

## Förord

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

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

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

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

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

Tullinge i november 2007

Eva Nyberg  
Forskningsledare, FoU-Södertörn

## Innehållsförteckning

<b>Läsanvisning .....</b>	<b>3</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>4</b>
En tillbakablick- förändringar i samhällets ansvar för personer med psykiskt funktionshinder .....	5
Vem gör vad? Att skilja på de olika insatserna för stöd till den enskilde.....	9
<b>ACT – team i Huddinge.....</b>	<b>11</b>
<b>Case management och ACT .....</b>	<b>15</b>
<b>Utvärderingen.....</b>	<b>17</b>
Undersökningsmetod .....	17
Intervjuer; urval av informanter och frågor.....	17
Tillvägagångssätt och analys av intervjuaterialet.....	18
Förförståelse .....	19
<b>Resultat - intervjustudie .....</b>	<b>20</b>
Arbetet i teamet .....	20
Multidisciplinärt team .....	20
Samarbete inom teamet .....	21
Samarbete med andra aktörer .....	22
En anstormning av remisser.....	25
Klientens delaktighet.....	25
Klienterna .....	28
Teamets arbete med klienterna .....	28
Utgångsläge .....	29
Kontaktskapande arbete, hjälp att organisera vardagslivet samt behandling.....	30
Boendesituationen .....	42
Behandling .....	43
Ekonomisk situation.....	44
Nätverk.....	44
Barn .....	45
<b>Diskussion och slutsatser .....</b>	<b>47</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>51</b>
<b>Bilagor .....</b>	<b>53</b>
Bilaga 1: Frågeguide till projektpersonal, klientbetonad.....	53
Bilaga 2: Frågeguide till klienter .....	54
Bilaga 3: Nätverkskarta.....	55
Bilaga 4: Barnschema .....	56
Bilaga 5: Frågeschema, ACT - team.....	58

# Läsanvisning

## Definitioner/begrepp som används i rapporten:

För att beskriva målgruppen, personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk, har det genom åren använts en rad olika benämningar. I denna rapport kommer *dubbeldiagnos, samsjuklighet och personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk* att användas

Vid beskrivning av ACT- teamet används följande titlar i utvärderingen:  
*teamet, de anställda, personalen, de intervjuade*

## Läsanvisning

Rapporten börjar med en bakgrundsbeskrivning av de senaste decenniernas förändringar när det gäller samhällets ansvar för personer med psykiskt funktionshinder samt de olika insatserna för stöd till den enskilde på sidan 5.

På sidorna 11 till 14 ges en beskrivning av det lokala Huddingeprojektet, målgrupp, syfte och uppdrag. En kort introduktion till metoderna Case management och ACT (Assertive Community Treatment) ges på sidorna 15-16. Om du är intresserad av hur utvärderingen är upplagd; syfte och tillvägagångssätt, gå till sidan 17.

Resultatet av den intervjustudie som genomförts behandlas på sidorna 20-46. Här kan du läsa om arbetet i teamet 20-27 samt om de medverkande klienterna 28-46. Diskussion och slutsatser hittar du på sidorna 47-50, referenser och bilagor på sidan 51 och framåt.

# Inledning

Personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk har en komplicerad problembild, något som kräver samordnade insatser från ansvariga aktörer. Studier visar att öppenvårdsprogram som behandlar psykisk sjukdom och missbruk integrerat ger bättre resultat än traditionell behandling.

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

I en inventering som arbetsgruppen gjorde 2004 identifierade man 79 personer med svår psykisk sjukdom och samtidigt missbruk i Huddinge. Av dessa var drygt hälften aktuella inom psykiatri och den andra delen inom individ- och familjeomsorgens vuxen/missbrukssektioner. Enligt en kostnadsberäkning framkom att gruppen tar mycket resurser i anspråk men att 25- 50 procent av dessa kostnader är onödiga och beror på att verksamheterna är illa anpassade för att möta de behov som dessa personer har. För att möta dessa behov krävdes ett nytt arbetssätt.

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

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

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

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

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

### **En reform för ökad delaktighet och bättre levnadsförhållanden**

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

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

Propositionen (1993/94:218) innehöll få lagliga förändringar. För att ge kommun och landsting klarhet i vem som ansvarade för vården och det ekonomiska ansvaret för personen med psykiskt funktionshinder gjordes dock ändringar i betalningsansvarslagen (1990:1404). Ändringarna innebar att kommunen fick det ekonomiska betalningsansvaret för de patienter som, av läkare med specialistkompetens i psykiatri, ansågs medicinskt färdigbehandlade<sup>1</sup>. I och med att kommunerna fick ta över ansvaret för de ”färdigbehandlade” kompengades de via en skatteväxling med landstingen. Tanken med lagen var att klargöra ansvarsområdet. I praktiken har dock lagen varit orsak till en hel del tvister mellan kommun och landsting, bl.a. då man haft skilda åsikter om patienten i fråga är färdigbehandlad eller inte.

---

<sup>1</sup> I och med lag (2003:193) ersattes ”medicinskt färdigbehandlad” med ”utskrivningsklar”

## **Tio år efter psykiatrireformen**

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

## **Uppföljning av försöksverksamheter**

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

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

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

I den uppföljning (i undersökningen ingick 288 personer) som Socialstyrelsens gjorde ett och ett halvt år senare framkom att klienternas livssituation förbättrats. I uppföljningen såg man ett klart samband mellan en minskning av missbruket och en förbättring av den psykiska hälsan. Patienterna upplevde själva att deras livskvalitet hade höjts. Hjälpbehov kvarstod dock inom områden som arbete och försörjning, samt den fysiska och psykiska hälsan.

Trots de positiva resultaten visade uppföljningen att det gemensamma ansvaret för målgruppen inte fungerade tillfredsställande. Kostnadsfördelningen i relation till vars och ens ansvarsområde var ett återkommande område för konflikt. Eftersom den första uppföljningen gjordes redan efter ett och ett halvt år, en kort period för att uppnå

förändringar i förhållande till klienternas problematik, så har en uppföljning även utförts efter fem år räknat från projektstarten. De svarande som kunde följas upp efter fem år (42 procent) representerades främst av personer med psykossjukdom. Efter projektperiodens slut fortsatte fyra projekt en organiserad samverkan mellan kommun och landsting genom tecknade eller planerade vårdavtal (Socialstyrelsen 2004a).

Förloppet över fem år visar att förbättringen för de personer som ingått i studien huvudsakligen skett under projektperioden.

Resultaten visade att:

- ungefär hälften av klienterna hade inga missbruksproblem efter fem år. Stöd och behandling behövdes dock fortfarande när det gällde psykiska problem, alkoholproblem, sysselsättning och fysisk hälsa,
- dödligheten för de medverkande klienterna var nästan åtta gånger högre än i normalbefolkningen,
- slutenvårdskonsumtionen ökade under början av projekttiden för att sedan minska.
- den sociala situationen har förändrats påtagligt och andelen som fått förtidspension eller sjukbidrag hade ökat signifikant,
- ingen av de intervjuade var bostadslösa,
- vid en jämförelse mellan de klienter som tillhört de avslutade projekten samt de som fortfarande var aktuella inom de fyra fortsatta projekten, framkom att klienterna som fortsatt behandling i de samverkande projekten visade en förbättrad psykisk hälsa och livskvalitet. Gällande missbruket kunde ingen skillnad påtalas mellan de olika projekten.

Personalen som intervjuats i uppföljningen upplevde fortfarande vissa problem med:

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

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

### **En Nationell psykiatrisamordnare**

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

I ett steg att förbättra tillgången till vård och stöd, delaktighet i samhället och ökad livskvalitet för personer med psykiskt funktionshinder anslog riksdagen för åren 2005 och 2006 ett ekonomiskt tillskott om 500 miljoner till kommuner och landsting. Pengarna fördelades länsvis efter invånarantal i respektive län. En särskild satsning gjordes på de tre storstadslänen Stockholm, Västra Götaland och Skåne. För att få tillgång till medlen ställdes ett antal krav. Ett krav var bl.a. att kommuner och landsting skulle göra en gemensam ansökan för att få del av medlen, vidare att ett gemensamt avtal skrevs mellan kommunen och landstinget för den enskilda verksamheten. Uppdraget som Nationell psykiatrisamordnare tillförordnades Anders Milton. Lokala och regionala projekt som finansierats i samband med utredningen har därmed på ett flertal håll kommit att kallas "Miltonprojekt" och de medel som utbetalats "Miltonmedel". Utöver de medel som fördelats länsvis öronmärktes även medel för prioriterade utvecklingsområden. Två av dessa projekt har särskilt riktats till personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk, båda med inriktning på Case management. En av dem är en större utbildningssatsning i Case- management metodik med ACT- inriktning.

Utredningen utmynnande i en utredningsrapport (SOU 2006:100). I rapporten föreslås följande för att förbättra vården och den sociala omsorgen för personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk:

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

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

1. Öka medvetenheten
2. Behandla missbruk och psykisk sjukdom samtidigt
3. Erbjud lättillgänglig vård
4. Alla ska ha makt över sitt eget liv
5. Anpassa organisationer och verksamheter



6. Prioritera personer med dubbel problematik
7. Gör en gemensam behovsanalys
8. Samordna insatserna
9. Använd resurserna mer effektivt
10. Bygg insatserna på en gemensam grundsyn

### **Vem gör vad? Att skilja på de olika insatserna för stöd till den enskilde**

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

#### *God man och förvaltare*

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

#### *Personligt ombud*

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

#### *Boendestöd*

Enligt socialtjänstlagen kan personer med psykiska funktionshinder erhålla boendestöd i form av omvårdnad och aktiva insatser i boendet. Stödets syfte är att hjälpa den psykiskt funktionshindrade att klara av att bo i en egen lägenhet eller i ett eget hus. Stöd i vardagen både i hemmet och utåt i samhället kan ingå. Boendestödet ska öka den enskildes möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället.

#### *Handläggare inom kommunen*

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

### *Kontaktpersoner inom psykiatri*

Om klienten är inskriven på en psykiatrisk mottagning (öppen eller sluten) är det vanligt att klienten har en kontaktperson på den vårdavdelningen.

### *Handläggare hos försäkringskassan*

Om klienten uppbär stöd från försäkringskassan (sjukpenning, sjukersättning, rehabiliteringsersättning osv.) har man en handläggare kopplad till sig här.

### *Övriga aktörer*

Utöver ovan beskrivna aktörer har klienten ofta ytterligare kontakter i form av exempelvis läkare, sjuksköterskor, psykologer eller arbetsterapeuter inom sjukvården, personal inom sysselsättningsverksamheterna, kontaktpersoner inom frivården (ifall klienten dömts för ett straff och blivit villkorligt frigiven eller dömts till någon form av övervakning).

# ACT – team i Huddinge

## *Övergripande mål för projektet*

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

## *Målgrupp*

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

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

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

## *ACT- teamet*

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

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

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

Till teamet finns även kopplat en arbetsledare och en patientansvarig läkare (PAL). Arbetsledaren är den som anställt personalen i teamet. På måndagar träffas arbetsledare och team för att planera den kommande veckan och hon är även tillgänglig under resten av veckan för eventuella frågor.

## *ACT- teamets huvuduppdrag*

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

Huvuduppdraget är att:

- *Primärt ansvara för insatser till klienten.*

D.v.s. ansvara för planering, beslut, genomförande och uppföljning av insatser. I de fall det formella ansvaret för beslut ligger utanför teamets handlingsmandat skall man kontakta berörd organisation för att lämna underlag för beslut. I projektplanen anges att "Personalen i ACT -teamet bör ha en långtgående delegation, alternativt "gräddfil" för intagning på klinik, bistånd, t.ex. ekonomi och boende samt behandling, i samråd med primärteamet"(Huddinge kommun, m.fl.; Projektplan för samverkan, 2005, sid. 7).

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

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

- *Säkerställa klientens övriga kontakter med berörda myndigheter.*

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

- *Vara ombudsmän och bevaka samhällliga rättigheter*

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

Utgångspunkterna för teamet är att:

- *Ingen ansvarar för mer än 10 klienter*

- *De insatser som teamet ger anpassas kontinuerligt till klientens behov och faktiska situation.*

I studier kring integrerad behandling, enligt ACT- modellen, betonas betydelsen av att vården inte är tidsbegränsad samt att kontakten är kontinuerlig över tid. I den behandlande delen innebär kontinuitet att se till att det vardagliga livet fungerar såsom att handla mat, städa, betala räkningar osv. I tillgänglighetsbegreppet ingår, enligt ursprungsmodellen, även att teamet skall vara tillgängliga för patienten då denna är i behov av vård, d.v.s. *under hela dygnet*. I Huddinges ACT- team har man *inte* antagit denna sista del, dvs. en 24 timmars service.

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

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

- *Utföra motivationell behandling*

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

➤ *Medicinsk behandling för den psykiska sjukdomen och missbruket skall ges samtidigt.*

Främsta uppgiften blir dock att motivera och möjliggöra fortsatt farmakologisk behandling. I teamets egen verksamhet skall specifika metoder för kognitiv missbruksbehandling för målgruppen utvecklas.

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

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

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

#### *Primärteam och styrgrupp*

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

I primärteamet finns sex organisationer representerade:

- 1 enhetschef från kommunens missbruksenhet
- 1 enhetschef från kommunens öppenvårdsenhet
- 1 enhetschef från kommunens socialpsykiatriska sektion
- 1 enhetschef från kommunens arbete och försörjning
- 2 enhetschefer från den psykiatriska öppenvården, landstinget (1 fr.o.m. vt-07)
- 1 enhetschef från psykosteamet, landstinget
- 1 chefsjuksköterska från Beroendecentrum Stockholm

De som inte finns representerade är bl.a. den psykiatriska slutenvården och frivården.

Primärteamet träffas en gång i månaden och huvuduppgifterna för primärteamet är att:

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

#### *Klienternas inträde i projektet*

Alla enheter som är representerade i primärteamet har rätt att remittera klienter till ACT- teamet. Remisserna diskuteras sedan på primärteamets möten där man avgör om dem ska gå vidare till ACT- teamet eller om det kan lösas på annat sätt. ACT-

teamet är delaktiga på primärteamets möten och kan själva vara med och ha synpunkter på vilka klienter som bör ingå.

För att en klient skall bli aktuell i ACT- teamet krävs att hon/han samtycker till att tystnadsplikten bryts mellan de tjänstemän som är aktuella i hans fall, och mellan de som kommer till för att han ska få mer adekvat vård.

# Case management och ACT

I Huddinge har man valt att benämna var och en av personalen i ACT- teamet för en Case manager. Nedan ges en introduktion till dessa två arbetsmodeller.

## *Case management*

Case management metodiken startades upp i USA under 70-talet och användes som ett sätt att förmedla behandling till patienter i öppenvård. I kontrast till det traditionella vårdssystemet har en gemensam nämnare för funktionen varit att anpassa servicen till klienterna där Case managern har ansvar för att förmedla vård till en enskild patient.

Det finns ingen standarddefinition på vad som innefattas i verksamheten. Nedan ges därmed en kort introduktion till begreppet Case management och de olika modeller som utvecklats ur grundmodellen, den s.k. mäklarmodellen. Samtliga modeller innehåller ett antal basfunktioner såsom att:

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

*Tabell 1: Case –management modeller.*

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

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

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

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

#### *ACT- modellen*

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

I randomiserade (slumpvist fördelade) kontrollerade studier, där man jämfört intensiva Case management modeller (såsom ACT) med mindre intensiva modeller, framkommer bättre resultat i ACT- modellen (minskning av vårdtid i slutna psykiatrisk vård samt stabilitet i boende) i jämförelse med de mindre intensiva modellerna. En fråga som dock aktualiserats under senare år och som givit upphov till meningsskiljaktigheter är programtroheten till ACT- modellen. I europeiska (främst engelska) studier har resultat visat att ACT- modellen inte är så effektiv som framgår i australiensiska och amerikanska studier. Kritiken besvaras från amerikanskt håll genom att ifrågasätta om det verkligen är ACT som utvärderats i de engelska studierna (Björkman, 2005).

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



# Utvärderingen

Under våren 2006 fick FoU-Södertörn i uppdrag att utvärdera ACT-teamet i Huddinge. Genom intervjuer med involverade tjänstemän och klienter ville man se vilka effekter (positiva som negativa) som det samlade teamarbetet fått. Intervjuer med personal och en klient har utförts under våren och hösten 2006 samt våren 2007.

Fokus i utvärderingen har lagts på följande tre områden:

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

## Undersökningsmetod

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

## Intervjuer; urval av informanter och frågor

### *Klientbetonade intervjuer*

För att få ett uppföljningsbart material valdes de 15 första klienterna ut för belysning i intervjustudien. Inför intervjuerna ställdes ett gemensamt frågeschema upp (bilaga 1). Därefter gjordes tre intervjuer med ACT- teamet med fokus på klienternas utveckling. Det första intervjutillfället var i juli 2006, det andra i november 2006 och det tredje i mars 2007. Vid det första intervjutillfället lades fokus på en grundläggande beskrivning av utgångsläget. Vid det andra och tredje intervjutillfället ställdes frågor utifrån de luckor och frågetecken som kvarstod med utgångspunkt i de tidigare intervjuomgångarna.

Klienterna i projektet består av ett antal individer som, förutom mental utsatthet, redan i dagsläget har ett stort antal kontakter med personal inom kommun, landsting och myndigheter. Kontakter som förutom anspråk på klientens tid och resurser även ställer höga krav på ömsesidig tillit för att samverkan skall fungera dem emellan. Förutom hänsyn till de kontakter som personen redan hade innan projektets början var det för ACT- teamet viktigt att deras kontakt med klienterna fick tid att gro och byggas upp. Detta ledde fram till beslutet att inhämta huvuddelen av empirin via intervjuer med projektpersonalen, d.v.s. ACT- teamet. Detta innebär dock inte att personalens uppfattning om klientens framsteg nödvändigtvis sammanfaller med klientens. Genom förfrågan från projektpersonalen tackade en klient ja till att medverka i en intervju. Intervjun genomfördes i maj 2007 (se bilaga 2). Vid intervjutillfälle deltog även två

personer från ACT- teamet. Att endast en klientintervju genomförts och en stor del av empirin kring klienterna är sekundärmaterial kan ses som en begränsning.

Utöver intervju med ACT-teamet och en klient har även en telefonintervju utförts med arbetsledaren i projektet. Syftet med denna intervju var bl.a. att fylla de luckor och frågetecken som uppstått efter intervjuerna med ACT-teamet.

#### *Nätverkskarta*

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

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

#### *Barnschema och livslinje*

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

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

För en del av teamet upplevdes frågorna i barnschemat som problematiskt då man ansåg att de kunde framkalla skuld och skamkänslor hos klienten, känslor som ansågs svåra att bemöta innan kontakten förankrats. Man ville även undvika att klienten skulle uppfatta det som att teamet antog en myndighetsroll. Teamet menar att huvudfokus, till en början, är klienternas situation och inte barnens. Få barnscheman har fyllts i och rapporteras därmed inte i utvärderingen.

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

#### *Internt arbete i teamet samt samarbete med andra aktörer*

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

#### **Tillvägagångssätt och analys av intervjumaterialet**

Strukturen på intervjuerna har varit semistandardiserad. Detta innebär att frågeschemat fungerat som en mall men att de intervjuade under samtalet getts möjlighet att

vidareutveckla resonemang samt ta upp ämnen utöver frågorna. Den öppna formen var viktig för att kunna individualisera intervjusituationen. Samtliga intervjuer har dokumenterats på dator alternativt på bandspelare. Alla intervjuade har erbjudits att läsa den utskrivna intervjun efteråt och getts tillfälle att lämna kommentarer.

De utskrivna intervjuerna har analyserats och kategoriserats efter vissa teman. När det gäller klienterna har bedömning, planering och genomförda insatser varit ett riktmärke. Fokus har även legat på ACT-teamets möjligheter till kontakt med klienterna under det första året. Vidare har samarbete och samverkan, internt samt med övriga aktörer varit en viktig analyspunkt. I redovisningen av intervjumaterialet har jag lagt in citat från de intervjuade för att förstärka ett sammanhang.

### **Förförståelse**

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

# Resultat - intervjustudie

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

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

## Arbetet i teamet

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

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

## Multidisciplinärt team

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

### Sjuksköterska – Eva

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

### Boendestödjare- Anna

Anna är utbildad behandlingspedagog och bl.a. arbetat inom kriminalvården och på

behandlingshem. Anna har arbetat både med klienter med missbruk samt klienter med psykisk problematik. Anna är kopplad till socialpsykiatri i Huddinge och går i teamet under titeln boendestödare. Trots att hon är anställd i kommunen anser hon sig ännu inte vara tillräckligt förankrad i organisationen.

#### Mentalskötare - Jenny

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

#### Socionom- Cecilia

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

Teamet anser sig generellt komplettera varandra bra. En av de anställda saknar dock en yrkeskompetens i teamet.

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

(I) Vad skulle en arbetsterapeut kunna tillföra?

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

Eva poängterar att det inte skulle gälla på heltid utan bara deltid.

#### **Samarbete inom teamet**

I starten av ACT- teamets arbete var tanken att var och en skulle ansvara för 10 klienter men att alla fyra skulle samarbeta och dela med sig av sin kompetens. Detta upplägg visade sig inte vara genomförbart organisatoriskt och man bestämde ganska snart för att istället jobba med klienterna två och två, via miniteam med en person från kommunen och en från landstinget. I detta fanns även ett säkerhetstänkande med, att ingen skulle behöva arbeta ensam. Klienterna är ganska strikt uppdelade efter de två fasta teamen utöver någon enstaka klient som delas mellan de två teamen. Eftersom teamet befinner sig mycket ute ”på fältet” så har de två olika grupperna format sina egna rutiner och sätt att jobba. Trots uppdelningen påpekar man i teamet att de fyra arbetar nära varandra samt använder sig av varandras kompetenser.

Två fasta hållpunkter för samtliga är dock veckoplanering på måndagar med arbetsledaren, patientansvarig läkare och ansvarig chefssjuksköterska samt möte med primärvårdsteamet en gång i månaden (se nedan). På måndagar har hela teamet

möjlighet att tillsammans med arbetsledaren bearbeta svåra frågor och få råd om vidare hantering gällande behandling osv. Arbetsledaren sitter med i ledningsgruppen och kan därmed lyfta viktiga frågor vidare. Man upplever detta som ett stort stöd och påpekar betydelsen av att arbetsledaren är tillgänglig.

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

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

### **Samarbete med andra aktörer**

#### *Primärteamet*

I Huddinge har en lokal samverkansgrupp, ett *primärteam*, satts samman bestående av relevanta samarbetspartners vid olika mottagningar och kliniker lokalt, huvudsakligen chefer (se sidan 13).

Även ACT-teamet sitter med på dessa möten och beskriver dem som en ”remiss- och behandlingskonferens”. Teamet anser att samarbetet med primärteamet fungerar bra och att det är viktigt att få diskutera det aktuella arbetet med klienterna. Primärteamet har under året fått en utökad roll än vad som från början var tänkt. Utöver remisshantering och samråd kring de patienter som fått avslag för deltagande i ACT-teamet använder man dessa möten för att diskutera redan inskrivna klienter och hur man bör gå vidare gällande bl.a. behandling, samverkansproblem osv. ACT-teamet uppskattar närheten till beslutsfattarna och påpekar att det är en ”obetalbar möjlighet” att få träffa cheferna för alla verksamheter en gång i månaden.

Här är det viktigt att bygga upp ett förtroende så att representanterna i primärteamet litar till den kompetens och de kunskaper som ACT-teamet besitter. En av de anställda framhåller att denna tillitsgrund tar tid men att man oftast får gehör för sina funderingar.

#### *Samverkan med övriga aktörer gällande behandling*

Ett huvuduppdrag för de som arbetar i teamet är att ta ett samlat ansvar för att behandlingsinsatser, stödinsatser och praktisk hjälp når fram till klienten. Om det formella ansvaret för beslut ligger utanför teamets handlingsmandat skall man kontakta berörd organisation för att insatser skall kunna sättas in. I detta uppdrag ligger därmed att samordna och ha kontakt med ett stort antal olika aktörer utifrån

klientens behov. Det kan t.ex. handla om handläggare i kommunen på försörjningsenheten och missbruksenheten, kontaktpersoner, läkare och sjuksköterskor på de psykiatriska mottagningarna, personalgrupper på behandlingshemmen och på de olika boendena, gode män, träfflokaler, personal, läkare och sjuksköterskor på landstingets beroendemottagning och på vårdcentralen, anhöriga, frivården, m.fl.

Eftersom en stor del av de behandlingsinsatser som klienterna behöver inte kan utföras av teamet direkt krävs att de får gehör för sina önskemål kring vilken behandling klienterna bör få. I projektplanen anges att "Personalen i ACT -teamet bör ha en långtgående delegation, alternativt 'gräddfil' för intagning på klinik, bistånd, t.ex. ekonomi och boende samt behandling, i samråd med primärteamet" (Huddinge kommun, m.fl.; Projektplan för samverkan, 2005, sid. 7).

På en fråga till var och en i teamet kring vilket gehör man får vid önskemål om en insats som ligger utanför deras mandat, exempelvis inläggning i slutenvård, framkommer att man upplevt detta på olika sätt. En av de anställda upplever att samarbetet fungerar väldigt bra och att läkarna inom psykiatrin litar på hennes bedömning. Övriga tycker att det fungerar relativt bra och att samarbetet blir bättre och bättre. Här upplevs den patientansvarige läkaren underlätta ärendegången.

En av de anställda beskriver teamets mandat på följande sätt:

(I) Hur mycket mandat har ni när det gäller olika beslut kring klienterna?

*Vi tar inga beslut över huvudtaget. Om vi tycker att de behöver behandling så kan vi ta med det till deras handläggare på missbruksenheten, men vi kan inte besluta om något. Det har vi inte mandat till. (Jenny)*

(I) Gällande kopplingen mellan er och de som fattar beslut om behandling, finns det några hinder?

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

(I) Går det att lösa?

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

#### Långa kö- och utredningstider

Ett område som samtliga upplever som problematiskt är när man anser att det finns behov att omhänderta en klient enligt LVM (lagen om vård av missbrukare i vissa fall). Socialnämnden är vid en anmälan skyldig att inleda en utredning. Här upplever

man att anmälan inte tagits på så stort allvar som det borde samt att socialtjänsten tagit väldigt lång tid på sig att göra en LVM-utredning.

Ett ytterligare hinder är den långa tid som socialtjänsten tar på sig att göra utredningar för frivilliga placeringar på behandlingshem.

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

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

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

Generellt verkar teamet uppleva de största hindren när det gäller behandling för klienternas beroende. Utöver långa väntetider för LVM och frivilliga behandlingshem tar man i personalen upp den bristande eftervården vid avgiftning. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ansvarar landstinget för korttidsvård och medicinsk avgiftning. Att skriva en remiss och få in en klient på avgiftning upplever man vara relativt enkelt, däremot är det sämre med eftervården då det är brist på vårdavdelningar att stanna kvar på. Man poängterar vidare att detta är ett problem som gäller för hela Stockholm län.

Enligt en undersökning från Mobilisering mot narkotika och socialstyrelsen är detta ett nationellt problem. I en undersökning från 2003 framkommer att det i landstinget råder resursbrist för narkomanvården främst gällande eftervård men även för psykosocial behandling och mellanvård (Mobilisering mot narkotika & Socialstyrelsen, 2003).

Arbetsledaren framför att man kan se de största förändringarna hos psykiatrin. För de klienter som är aktuella inom psykiatrin fungerar det bättre med medicinering, drogkontroll, att de ser till så att klienten kommer till utsatta möten osv.

När det gäller utredning (bl.a. diagnos) för vidare behandling har man dock stött på hinder i form av lång väntan. Här gäller ingen ”gräddfil” för de aktuella klienterna.

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



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

### **En anstormning av remisser**

I början upplevde man en stor anstormning av remisser till teamet men nu har det lugnat ner sig en aning. Fortfarande finns det utrymme för att ta emot klienter i behov av stöd. Hur det kommer att se ut framöver vågar man inte sia om i teamet. Riktlinjen är att varje Case manager skall ha högst tio klienter att jobba med. Eftersom man jobbar i miniteam om två och två så innebär det högst 20 klienter per team, något man ännu inte nått fram till. Personalen påpekar att ett antal av klienterna ofta är på behandlingshem eller dylikt och att det därmed går i vågor. Eftersom det rör sig om långvariga kontakter tänker man sig att kontakten är tät till en början men att den underhand, när klienten mår bättre, trappas ned och att det då finns utrymme för nya klienter. Under det år som teamet arbetat har endast en person avskrivits. Anledningen till detta är att ingen vet vart hon tagit vägen. Om hon dyker upp igen och vill ta hjälp av ACT-teamet så är hon välkommen tillbaka.

### **Klientens delaktighet**

Arbetsättet med Case Managers innebär en patientfokusering och i en integrerad behandling framhålls betydelsen av patientens delaktighet och att beslut om insatser fattas ömsesidigt mellan behandlare och patient. Detta gemensamma beslutsfattande leder enligt Meuser (2005) till bättre utbildade patienter, större tillfredsställelse med vården och förbättrade behandlingsresultat.

### *Skillnader mellan klientens, remittentens och ACT-teamets önskemål*

Vid första besöket med klienten träffas ACT-teamet (2 personer), klienten samt den som remitterat klienten till primärteamet. För att bli aktuell i ACT-teamet krävs att klienten samtycker till att tystnadsplikten bryts mellan involverade tjänstemän och vårdpersonal.

I remissen har remittenten skrivit en anledning till att klienten bör få stöd av teamet. *Hur vanligt är det att målsättningen skiljer sig åt mellan de som remitterat klienten till ACT- teamet, personalen i teamet samt klienten?* På denna fråga till teamet framkommer att teamet till en början upplevde att remittenten hade en övertro på vad man kan åstadkomma, exempelvis att ACT-teamet skulle kunna göra en person som missbrukat i femton, tjugo år, drogfri på kort tid. Nu upplever man dock en större

förståelse från remittenterna, att detta är något som tar tid.

När det gäller skillnader mellan remittentens och klientens önskemål råder delade meningar bland personalen. Någon upplever att det förekommit ett antal gånger att klienterna inte förstått vad de skrivit på, att man förnekat deltagande och inte förstått vad teamet arbetar med. Detta har man delvis sett som en del av sjukdomsbilden och snarare som undantag än regel. En i personalen betonar att det handlar om en inskolningsperiod då klienten inte alltid är där man vill ha honom/henne för att kunna knyta en kontakt. Någon annan framhåller att remittentens och klientens mål oftast är helt olika. Som exempelvis att remittenten vill att personen skall få bukt med sitt missbruk medan klienten inte alls ser detta som ett mål.

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

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

Icke konfrontativt är ett ledord i ACT-teamets kontakt med klienterna och också ett begrepp som återkommer när det gäller integrerade behandlingsprogram. Meuser m.fl. (2005) lyfter fram aktuella begrepp i behandling där tonvikt ligger på tillit, förståelse och inläring snarare än konfrontation och kritik samt stegvis motivationsinriktad rådgivning snarare än direkt konfrontation och ifrågasättande. Mer om arbetssätt finns att läsa på sidan 28 och framåt under, ”teamets arbete med klienterna”.

*Vet man vad brukarna tycker om behandlingen?*

En viktig del i patientfokuseringen innebär att klienterna får tillfälle och möjlighet att uttrycka sig om behandlingen och kontakten med ACT-teamet och andra aktörer.

Till teamet ställdes en fråga om brukarinflytande och om man tagit in klienternas synpunkter på något sätt. Det framgår att företrädare för brukarföreningar deltagit i planeringen under uppbyggnadsskedet av projektet. Några i teamet lyfter även upp att de brukar fråga klienterna om hur de tycker att kontakten med ACT-teamet känns. Personalen anser att de snabbt märker vilken inställning klienterna har och om de vill träffas eller inte. I början kanske några tycker att det är meningslöst men när de börjar se sin egen vinning så tycker de att det är ganska bra.

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

Fördelarna med att redan nu fundera över modeller att hämta in synpunkter är att man tydligare ser förändringen över tid samt får en inblick i hur klienterna uppfattar kontakten och vad som eventuellt bör ändras, något man inte uppnår om man ställer

dessa frågor i slutskedet av en behandling.

### **Förändringar under året som gått**

Under det år man arbetat i teamet upplever man bl.a. att man byggt upp en bra bas att stå på när det gäller kontakten med handläggare och personal hos de samverkande aktörerna, tidigare blev man ”slussad runt” men nu vet man vem man ska prata med. Man upplever även att teamet blivit säkrare i vad de gör, arbetsuppgifterna har klarnat och de har förändrats som personalgrupp, bl.a. i hur man lägger upp arbetet. Eva och Anna berättar om året som gått och tankar kring arbetet i teamet.

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

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

Till en början gick mycket tid åt till att förankra arbetet och se till så att man arbetade i samma riktning. Denna respons har förbättrats under året men teamet arbetar fortfarande i en gråzon där en del av uppdraget griper in på områden och i uppgifter som traditionellt tillhör kommunen eller psykiatrin. Arbetsledaren i teamet berättar att det i några ärenden blivit rejält ”gnissel”, bl.a. i kontakten med missbruksenheten där man haft olika uppfattning om och när man ska gå in och placera klienterna enligt LVM. *Har man hittat någon lösning här?* Arbetsledaren berättar att varje enskilt ärende, där konflikter uppstått, diskuterats på behandlingskonferenser samt i primärteamet. Här har man försökt komma fram till en lösning om vem som ska göra vad. Ett område som fortfarande upplevs som problematiskt är dock ekonomin, vem som ska ta kostnaderna.

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

### *Arbete i miniteam*

I personalgruppen ser man risker med uppdelning i miniteamen.

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

### *Implementering av verksamheten*

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

## **Klienterna**

Inför föreliggande rapport beslutades att de 15 första klienterna, som remitterades till projektet, skulle ingå i utvärderingen. Utifrån det frågeschema som ställdes upp var tanken att kunna följa processen under det första året. Intervjuer utfördes med ACT-teamet vid tre tillfällen i juli 2006 samt november och mars 2007. En klient har intervjuats i april 2007 (se under exemplet *Niklas*)

### **Teamets arbete med klienterna**

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

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

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

En stor del av uppdraget innefattar även att vårdplanera och se till att alla berörda aktörer kring klienten kommer till vårdplaneringsmötena. Det framkommer att teamet arbetar med att *planera insatser, se till att beslut om insatser fattas* och slutligen *se till att de genomförs*. Därmed arbetar de inte i så hög grad med att själva genomföra

insatserna, utan här handlar det snarare om att samordna och trycka på dem som är ansvariga att genomföra dem.

I den ursprungliga ACT –modellen, där forskning gett god evidens, betonas att vårdgivarna i teamet skall vara tillgängliga för patienten under hela dygnet (Björkman, 2005; Malm, 2002; Palmstierna, 2004). *Hur har man löst detta i Huddinge?* Arbetsledaren förklarar att man modifierat ACT modellen. Teamet är inte tillgängliga dygnet runt utan bara under arbetstid. Under andra tider förväntas den ordinarie organisationen träda in, såsom mobila team, akutsjukvård och kommunens nattpatrull. Vid särskilda fall kan ACT – teamet ge dessa jourer i uppdrag att ”kolla till” de klienter som tillhör teamet. Hur detta upplevs av klienterna är dock inte undersökt.

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

Man bör inför läsning av empirin vara medveten om att den tid FoU följt ACT-teamet är kort, sett till det långsiktiga hjälpbehov som denna målgrupp har (se bl.a. Socialstyrelsen, 2004, Socialt perspektiv, 2007). FoU har inte heller tillgång till tidigare utredningar eller handlingar om klienternas situation innan påbörjad behandling i ACT-teamet utan informationen om klienterna har uteslutande inhämtats via information från ACT-teamet, arbetsledaren samt en klientintervju.

### **Utgångsläge**

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

Vid tiden för den första intervjun var två personer i åldern 20-30 år, fyra mellan 30-40, sju i åldern 40-50 och två över 50. Nio av de femton klienterna hade barn, sammanlagt hade klienterna 13 barn i åldrarna 0 till 20 år. Vid det första intervjutillfället var fyra personer hemlösa. De flesta hade någon typ av nätverk bestående av familj och föräldrar, dock i mindre utsträckning vänner. Åtta av klienterna hade gått ut gymnasiet eller hade en vidare utbildning. Projektpersonalens vetskap om tidigare arbetsliv var vid den första intervju knapp, frågetecken fanns för åtta personer, två personer har haft ett fungerande arbete för länge sedan, tre personer arbetar nu eller för en kort tid sedan och två personer har aldrig haft ett fungerande arbete. När det gäller behandling hade 4 klienter samtalskontakt (utanför projektet), 3 klienter har boendestöd, 2 klienter hade genomgått program (KBT och 12-stepsprogram).

## **Kontaktskapande arbete, hjälp att organisera vardagslivet samt behandling**

De utskrivna klientinriktade intervjuerna har analyserats och kategoriserats efter teman där bedömning, planering och genomförda insatser varit ett riktmärke. Fokus har även legat på ACT- teamets möjligheter till kontakt med klienterna under det första året. Områden som i stort gäller i arbetet med alla klienter är kontaktskapande arbete, organisering av vardagslivet samt behandling.

### **1. *Kontaktskapande***

För att kunna arbeta mot målet om att skapa en verksamhet som kan tillgodose behoven hos personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk är en av de avgörande faktorerna att klienten går med på att ha kontakt med ACT-teamet. För ungefär en tredjedel av de klienter som ingått i studien har detta varit den huvudsakliga inriktningen för ACT-teamet. D.v.s. att bygga upp en fungerande kontakt. Detta påminner om behandlingsstadierna, *engagemang* och *övertalning*, kopplat till integrerad behandling. Meuser (2005) refererar till Osher och Kofoeds studier av återhämtning när han pratar om de fyra stadierna *engagemang*, *övertalning*, *aktiv behandling* och *återfallsförebyggande*. Stadierna definieras med hänsyn till patientens användning av droger och av relationen till behandlaren. I *engagemangsstadiet* har patienten ingen regelbunden kontakt med behandlaren. Målsättningen här är att etablera en terapeutisk relation med patienten, d.v.s. ett frivilligt möte som äger rum regelbundet (minst en gång i veckan). Viktiga åtgärder i detta stadium är enligt Meuser uppsökande verksamhet, krisåtgärder, stabilisering av psykiatriska symptom och även det som jag valt att kalla område två, organisering av vardagslivet såsom hjälp med boende, sociala förmåner, ekonomin osv. (se nedan). I *övertalningsstadiet* har behandlaren en regelbunden kontakt med klienten men klienten är omotiverad att förändra sitt beteende. Den centrala innebörden här är att motivera och hjälpa klienten till insikt om sitt beteende, inte tvinga honom eller henne till beteendekontroller. Åtgärder i detta stadium kan vara motivationsintervjuer.

### **2. *Organisering av vardagslivet***

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

### **3. *Behandling***

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

Nedan ges exempel på ett antal klienter inom/i kombination av de olika områdena. Klienterna presenteras med underrubrikerna; bakgrund, klientens medverkan och presentation av sina problem, planering hösten -06/genomfört - våren 07 samt vad som underlättar samt hindrar. Ett antal klienter har fyllt i en nätverkskarta tillsammans med

personalen. För dessa klienter finns det därmed en underrubrik om nätverk. Punkten planering hösten -06/genomfört - våren 07 innehåller både sådan som funnits med i vårdplaneringen men även de områden som teamet i samtal med FoU lyft upp som prioriterade. Den klientintervju som genomförts presenteras under ”Niklas” i exemplet nedan. Varje avsnitt avslutas med en sammanfattande reflektion kring planeringen och klienternas situation.

Efter klientexemplen följer en redovisning av klienternas situation gällande **boende, behandling, ekonomi, nätverk** och **barn**.

### **Kontaktskapande arbete**

*Nedan ges exempel på tre klienter där det huvudsakliga målet för teamet varit att etablera en fungerande allians med klienten samt skapa motivation till förändring.*

#### Åsa

##### *Remitterad*

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

##### *Bakgrund*

Åsa är en kvinna i 30- års åldern med pojkvän men utan barn. Hon har en egen lägenhet. Åsa har ett gravt alkoholmissbruk och dricker stora mängder alkohol. Hon har svårt att åka kommunalt och att vara bland för mycket folk. Hon har också svårt att organisera sin vardag. Hon äter dåligt (en måltid om dagen). Åsa saknar sysselsättning men går till en träfflokal. Utbildning och tidigare arbete är okänt. Misstankar finns om sexuellt utnyttjande i barndomen. Åsa har hjälp av boendestöd två gånger i veckan. Åsa har en bordelinestörning och ett alkoholmissbruk.

##### *Nätverk*

Av nätverkskartan framgår att det är en relativt jämn fördelning mellan familj/vänner samt professionella. Bland vännerna finns inga kvinnliga vänner men två manliga utöver pojkvännen. Familjen består av mamma samt två syskon. En syster som Åsa står nära och en som hon inte har så mycket kontakt med. Pappan är död. De professionella består av två personer från ACT-teamet, en kontaktperson inom psykiatrin, ett boendestöd samt en läkare inom primärvården. Åsa går även då och då till en träfflokal.

##### *Klientens medverkan och presentation av sina problem*

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

### *Planering hösten -06/Genomfört - våren 07*

Planeringen som ACT-teamet la upp för Åsa vid starten var att hon skulle ta campral<sup>2</sup> mot sitt alkoholmissbruk samt att teamet sedan skulle utvärdera användningen. Man ämnade även stödja henne i att åka kommunalt samt hjälpa henne med praktiska göromål som att handla mat.

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

### *Vad som underlättar samt hindrar*

Teamet upplever att det går att övertala Åsa om att träffas. Tålmodighet och uthållighet lönar sig. Ekonomiskt sett så verkar hon klara sig bra på sjukersättning och hon sköter sina räkningar på egen hand. I kontakten har hindren varit att Åsa inte är ärlig samt de många avbokningarna.

## Niklas

### *Remitterad*

Niklas remitterades till ACT -teamet från psykiatrin för att få bukt med hans drogmissbruk.

### *Bakgrund*

Niklas är en ensamstående man i 40årsåldern som bor i egen lägenhet. Han har eftergymnasial utbildning och har tidigare haft ett antal tillfälliga arbeten men saknar nu sysselsättning helt. Niklas sköter sin hygien dåligt och klarar ej av vardagliga sysslor. Han är språkmässigt intelligent och gillar att skriva. Han har ett litet kontaktnät med få vänner. Han har kontakt med sin mamma och en syster. Han har en pappa och en bror i livet men det är oklart hur denna kontakt ser ut. Niklas har permission från LPT<sup>3</sup> (Lagen om psykiatriskt tvångsvård) och går dagligen och hämtar sin medicin på en öppenvårdsmottagning. Niklas har diagnosen paranoid schizofreni och har under långa perioder missbrukat narkotika. Enligt ACT -teamet tar han, trots sin LPT, amfetamin samt missbrukar alkohol.

---

<sup>2</sup> Campral är ett läkemedel som används som en del av ett behandlingsprogram för att minska risken för att man ska få återfall i alkoholmissbruk.

<sup>3</sup> För att tvångsvård enligt LPT ska bli aktuellt krävs att personen lider av en allvarlig psykisk störning. Med allvarlig psykisk störning avses psykotiskt tillstånd med förvirring, tankestörningar, hallucinationer eller vanföreställningar. Även depressioner utan psykotiska symtom där självmordsrisk föreligger och mer uttalade personlighetsstörningar med impulsgenombrott av psykotisk karaktär eller starkt tvångsmässigt beteende räknas som allvarlig psykisk störning.

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



### *Klientens medverkan och presentation av sina problem*

Niklas var till en början ovillig till att träffas men godkände att ACT-teamet besökte honom, delvis på grund av sin artighet, men även utifrån de krav som ställts från psykiatrin sida, att han utifrån LPT:n ska ha kontakt med teamet. ACT-teamet tror att detta, till en början, var en avgörande faktor till att Niklas gick med på att träffas. Nu upplever dock teamet att han öppnat sig lite mer och verkar vilja träffas.

Niklas tror att drogerna kan bota honom. Hans betraktar därmed tvångsvården som ett stort problem. (i och med tvångsvården finns ett förbud mot att använda berusningsmedel).

### *Planering hösten -06/Genomfört - våren 07*

Huvudfokus i planeringen för Niklas har varit att få hans tillåtelse att sanera lägenheten, delmålet har varit att tillsammans med honom påbörja en städning. Niklas har klagat över fysisk nedsättning i ena sidan, därav planerar man för en träff med en sjukgymnast. Han vill även komma igång med att promenera. Trots sitt LPT så dricker Niklas dagligen. ACT -teamet vill därför att han lämnar urinprov på öppenvårdsmottagningen, något som man planerar att ta upp med kontaktperson inom psykiatrin samt med Niklas när tiden är mogen. Ett av målen är även att Niklas skall vilja träffa teamet efter det att hans LPT gått ut.

Teamet har jobbat stegvis och försiktigt med att få honom att förstå att han måste hålla efter lägenheten för att inte bli av med den. Under våren har Niklas accepterat en del hjälp med städning. ACT- teamet anser inte att det är aktuellt med boendestöd p.g.a. det skick som lägenheten är i (även osäkert på om Niklas skulle acceptera ett boendestöd). Fortsatta försök görs för att motivera honom till en sanering. Det har inte blivit av någon träff med sjukgymnast då Niklas säger nej till detta. Någon skogs promenad har inte blivit av än men tanken är att göra detta framöver. Man har gjort försök att motivera Niklas till att lämna urinprov, han har inte sagt ja men teamet tror att det går att övertala honom.

### *Vad som underlättar samt hindrar*

Niklas gillar att skriva och läsa och har under våren fått tillgång till en dator där han kommer i kontakt med människor över nätet samt kan maila till sina släktingar. Niklas sköter även sin ekonomi och sina räkningar själv. Teamet anser att kontakten underlättas av att Niklas är artig samt att de nu börja bygga upp ett förtroendekapital som gör att han öppnar upp sig mera. Han verkar uppskatta besöken från teamet.

Hindren anser teamet vara hans egen drogpolitik. Han dricker ofta alkohol och ser drogen som en accepterad självmedicinering.

### *Intervju med Niklas*

För Niklas del fanns det från psykiatrin sida ställt ett krav att han skulle ha kontakt med ACT- teamet. Inför första mötet med teamet tänkte han att ”nu blir det mer jobb” och ”nu ska de på mig och ge mig en massa hjälp som jag inte vill ha”. Niklas säger att

han har dålig erfarenhet av psykiatrin då de lagt sig i för mycket hur han sköter sitt liv. Han menar vidare att de prackar på honom en missbrukarschablon.

(I) Hur skulle du vilja psykiatrin bemötte dig?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(I) Har du något exempel?

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

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

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

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

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

(I) Så du har minskat ner på det?

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

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

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

### *Reflektion*

Även om dessa två klienter skiljer sig mycket åt befinner de sig fortfarande i ett stadium där en tillitsgrund håller på att byggas upp mellan personal och klient. De behöver fortfarande motiveras till kontakt. Från psykiatrin har man haft ett krav på att Niklas ska ha kontakt med ACT- teamet p.g.a. han är inskriven enligt LPT. Frågan är hur detta påverkar den motiverande fasen av behandlingen?

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

Man skulle kunna kalla dessa klienter för *latent motiverade*, d.v.s. att motivationen är vilande/latent och att negativa krafter tagit övertaget över de konstruktiva (Revstedt, 2002). Enligt Revstedt har den latent motiverade ett försvar med dubbel funktion, en som skydd mot smärta och en som rop på hjälp. Den grundläggande funktionen hos försvaret är kontaktsökande, något man kallar kontaktrebus i motivationsarbetet. För behandlaren gäller det att finna kontaktrebusen och att lösa den. Budskapet kan ligga inlindat. Om klienten tillåter sig att komma närmare behandlaren och sig själv kan han enligt Revstedt få kontakt med sin undanträngda smärta. Här är förtroendet avgörande. Den latent motiverade har enligt Revstedt tre sätt att ta kontakt, via *anpassning efter situation* eller *person*, *undvikande* eller via *bråk*. Revstedt menar att dessa personer inte är hjälpta av klassisk behandling/hjälp förrän de har fått kontakt med sin motivation och blivit manifest motiverade. Revstedt poängterar att även personal på exempelvis socialförvaltningen och behandlingshem kan ha kontaktrebusar.

## **Kontaktskapande/organisering av vardagslivet**

*Nedan ges ett exempel på en klient där man fortfarande jobbar med den kontaktskapande biten men även kommit en bit på väg när det gäller hjälp att organisera vardagslivet.*

Rebecca

*Remitterad*

Rebecca remitterades från kommunens socialpsykiatri med en önskan om att ACT-teamet skulle hjälpa henne med ett socialt nätverk då hon är väldigt ensam.

*Bakgrund*

Rebecca är en kvinna i 40årsåldern. Hon har tidigare jobbat som lokalvårdare och har grundskolekompetens. Rebecca har avtjänat ett långt fängelsestraff och även varit inskriven på olika behandlingshem. För tillfället har hon permission från ett behandlingshem och bor i egen lägenhet (skyddat boende/försökslägenhet med boendestöd). Hon är inskriven enligt LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård). Hon har ett tungt missbruk (alkohol och narkotika) och stora psykiska problem bakom sig. Mamman är död sedan länge, med pappan har Rebecca viss telefonkontakt. Av tidigare pojkvänner har Rebecca blivit misshandlad. Utöver pappan har hon en nära väninna som under långa perioder är inskriven i psykiatri. Rebecca saknar sysselsättning.

*Klientens medverkan och presentation av sina problem*

Rebecca beskriver sig som en gammal missbrukare. Hon är dock villig att delta i program och vill gärna gå i KBT (kognitiv beteende terapi). Hon uppskattar friheten (efter fängelse-vistelsen) och tycker att det är bra att ACT -teamet finns.

*Planering hösten -06/Genomfört - våren 07*

Planeringen för Rebecca är något oklar. Teamet har uppmuntrat henne att besöka dagverksamheter eller att anmäla sig till arbetsinriktad sysselsättning. Hon har redan en samtalskontakt inom psykiatri som fungerar bra. Man bedömer i teamet att Rebecca inte är redo för KBT, utan att detta är något för framtida planering.

*Vad som underlättar samt hindrar*

Tanken på ett nytt liv motiverar Rebecca till förändring. Faktorer som stoppar detta är återfall med inläggning som följd. När hon dricker kan hon bli mycket aggressiv. ACT-teamet upplever att hon är passiv och labil. Hon påbörjar saker men tröttnar snabbt. I samband med LRV, som Rebecca är inskriven på, ställs kravet att hon skall hålla kontakt med ACT -teamet. Om inte det kravet fanns bedömer teamet att hon skulle tacka nej till vidare kontakt. Rebecca betraktar kontakten med teamet som en del i tvånget och myndighetsutövningen. Det är socialpsykiatri som ställt detta ultimatum.

*Reflektion*

Kontakten med Rebecca är för ACT-teamet en aning motsägelsefullt. Rebecca säger sig vara motiverad till behandling och verkar ha viljan att göra förändringar i sitt liv.

Samtidigt förknippar hon kontakten med ACT-teamet som tvingande och som en del i myndighetsutövningen, något som hämmar att en allians byggs upp mellan Rebecca och personalen i teamet. Ett stort hinder verkar enligt teamet vara hennes drickande som gör henne aggressiv och svår att få kontakt med. I remissen till teamet har man uppgett att Rebecca behöver stöd att bygga upp ett socialt nätverk då hon är mycket ensam, något som inte på ett tydligt sätt uppmärksammats i planeringen.

### **Organisering av vardagslivet/behandling**

***För ungefär en tredjedel av klienterna har en relation byggts upp där klienten accepterar en kontakt med teamet och där behandling och organisering av vardagslivet står i fokus. Nedan ges två exempel.***

#### Camilla

##### *Remitterad*

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

##### *Bakgrund*

Camilla är en tjej i 20årsåldern med barn. Hon är ensamstående och inneboende hos en släkting. Camilla saknar sysselsättning. Hon har en eftergymnasial utbildning och har tidigare haft kortvariga arbeten. Camilla har Damp med uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, Tourettes syndrom samt tvångssyndrom och har haft problem med missbruk innan hon blev mamma. Båda Camillas föräldrar har troligtvis ADHD.

##### *Nätverk*

Av nätverkskartan framgår att det är en relativt jämn fördelning mellan familj/vänner samt professionella. Bland vännerna finns en riktigt nära vän och tre mindre nära. Camilla står relativt nära sina familjemedlemmar. De professionella består av sju olika aktörer i form av kontaktpersoner inom försäkringskassa, barnavårdscentral, kommunen samt psykiatri.

##### *Klientens medverkan och presentation av sina problem*

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

##### *Planering hösten -06/Genomfört - våren 07*

I planeringen för Camilla ingår att ordna en försökslägenhet, ordna med medicinering mot Camillas ADHD, hjälpa henne med ekonomin samt att passa tider med hjälp av bl.a. en fickdator.

ACT -teamet har lagt mycket tid på att hjälpa Camilla med ekonomin (räkningar, försäkringar osv.). Vad gäller lägenheten så står hon i kö och förhoppningsvis ska hon få en lägenhet inom kort. Eftersom kön till medicinering var lång och ingenting hände har man i teamet fått dispens att låta den läkare som är kopplad till teamet medicinera henne.

### *Vad som underlättar samt hindrar*

ACT -teamet tror att medicinering kommer att hjälpa Camilla att organisera sitt vardagsliv bättre då de för tillfället bedömer att otåligheten och impulsiviteten begränsar henne. Hindren anser teamet i stort vara kopplade till diagnosen som bl.a. gör att hon har svårt med planering och att passa tider. Att Camilla aktivt söker upp och ber teamet om hjälp med diverse praktiska göromål underlättar det framtida samarbetet mellan Camilla och teamet.

Något som framkommit i intervjuerna med ACT -teamet är att Camilla känner ångest och obehag inför att arbeta.

### Beatrice

#### *Remitterad*

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

#### *Bakgrund*

Beatrice är en kvinna i 40årsåldern. Hon är skild och har delad vårdnad om tre barn. Hon har gymnasiekompetens och har haft en del tillfälliga arbeten. Beatrice har ett eget boende samt hjälp av boendestöd två gånger i veckan. Hon aktiverar sig med olika fritidssysselsättningar samt går till en träfflokal. Beatrice har haft långvarig kontakt med psykiatrin samt haft stora problem med tungt missbruk sedan tonåren. Hon har varit inskriven enligt LPT (lagen om psykiatriskt tvång) ett flertal gånger.

#### *Nätverk*

Enligt det nätverksschema som Beatrice fyllt i tillsammans med personalen framgår att de professionella tar upp en stor del av cirkeln. Då Beatrices föräldrar inte är i livet består familjedelen av de tre barnen, exmaken samt två kusiner. Tre kvinnliga vänner finns med i cirkeln. När det gäller de professionella (sysselsättning, boendestöd, terapeut, ACT -team osv.) är det runt 12 personer som Beatrice har kontakt med.

#### *Klientens medverkan och presentation av sina problem*

Beatrice hör ofta av sig till teamet då hon är orolig och mår dåligt. Hon uppskattar teamet och tycker att tillgängligheten är bra, till akutteamet kan det vara svårt att nå fram. Beatrice har en god sjukdomskunskap och ser ett problem i sitt drickande. Hon saknar dock insikt och har låg impuls kontroll. För att stilla sin ångest dricker hon och gör sig ofta mycket illa. Missbruket är stort och dagligt och fungerar enligt Beatrice som självmedicinering. Beatrice går i terapi och är noga med att ta sin medicin (psykofarmaka). Hennes mål är att bli frisk och att sedan kunna gå ut och föreläsa om sitt liv.

#### *Planering hösten -06/Genomfört - våren 07*

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

sjukdom under kontroll. Teamet uppmuntrar henne att syssla med fritidsaktiviteter som hon är intresserad av istället för att dricka när hon får ångest.

Beatrice har tagit upp en hel del fritidsaktiviteter under det senaste året som hon går på nästan dagligen. Teamet upplever att det blir väl mycket ibland och försöker tala om för henne att ta pauser och stressa ner. Man har tillsammans utarbetat ett veckoschema. I teamet upplever man att självskadebeteende minskat sedan man började arbeta med Beatrice samt att hon är lugnare och mer strukturerad. Beatrice går i terapi samt har varit hos ACT-teamets läkare och fått medicin utskrivet för sitt alkoholsug. Hon tar regelbundna blodprov. Man upplever i teamet att detta har fungerat bra men lyfter även upp att kontakten med Beatrice kommer att bli långvarig.

#### *Vad som underlättar samt hindrar*

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

Beatrices ångest utgör ett stort hinder då detta gör att hon dricker och skär sig själv. Beatrice har även haft svårt att hantera pengar och gör ofta impulsköp. Hon har ansökt om en god man men fått avslag. I dagsläget får hon viss hjälp med detta av boendestödet och före detta maken.

#### *Reflektion*

ACT-teamet har med både Camilla och Beatrice byggt upp en grund att stå på och den terapeutiska relationen verkar ha kommit en bit på väg. I båda fallen har teamet kunnat hjälpa till med veckoplanering och struktur. I Camillas fall har det framkommit att sysselsättning och arbete utgör ett stort hinder något som teamet ännu inte jobbat vidare med. När det gäller Beatrice finns en del oklarheter om vem som ska hjälpa henne med de ekonomiska frågorna.

Både Beatrice och Camilla har ett stort antal professionella i sitt nätverk. Här är det viktigt att ACT-teamet inte bara blir ytterligare två personer i detta nätverk utan att teamet kan hjälpa till att länka kopplingarna mellan dessa aktörer.

#### **Behandling för att möjliggöra kontakt**

***Nedan ges exempel på två klienter som för att kunna bygga upp en fungerande kontakt med ACT-teamet först behöver någon form av behandling, för sitt missbruk och/eller den psykiska sjukdomen***

#### Adam

##### *Remitterad*

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

### *Bakgrund*

Adam är en man i 30årsåldern. ACT-teamet har ganska lite bakgrundinformation om honom då han är svårkontaktad samt var häktad vid teamets inledande arbete. Adam lever ensam men har ett barn. Kontakten med barnet är okänd. Han har missbrukat narkotika och stora mängder alkohol sedan 18års ålder. Det är oklart om en psykiatrisk diagnos är ställd men teamet vet att han haft återkommande depressioner och beskriver honom som apatisk och svår att få kontakt med. Han har en mor och tre syskon i livet. Familjen beskrivs som en multiproblemfamilj (psykisk sjukdom och missbruksproblem). Utbildnings- och arbetshistoria är okänd. Adam är placerad av missbruksenheten och de betalar därmed mat och husrum.

### *Klientens medverkan och presentation av sina problem*

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

### *Planering hösten -06/Genomfört - våren 07*

Eftersom Adam suttit häktad under hösten så har planeringen påbörjats under våren. Denna innefattar bl.a. att hjälpa till att ordna boende (bor nu på lågröskelboende) så att en kontakt kan byggas upp. Teamet har till en början inte så höga krav på boendet utom ett eget rum och ett ställe där han får mat. I övrigt är planeringen att försöka motivera honom till att ha kontakt med teamet. Man har bl.a. ställt krav på honom att han måste sköta sin planering och därmed ha kontakt med teamet för att få sitt försörjningsstöd. Teamet har bokat in sin läkare för träff med Adam då han är i behov av bedömning och eventuellt en tvångsätgard.

### *Vad som underlättar samt hindrar*

Att han har ett tillfälligt boende som tillåter honom att bo kvar trots återfall i missbruk är något som underlättar den fortsatta kontakten mellan teamet och Adam. Teamet ser även positivt på den goda kontakt man fått med frivården. Ifall han begår ett nytt brott skulle den goda kontakten kunna leda till en övertalan om att ge Adam kontraktsvård<sup>4</sup> istället för fängelse.

Hindren består bl.a. av Adams bristande sjukdomsinsikt och hans ovilja att kommunicera med teamet. I teamet är man orolig att han kommer att begå nya brott. En viktig del för att förhindra detta är enligt teamet att han går med på medicinering.

### Johan

#### *Remitterad*

---

<sup>4</sup> Kontraktsvård är en särskild form av skyddstillsyn, som innebär att den dömda får behandling istället för fängelsestraff. Kontraktsvård är i första hand avsett för den som normalt skulle dömas till fängelse men vars brottslighet i väsentlig grad kan relateras till missbruk av beroendeframkallande medel och som är villig att underkasta sig vård och behandling enligt en särskild plan.



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

### *Bakgrund*

Johan är en ensamstående man i 30årsåldern med ett barn. Mamman har ensam vårdnad om barnet. Johan har gymnasiekompetens och har tidigare arbetat inom handel. För tillfället saknar Johan sysselsättning. Han har en egen lägenhet. Johan har en lång sjukdomshistoria bakom sig och har diagnosen paranoid schizofreni. Alkoholmissbruk har också förekommit en längre tid. Han har varit inskriven enligt LPT ett flertal gånger samt varit på behandlingshem. Han har ingen samtalskontakt men äter medicin både mot den psykiska sjukdomen och missbruket. Johan har relativt bra kontakt med sina föräldrar. I övrigt är kontaktnätet svagt och Johan är ofta ensam.

### *Klientens medverkan och presentation av sina problem*

Johan var till en början motiverad till att träffa ACT-teamet. Han uttrycker en önskan om att börja KBT (kognitiv beteendeterapi), och har sökt detta redan för flera år sedan, men det har inte blivit något av det. Ett starkt motiv till detta är att han vill ha tillbaka sitt körkort. Johan uppvisar OCD-symtom (Obsessive-compulsive disorder, vilket är ett tvångssyndrom), vilket han själv bekräftar. Han uttrycker ofta suicidala tankar, att han inte orkar leva med sina tvångshandlingar, och berättar för teamet hur han har tänkt gå till väga.

### *Planering hösten -06/Genomfört - våren 07*

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

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

### *Vad som underlättar samt hindrar*

En stark önskan hos Johan är att få tillbaka sitt körkort. För att få det måste han vara drogfri. Detta är ett motiv till varför han gärna vill ha behandling. Hinder för Johan är enligt teamet att han har stark ångest (OCD-symtom) och är väldigt tungt medicinerad. Han uttrycker att han inte fått rätt behandling för sin svåra problematik. När Johan mår dåligt tycker han att det är otäckt att gå ut och håller sig därmed inne. När han är inskriven på sjukhus så går han inte ut på flera månader. Han har svårt för att vara ensam och när han är hemma i sin lägenhet skapar det stor ångest. Hemma utför han tvingande ritualer som upptar hela hans tid under det att han dricker stora mängder alkohol. Johan har även problem att sköta sin ekonomi och hittills har han fått hjälp av en släkting att sköta denna.

### *Reflektion*

Både Adam och Johan har varit svåra att nå. Åtgärder i engagemangsstadiet som omnämns av Meuser (2005) är stabilisering av psykiatriska symptom samt praktisk hjälp i form av boende och dylikt. Detta verkar stämna väl in på den behandlingsväg som ACT-teamet föreslår för att kunna bygga upp en allians.

### **Boendesituationen**

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

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

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

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

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

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

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

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

## Behandling

En viktig del i ACT-teamets uppdrag är att ta ett samlat ansvar för att behandlingsinsatser och stödsatser når fram till klienterna. Hur teamet upplever att samverkan fungerat med övriga aktörer gällande behandling har diskuterats tidigare i rapporten (se sidan 22 och framåt).

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

Det är svårt att utifrån empirin få ett en överblick av ACT-teamets arbete med samordning av behandlingsinsatser. Av materialet framgår dock att det i planeringen för cirka hälften av klienterna ingår att motivera dem till att ta sin medicin (mot missbruket eller den psykiska sjukdomen). Under perioden då ACT-teamet varit aktiva har även sex klienter påbörjat medicinering för sitt missbruk eller sin psykiska sjukdom. Av de 15 klienterna framgår av materialet att fyra av dem varit inlagda på behandlingshem under tiden de varit inskrivna hos ACT-teamet. Fem klienter har även varit inskrivna i sluten psykiatrisk vård under perioden.

Ett antal klienter går på någon form av samtalsbehandling. Oklart är dock vilken typ av samtalsbehandling det rör sig om. Några träffar sin kontaktperson inom psykiatri för samtal. En eller möjligtvis två klienter går i psykoterapi. En klient står i kö till färdighetsträning. Framtida planering för ett flertal klienter är någon form av terapi, tolvstegs behandling<sup>5</sup> eller medicinering.

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

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

---

<sup>5</sup> Behandling för att komma ur ett alkohol- och/eller drogberoende. Tolvstegsbehandling (eller den s.k. Minnesotamodellen) ser beroendet som en sjukdom. Behandlingen bygger på Tolvstegsprogrammet, där det första steget innebär att man erkänner sitt beroende. I en behandling enligt tolvstegsmodellen ges lektioner om kemiskt beroende ur olika synvinklar. Deltagarna får kännedom om sjukdomsbegreppet, förnekandet, återfallsprevention m.m. I gruppterapi talar deltagarna om konsekvenser av beroendet och hur det påverkar deras liv.

## **Ekonomisk situation**

Personer med psykisk sjukdom har ofta en ekonomiskt utsatt situation. Vid en jämförelse med studier som gjorts med personer med psykiskt funktionshinder och deras levnadsförhållanden framgår bl.a. att en stor del är försörjda genom sjukförsäkringssystemet. Av de personer i åldern 18-29 som beviljats sjuk- och aktivitetsersättning under 2005 utgjorde exempelvis personer med psykisk sjukdom 72 procent, i ålder 20-24 var det så högt som 77 procent. (Försäkringskassan, 2006).

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

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

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

### *Hur klarade sig klienterna ekonomiskt och kunde de hantera pengarna?*

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

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

## **Nätverk**

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

I forskning kring det sociala nätverket hos personer med psykiskt funktionshinder framkommer att dessa ofta är små. Studier visar att hinder mot ett ökat socialt liv kan vara dålig ekonomi, arbetslöshet, bristande sociala färdigheter och en känsla av alienation (Brunt, 2005). I de klientfokuserade intervjuerna med ACT-teamet framgår

att en stor del av klienterna är ensamma. Samtliga saknar arbete och ett flertal även någon typ av sysselsättning.

### *Nätverkskarta*

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

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

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

### **Barn**

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

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

Dessa var att:

- Vid riskbedömning bör hänsyn tas till hur föräldrarnas sjukdom samspelar med andra faktorer som interaktion mellan barn och föräldrar, den andra föräldrarnas stöd, relationer i övrigt inom familjen, tillgång till sociala nätverk mm. Man slog även fast att ”barn till psykiskt sjuka behöver stöd av sociala nätverk och professionella hjälpare för att motverka dålig självkänsla, oro, isolering och ett alltför stort ansvarstagande”.
- Barnens situation bör uppmärksammas tidigt, detta för att minska riskerna för psykisk ohälsa senare i livet. Här upplevdes vuxenpsykiatrien ha en central ställning när det gäller att ”upptäcka” dessa barn och sätta igång processer i de professionella nätverken, för att ge barnen ett adekvat stöd.
- Informera patientens barn om vad föräldrarnas psykiska sjukdom innebär och vilka konsekvenser den kan föra med sig, samt göra anmälan till socialtjänsten när det är nödvändigt.

#### *Klienternas barn*

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

För barnen såg vårdsnaden ut enligt nedan:

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

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

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

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

# Diskussion och slutsatser

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

Nedan redovisas de slutsatser som framkommit i intervjumaterialet i utvärderingen.

## ***Hur fungerar samverkan inom teamet samt med andra aktörer?***

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

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

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

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

Samarbetet med psykiatrin verkar enligt intervjumaterialet generellt fungera bättre än det med kommunen. Man bör därmed fundera över sätt att förbättra förankringen mellan teamet och kommunen?

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

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

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

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

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

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

Två tredjedelar av klienterna har barn. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom befinner sig i en extra utsatt situation. I intervjuer med ACT-teamet framkommer att det råder oklarhet kring hur man ska närma sig barnen utifrån uppdraget, där huvudfokus främst ligger på de vuxna.

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

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

Vid uppföljningar av integrerad psykiatrisk behandling och beroendebehandling har viktiga riktmärken varit funktionsnivå, alkohol och droganvändning, utnyttjande av slutenvård och boendesituation (Socialstyrelsen, 2004; Gefvert, Sundberg och Wiberg,



2005; Palmstierna, 2000). För att kunna utföra de första tre behövs man tillgång till både klienternas medgivande samt till uppgifter gällande vårdkonsumtion, något som man i denna utvärdering inte haft tillräcklig tillgång till. Utvecklingen för de klienter som deltar i det stödprogram om teamet ger är många gånger långsam och kräver en uppföljning över en längre tidsperiod. En viktig del är därför att i det löpande arbetet utforma en modell för klienternas utveckling. En metod för att i det löpande arbetet följa klienternas utveckling kan t.ex. vara ett strukturerat arbetsschema där kontakter med klienten markeras i tiden, utifrån begreppen bedömning, planering, genomfört. På så sätt kan man inom teamet se hur långt man kommit med varje klient samt se var de största hindren finns när det gäller genomförande av de planerade insatserna.

### *Kontakten med klienterna*

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

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

### *Klientens delaktighet*

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

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

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

# Referenser

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Revstedt, P (2002) *Motivationsarbete*. Stockholm. Liber

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Socialstyrelsen (2006) *Social rapport*.

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

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

# Bilagor

## Bilaga 1: Frågeguide till projektpersonal, klientbetonad

Utgångsläget

### **Bakgrund**

Remitterad från:

Med frågan:

Nuvarande sysselsättning:

Utbildningshistoria:

Arbetshistoria:

Sjukdomshistoria:

Familj nu:

Ursprungsfamilj:

Boendehistoria:

Egen presentation av sina problem:

### **Bedömning**

Klienten om resultat:

### **Planering**

Om klientens medverkan:

### **Hittills försökt**

Vad som underlättar:

Hinder:

### **Hittills genomfört**

## **Bilaga 2: Frågeguide till klienter**

(X och Y är personal från ACT- teamet)

*Till klient:*

Kommer du ihåg hur ni träffades första gången?

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

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

*Till X och Y:*

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

*Till klient:*

Har ni träffats ofta, vad har ni pratat om?

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

Har Du tyckt själv att någon förändring behövts?

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

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

*Till X och Y:*

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

*Till Klient:*

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

Har Du barn? Kontakt med släktingar?

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

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

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

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

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

Har Du känt dig besvärad av dem någon gång?

*Till X och Y:*

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

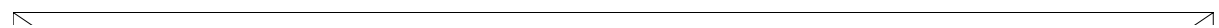
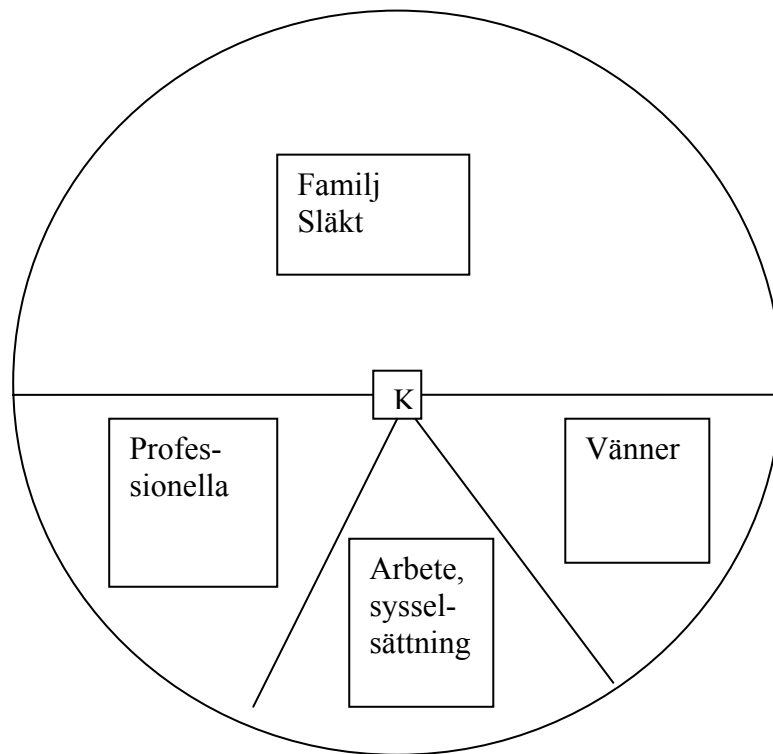
Vill Ni olika saker ibland? Hur gör Ni då?

*Till Klient:*

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

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

### Bilaga 3: Nätverkskarta



○ Kvinnlig person

△ Manlig person

□ Husdjur

— Linje = kontakt mellan personer, positiv

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

## Bilaga 4: Barnschema

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

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

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

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

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

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

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

OBS!

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

### **Frågeschema:**

Barnets förnamn och ålder:                      Förälder (initialer):

Barnets boende nu:

Barnets boende sedan födseln:

Tid:

Tid:

### ***Barnet som person***

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

Vad är han/hon bra på?

Vad har han/hon svårigheter med?

### ***Barnets vardag***

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

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



Fritidsintressen?

Tycker du att han/hon har kompisar?

Har han/hon tagit hem kompisar under åren?

Känner du barnets kompisar, nu, tidigare?

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

***Om endast umgänge:***

När sågs ni senast?

Vad gjorde ni tillsammans då, minns du det?

Fungerar umgänget som du önskar?

Om inte, hur skulle du vilja ha det?

***Barnets relation till andra föräldern***

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

Er kontakt om barnet, hur fungerar den?

***Ansvar för hemmet, föräldrarnas eller numera eget***

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

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

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

***Barnet om föräldrarnas problem***

Vet du hur han/hon tänker om dina problem?

Hur vet du det?

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

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

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

Hur reagerade han/hon?

Hur blev barnet bemött av personalen där?

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

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

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

***Föräldrarnas uppfattning om barnets psykiska hälsa i relation till egen***

Har du sett några psykiska problem hos barnet? Vilka?

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

Om ja: Dina tankar om detta?

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

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

## Bilaga 5: Frågeschema, ACT - team

Berätta lite om sig själv, sin utbildning och tidigare erfarenheter (gällande arbete med målgruppen)

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