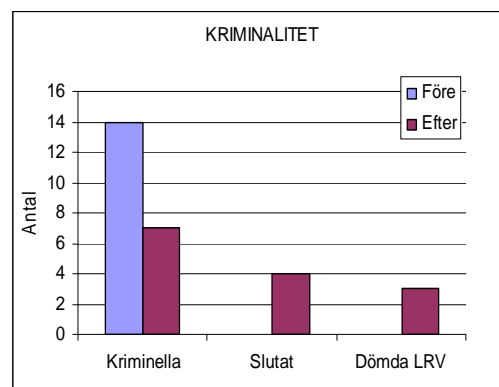
Psykiatrisk behandling före kontakt med ACT-teamet:

25 personer hade pågående insatser från psykiatrin medan 10 personer saknade behandlingskontakt. Tre år senare hade 28 personer kontakt med psykiatrin och 7 personer får behandling för sina psykiatriska problem på beroendemottagningen Utsikten. Ingen saknar behandlingskontakt. ACT-teamet rapporterar om en förbättrad psykisk hälsa för hälften (8 personer) av de inremitterade klienterna år 2006 (totalt 16 personer). Av dem som remitterades in år 2007 rapporteras en förbättrad psykisk hälsa för 7 personer, och för 6 är hälsotillståndet oförändrat. Av de 6 inremitterade klienterna år 2008 rapporteras en förbättrad psykisk hälsa för 2 personer. Således rapporteras 17 av 35 ha fått en förbättrad psykisk hälsa.



Kriminalitet

14 personer var kriminella då kontakten inleddes med ACT-teamet. Tre år senare har 4 slutat med kriminalitet. 7 personer är fortsatt kriminella. 3 personer är dömda till straff enligt LRV.



Räknat i procent var 40 % av ACT-klienterna kriminella då kontakten inleddes. Tre år senare halverades siffran till 20 %.

Brukarundersökning

I en brukarundersökning som ACT-teamet genomförde 2007 framkom att så gott som alla tillfrågade klienter ansåg att kontakten med ACT-teamet hade lett till positiv förändring i deras liv. En klient uttryckte sig så här: ”Har inte varit med så länge men det känns som om det äntligen börjar gå i rätt riktning. Jag har missbrukat i 30 år och det har aldrig funnits bra hjälp men det här ACT-teamet är mycket bra...”

Resultatsammanfattning

Materialet visar att god planering, lång framförhållning och förankring hos huvudmännen är en av framgångsfaktorerna för ACT-verksamheten. Vidare att CM enligt ACT-modell med bl.a. samordning och samtidiga insatser ger resultat. Livskvaliteten har höjts för samtliga klienter sedan de fick kontakt med ACT-teamet. Drogandet har minskat och den psykiska hälsan har förbättrats. 82 % av klienterna har tagit sig ur ett aktivt missbruk, varav 34 % är helt drogfria. Hälften av klienterna, 49 %, har en förbättrad psykisk hälsa. En tredjedel saknade psykiatrisk behandling vid inremittering. Idag har alla en psykiatrisk behandlingskontakt. Fler har tillgång till behandling och daglig sysselsättning. 70 % av klienterna saknade sysselsättning då kontakten inleddes med ACT-teamet. Den siffran har sjunkit till 42 % idag. Det innebär att fler har fått meningsfullhet i sin vardag. Bostadslösheten har sjunkit och några kvalificerar sig för eget boende. Kontakten med barn och anhöriga återknyts. Fler har fått en ekonomisk trygghet med sjukersättning istället för försörjningsstöd. Hälften av de kriminella har upphört med det – frivilligt och ofrivilligt. Det som för många var kaos i tillvaron sorteras sakta men säkert upp med hjälp av ACT-teamet. Det är ett mödosamt arbete som tar lång tid, men alla data visar att ACT-teamets arbete ger resultat. Att vårdinsatserna sätts in samtidigt för en klient medför att förändring på ett livsområde även återverkar positivt på ett annat, och en positiv utvecklingsspiral åstadkoms. ACT-teamets uppdrag innebär ju bland annat att identifiera hjälpbehov och se till att dessa blir tillgodosedda. Fram till att så sker finns ACT-teamet till hands som en kontinuitet och trygghet för klienten. Ju längre kontakt klienten har med sin CM desto bättre fungerar det i vardagen för honom/henne. Kontakten med ACT-teamet kan då glesas ur, för att på sikt upphöra.

Anne Holmqvist
Huddinge kommun
Öppenvårdenheten inom Missbrukssektionen
Socialförvaltningen
141 85 Huddinge

2009-04-13