

FoU-rapport

2016:1

P raktik

U tveckling

F orskning

F ramtid

Utvärdering av Team L.I.V.

En verksamhet för personer med
självskadebeteende

Erika Högstedt

Sammanfattning

Personer med psykiska funktionsnedsättningar och självskadebeteende är en grupp som är erkänt svåra att ge god vård och behandling. Genom ett samverkansavtal mellan Region Östergötland, Norrköpings kommun och Capio Psykiatri startades 2012 Team L.I.V, en verksamhet för personer med självskadebeteende och komplex psykiatrisk problematik. Team L.I.V. har som uppdrag att genom individuellt anpassade insatser samordna nätverket kring deltagarna och stötta dem i vardagliga aktiviteter. Syftet med utvärderingen var att beskriva huruvida Team L.I.V. bidrar till förbättrad hälsa hos de 15 deltagarna. Metoden består av intervjuer med deltagare, medarbetare och chefer, enkäter till deltagare och närstående, fokusgrupper med personal, självskattning av symtom utifrån SCL-90 och kartläggning av bland annat inläggningsdygn. Resultatet visar att deltagarna har stora behov av stöd och hjälp med strategier. Då de beskriver sin vardag framkommer omfattande kognitiva funktionsnedsättningar och komplex psykiatrisk problematik. Resultatet visar inte någon minskad inläggning i psykiatrisk heldygnsvård. I Team L.I.V. har samverkan inneburit en stor utmaning då uppdraget och ansvarsfördelningen har varit otydlig för medarbetare, deltagare och personal i olika verksamheter som kommit i kontakt med Team L.I.V. Det har varit problematiskt att hitta sätt att kommunicera, arbeta mot samma mål och ha samsyn kring arbetet med deltagarna. Resultatet visar vidare att deltagarna är mycket nöjda med Team L.I.V. De anser att de med stöd av Team L.I.V. fått ett mera samordnat kontaktnät, en aktivare vardag och mera struktur och rutiner, vilket de anser har förbättrat deras mående. Även närstående har positiva erfarenheter av Team L.I.V. och upplever att de fått avlastning.

Innehåll

1 Inledning	5
2 Bakgrund	6
2.1 Livskvalitet, insikt och vilja.....	6
2.2 Psykiska funktionsnedsättningar	6
2.3 Självskadebeteende	7
2.4 Interventioner vid självskadebeteende	9
2.5 Case management.....	11
2.6 Team L.I.V.....	11
2.7 Utvärderingsuppdraget.....	13
3 Syfte	15
3.1 Frågeställningar.....	15
4 Metod	16
4.1 Beskrivning av deltagare	16
4.2 Intervju med deltagare.....	16
4.3 Intervjuer med medarbetare och chefer	17
4.4 Enkät till deltagare.....	17
4.5 Enkät till närstående	17
4.6 Fokusgrupper	18
4.7 Statistik.....	18
4.8 Symtoms Checklist-90, (SCL-90)	20
4.9 Blanketten "Frågor till personal"	21
4.10 Dataanalys	22
4.11 Etiska aspekter.....	22

5 Resultat	23
5.1 Beskrivning av deltagarna	23
5.2 Intervjuer med deltagarna	24
5.3 Intervju med medarbetare	52
5.4 Intervju med cheferna.....	57
5.5 Enkät till deltagare	58
5.6 Enkät till närstående	62
5.7 Fokusgrupper	66
5.8 Statistik.....	67
5.9 SCL-90	71
5.10 Blanketten "Frågor till personal"	71
6 Diskussion	75
6.1 Metoddiskussion.....	75
6.2 Resultatdiskussion	78
6.4 Slutsatser	81
6.3 Tankar inför framtiden	82
7. Referenser.....	83

BILAGOR

1 Inledning

Personer med psykiska funktionsnedsättningar och självskadebeteende är en grupp som är erkänt svåra att ge bra vård och behandling (SKL, 2009). De vårdas ofta i heldygnsvård och utsätts ofta för tvångsåtgärder. Landsting och kommuner har efterlyst mera kunskap och önskar gemensamma strategier och riktlinjer. Som ett resultat av detta har det i Sverige genomförts satsningar riktade mot personer med självskadebeteende de senaste åren, exempelvis det Nationella självskadeprojektet (2014). De senaste åren har forskningen kring självskadebeteende ökat (Bjärehed, 2012). Det finns dock ett stort behov av mera forskning kring hur denna stora grupp personer bäst behandlas (Hawton et al., 2009). Det saknas forskning i Sverige som beskriver vad målgruppen uppfattar bidrar till ökad hälsa. Förhoppningen med denna studie är att kunskapen kring detta ska öka. Genom ett samverkansavtal mellan Region Östergötland, Norrköpings kommun och Capio Psykiatri startades 2012 Team L.I.V. för personer med självskadebeteende. L.I.V. står för livskvalitet, insikt och vilja. Deltagare i Team L.I.V. är personer över 18 år med komplex psykiatrisk problematik där huvudmännen tidigare inte klarat av att ge adekvat stöd. Team L.I.V. har som uppdrag att genom individuellt anpassade insatser samordna nätverket kring deltagarna och stötta dem i vardagliga aktiviteter med syfte att öka hälsa, livskvalitet och förutsättningar att kunna hantera framtida livssituation. Denna rapport syftar till att beskriva huruvida Team L.I.V. bidrar till en förbättrad hälsa hos deltagarna.

2 Bakgrund

2.1 Livskvalitet, insikt och vilja

Livskvalitet kan ses som människors välfärd eller välbefinnande (Nordenfeldt, 1991). Hälsa kan definieras som ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom (WHO, 1948). En person har full hälsa, om och endast om, personen har förmågan att, givet standardomständigheter, förverkliga sina vitala mål (Nordenfeldt, 1991). Genom att formulera och upptäcka aktivitetsmål kan den psykiska och fysiska hälsan förbättras (Christiansen & Baum, 2005). Aktivitet och delaktighet leder till hälsa samt skapar struktur, identitet och mening i människors liv (Wilcock, 2006). Både den fysiska och psykiska hälsan främjas av aktivitet (Kielhofner 2012) och genom att utföra meningsfulla aktiviteter ökar motivationen (Creek, 2002). Insikt definieras enligt Egidius (2008) som uppfattning eller förståelse av hur ett antal företeelser hänger ihop, hur de samverkar, vilken betydelse de har inbördes och i ett större sammanhang. Vilja definieras enligt Kielhofner (2012) som tankar och känslor som påverkar erfarenheter, val och förståelse för det man gör. Vilja ses vidare som en process som är pågående och som påverkar de beslut en person fattar om aktiviteter som utförs. I begreppet vilja inkluderas våra värderingar, intressen och uppfattning om oss själva.

2.2 Psykiska funktionsnedsättningar

Psykisk funktionsnedsättning kan definieras som varaktiga och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter inom viktiga livsområden (Nationell psykiatrisamordning, 2006). Psykiska funktionsnedsättningar medför kognitiva nedsättningar såsom svårigheter med minne, mentalisering, förmåga att se samband, abstrakt tänkande, kroppsuppfattning och stresstålighet

(Lundin & Mellgren, 2012). Det innebär också svårigheter med exekutiva funktioner så som att planera, initiera, genomföra, avsluta, korrigera etcetera.

2.3 Självska debeteende

För begreppet självska debeteende finns varken nationellt eller internationellt någon vedertagen definition. Självska debeteende definieras ofta som avsiktliga beteenden som utförs med vetskap om att de kan orsaka psykologisk eller fysisk skada (Nock, 2009a, 2010). I den tidigare versionen av diagnosmanualen DSM-IV beskrevs självska debeteende/självsstympande beteende som ett symtom på andra psykiatriska diagnoser (APA, 1994). I DSM-5 utgör självska debeteende ett eget tillstånd som behöver studeras ytterligare (APA, 2013). I begreppet självska debeteende inbegrips både "direkt självska dliga handlingar" där skadan är avsedd och "indirekt självska d" där skadan är en oavsiktlig konsekvens (Nock, 2009a, 2010). En indelning görs sedan mellan "icke-suicidala" självska debeteenden (avsikten är inte att dö) och "suicidala" (avsikten är att dö). Det finns flera kända orsaker till självska debeteende. Forskning stöder att självska debeteende har en känsloreglerande funktion (Klonsky, 2007), att det är ett sätt att straffa sig själv (Nock & Prinstein, 2004) eller fungera som ett sätt att bryta tomhetskänslor och känna någonting fysiskt. Andra vanliga orsaker är att självska d fungerar som ett rop på hjälp (Lloyd-Richardson et al., 2007) eller att den självska dande personen faktiskt har en önskan att dö (Scoliers et al., 2009). Förekomsten av självska debeteende är svår att fastställa då forskning som studerat detta främst är genomförd på ungdomar där prevalensen uppskattas till 15-25 %. Självska debeteende är mindre vanligt bland vuxna än bland ungdomar och förekommer i betydligt högre utsträckning hos personer med psykiatriska funktionsnedsättningar oavsett ålder. Inom vissa psykiatriska diagnoser är självska debeteende vanligt. Av 101 unga kvinnor med ätstörning rapporterade 65 % att de skadat sig själva (Claes, Vandereycken & Vertommen, 2005) och bland patienter med borderline personlighetsstörning hade 84 %

icke-suicidalt självskadebeteende (Brown, Comtios & Linehan, 2002).

Självskadebeteende är även vanligt hos personer med autismspektrumtillstånd (Bjärehed, 2012). Allvarlighetsgraden hos patienter med självskadebeteende är mycket varierande och det kan röra sig om ett allvarligt uttryck för psykisk ohälsa. Både indirekt och direkt självskadebeteende är en riskfaktor för fullbordat suicid (Tsirigotis, Gruszczynski & Lewik-Tsirigotis, 2013).

Självskadebeteende har i flera amerikanska studier från 1970-talet antagits ha könsrelaterade förklaringar och beskrivs som en företeelse nästan enbart kopplade till det kvinnliga könet (Brickman, 2004). Större studier genomförda på senare tid visar snarare på en jämn könsfördelning när det gäller självskadebeteende, men att metoderna skiljer sig åt då män i större utsträckning slår eller bränner sig själva medan kvinnor i högre grad skär sig (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Nock & Prinstein (2004) visar att det inte finns några sådana skillnader och att skära sig själv är enligt Madge et al. (2008) den vanligaste metoden bland både flickor och pojkar. Lundh et al. (2010) konstaterar att det finns väsentliga skillnader i självskademetoder i Sverige. Av flickorna hade 20 % skurit sig själva medan motsvarande siffra för pojkarna var 8 %. Enligt Taylor (2003) skadar sig män i större utsträckning genom metoder som accepteras av allmänheten i högre grad, exempelvis genom att utsätta sig för faror. Pojkar och män som skadar sig själva söker i mindre utsträckning vård och hjälp för sina skador än kvinnor (Madge et al., 2003).

I en longitudinell studie har Scott et al. (2015) undersökt huruvida en historia av självskadebeteende och/eller suicidtankar förutspår en ökad risk för suicidförsök i vuxen ålder. De flickor som tidigare haft både självskadebeteende och suicidtankar gjorde i högre grad suicidförsök i vuxen ålder. Resultaten visar att flickor med självskadebeteende och suicidtankar är en särskilt utsatt högriskgrupp som är i behov av behandling och förebyggande insatser. Även en långtidsstudie av 40 346 självskadande personer i Storbritannien visar behovet

av kraftfull behandling för personer med självskadebeteende (Hawton et al., 2015). Under de tio år som gruppen studerades suiciderade 19 % vilket motsvarar 49 gånger fler än suicid i övrig befolkning.

2.4 Interventioner vid självskadebeteende

Glenn, Franklin och Nock (2015) granskade i en nyligen genomförd studie den aktuella evidensen för psykosociala behandlingsmetoder vid självskadebeteende hos barn och unga. De identifierade 29 vetenskapliga studier där interventioner vid självskadebeteende undersökts. Ingen av dessa interventioner ansågs ha hög evidens och därmed tillhöra ”väletablerade behandlingar”. Sex av interventionerna klassades som ”förmodligen effektiva“ eller ”kanske effektiva”. De fann att flera olika sorters interventioner så som kognitiv behandling, familjebehandling, känsloreglering etcetera hade potential att anses effektiva, men att ingen av interventionerna hade undersökts i mer än en enda randomiserad kontrollerad studie. De konstaterade därför ett behov av att i framtida forskning genomföra flera studier av samma interventioner. Under 2014 sammanställdes för första gången ett dokument för den svenska psykiatrins insatser för personer med självskadebeteende genom det Nationella självskadeprojektet på uppdrag av regeringen och Sveriges kommuner och Landsting, (SKL). Där presenteras sju rekommendationer samt information om hur de kan praktiseras kliniskt. Rekommendationerna bygger på aktuell forskning och klinisk erfarenhet och benämns; Bemötande, Bedömning på akutmottagning, Utredning, Riskhanteringsplan, Information och överenskommelse om behandling, Behandling, Kontinuitet och samarbete (Nationella självskadeprojektet, 2014).

I rekommendationen Behandling framhålls vikten av teamarbete, att skapa allians med personen och att ge information till personen och dennes närstående (Nationella självskadeprojektet, 2014). De psykoterapeutiska

behandlingsmetoder som visat sig ha effekt på självskadebeteende är dialektisk beteendeterapi, (DBT) och mentaliseringsbaserad terapi, (MBT) (Lundh, 2012). Olika typer av högspecialiserade konsultationsteam har visat sig kunna behandla med goda resultat som följd (Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists, 2003). De insatser som ges i psykiatrisk heldygnsvård har inte visat sig effektiva när det gäller att minska självskadebeteende (James, Stewart & Bowers, 2012). Några av de interventioner som använts har visat sig ha negativa effekter på självskadebeteendet. Personer med autismspektrumtillstånd och personer med intellektuella funktionsnedsättningar drabbas i högre grad än andra av självskadebeteende (Tureck, Matson & Beighley, 2013). Dessa personer bör behandlas på samma sätt som personer utan intellektuella funktionsnedsättningar så länge den intellektuella funktionsnedsättningen är lindrig. Måttlig och grav intellektuell funktionsnedsättning bör inte behandlas inom psykiatrin utan av Habiliteringen. Rekommendation 6 *Behandling* avslutas med att vikten av utvärdering poängteras.

I rekommendationen Kontinuitet och samarbete fastslås betydelsen av samordnade insatser från flera huvudmän (Nationella självskadeprojektet, 2014). Detta anses särskilt viktigt då personerna med självskadebeteende har komplexa psykiatriska funktionsnedsättningar och upprepat självskadebeteende. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen, (HSL) och Socialtjänstlagen, (SoL), ska en samordnad individuell plan, (SIP), upprättas då insatser ges från både landsting och kommun eller privata alternativ. Dessa huvudmän är skyldiga att samverka.

För att samverkan ska fungera finns tre områden som anses utgöra förutsättningar för god samverkan (Socialstyrelsen, 2007). Dessa är styrning, struktur och samsyn. De kan brytas ner till att omfatta förankring i organisationen, tydliga målformuleringar, ändamålsenlig organisation, gemensamt synsätt och god kunskap om det samverkan gäller och om de organisationer som ingår i samverkan.

2.5 Case management

Case manager, personligt ombud eller vård- och stödsamordnare på svenska, har utvecklats för att möta det behov som finns hos personer med komplexa psykiatriska funktionsnedsättningar att samordna kontakter (Lundin & Mellgren, 2012). Case manager är ett samlingsnamn som används inom flera stödmodeller där en person har en koordinerande roll med ansvar för att lämpliga insatser genomförs (Socialstyrelsen, 2012). Genom att ha en långsiktig och kontinuerlig kontakt kan en case manager skapa förtroende och minimera antalet kontakter för personen och ansvara för att relevanta kontaktpersoner deltar och engagerar sig vid nätverksmöten. Case management har inte prövats för personer med självskadebeteende specifikt, men bör fungera bra för personer med allvarliga självskadebeteenden och personer som har svåra psykiatriska funktionsnedsättningar (Nationella självskadeprojektet, 2014).

Den multiprofessionella modellen Assertive Community Treatment, (ACT), är en av kommun och landsting samordnad vård- och stödinsats som utgår från case management (Piuva & Lobos, 2008). Ett ACT-team arbetar uppsökande, är tillgängliga dygnet runt och insatsen är inte tidsbegränsad. Clark et al. (1998) visade i en studie att ACT är framgångsrik då den reducerar antal dygn i heldygnsvård och att personer som behandlats av ACT-team har lägre behov av resurser än kontrollgruppen. ACT har rekommenderats särskilt för personer med komplex psykiatrisk problematik (Marshall et al., 2000).

2.6 Team L.I.V.

I samverkan mellan Vård- och omsorgskontoret i Norrköpings kommun, härafter kallat komunen, Vuxenpsykiatriska kliniken i Närsjukvården i öster, Region Östergötland, härafter kallat Regionen samt vårdföretaget Capio psykiatri, härafter kallat Capio, drivs Team L.I.V. Dessa tre utgör Team L.I.V.s huvudmän. L.I.V. står för livskvalitet, insikt och vilja.

Målsättningen med Team L.I.V. är att genom samordning av behandlings- och stödinsatser från olika huvudmän under en begränsad tidsperiod:

- skapa bättre förutsättningar för deltagarna att få sitt vardagsliv att fungera på ett optimalt sätt
- tillskapa och pröva en kombination av kommunala insatser med vuxenpsykiatriens behandling i ett tidigt skede
- pröva gemensamma arbetsmetoder/arbetsätt med utgångspunkt från vetenskaplig forskning och evidensbaserade metoder
- utveckla väl fungerande former för ett hållbart och framgångsrikt koncept

I Team L.I.V. har sex medarbetare i uppdrag att genom individuellt anpassade insatser samordna nätverket kring deltagaren och stötta deltagaren i vardagliga aktiviteter. Syftet är att öka hälsa, livskvalite och förutsättningar att kunna hantera framtida livssituation. Tre av medarbetarna är anställda av kommunen, två av Regionen och en av Capio. Två av medarbetarna är socionomer, två skötare, en sjuksköterska och en arbetsterapeut. Team L.I.V. finns centralt lokaliserade i Norrköping i en lägenhet som är inredd som en bostad. Insatserna från Team L.I.V. ska bygga på en av kommunen och Regionen eller Capio samordnad planering. Målgruppen är unga vuxna som har självska debeteende som har erhållit insatser hos respektive huvudman och dessa insatser ska ha visat sig otillräckliga. Team L.I.V. startades 1 september 2012 och kommer att pågå till 31 december 2015. Remiss till Team L.I.V. kan ställas från de tre huvudmännen, från vård- och omsorgskontoret kan remiss skickas både från myndighetsutövning och utförarverksamheten. En inskrivningsgrupp bestående av verksamhetschefer från respektive huvudman beslutar om inskrivning i Team L.I.V. Beslut om vilka individer som får delta i Team L.I.V. tas utifrån en individuell behovsprövning utifrån följande inklusions- och exklusionskriterier:

Inklusionskriterier:

- självskadebeteende, livshotande beteende eller destruktivt beteende
- pågående psykiatrisk behandling
- behov av omfattande resurser från både kommunen och Regionen eller Capiro
- ordinarie insatser i kommunen och Regionen eller Capiro ska vara otillräckliga
- ha ett eget eller ett särskilt boende

Exklusionskriterier:

- aktivt missbruk (däremot kan ett riskbruk ingå i självskadebeteendet, vilket då inte exkluderar individen)
- huvuddiagnos psykossjukdom/schizofreni
- anorexi/bulimi

2.7 Utvärderingsuppdraget

För utvärderingen ansvarar PUFF, vård- och omsorgskontorets forsknings- och utvecklingsenhet och utvecklingsledare Erika Högstedt, härafter kallad utvärderaren. Utvärderingsuppdraget består av följande delar:

- Att genom olika mätningar och skattningar komma fram till om personerna som ingår i målgruppen för projektet mår bättre, om heldygnsvården kan minskas, om antalet externa placeringar (platser som köps någon annanstans) kan minskas.

- Att genom intervjuer med personer som ingår i målgruppen och projektet komma fram till personernas egen bedömning av sin hälsa och sin situation och vad som hjälpt dem under projektets gång.
- Att övergripande komma fram till om samverkansmodellen och de metoder som används inom projektet leder till de önskade effekterna för de personer som ingår. Detta ska ske processinriktat så att metoder och samverkan kan justeras under projektiden.
- Att sammanställa utvärderingen i en FoU-rapport.

3 Syfte

Syftet med utvärderingen är att undersöka huruvida Team L.I.V bidrar till en förbättrad hälsa hos deltagarna.

3.1 Frågeställningar

- Mår deltagarna bättre i och med att de är inskrivna i Team L.I.V?
- Kan deltagarnas tid i heldygnsvård minskas i och med att de är inskrivna i Team L.I.V?
- Kan antalet externa placeringar minskas i och med att deltagarna är inskrivna i Team L.I.V?
- Hur bedömer deltagarna sin hälsa och sin situation och vad anser de har hjälpt dem under inskrivningstiden i Team L.I.V?
- Leder samverkan till de önskade effekterna för deltagarna?

4 Metod

Denna studie hade en kvalitativ och en kvantitativ ansats och en explorativ design. Hela utvärderingsinsatsen var värderande och lärande. Resultat presenterades fortlöpande för ledning och medarbetare. Samtliga deltagare som vid den aktuella tidpunkten för varje del i utvärderingen varit inskrivna i Team L.I.V. har erbjudits att delta i de olika delarna i utvärderingen. Eftersom deltagare skrivits in kontinuerligt och ett par har avslutats har det varit olika många som erbjudits att delta i de olika delarna.

4.1 Beskrivning av deltagare

Utvärderaren genomförde under 2013 dokumentationsgranskning för att få en bild av deltagarnas situation och mående. Information samlades även in genom samtal med medarbetarna.

4.2 Intervju med deltagare

Gisela Byström, masterstudent på arbetsterapeutprogrammet, genomförde under perioden 2014.02.01-2014.03.31 intervjuer med deltagarna i Team L.I.V. Samtliga deltagare som 2014.01.30 var inskrivna i Team L.I.V. (n=12) tillfrågades av medarbetarna i Team L.I.V. huruvida kontaktuppgifter fick förmedlas till Gisela Byström. Därefter delade medarbetarna i Team L.I.V. ut informationsbrev, (bilaga 1). Nio av deltagarna tackade ja till att genomföra intervjun, två tackade nej och en av deltagarna kunde inte nås under perioden då intervjuerna genomfördes. En samtyckesblankett, (bilaga 2), lämnades till deltagarna. Samtliga intervjuer skedde på den plats och vid den tid som deltagarna själva önskade. Intervjuerna gav en kvalitativ beskrivning av hur deltagarna uppfattade insatserna från Team L.I.V, vad Team L.I.V. betydde för dem, hur det påverkade dem i vardagliga situationer att delta i Team L.I.V. samt

hur de själva uppfattade sitt aktivitetsutförande. Intervjuguide se bilaga 3. För mera information om intervjuerna se Gisela Byströms (2015) uppsats.

4.3 Intervjuer med medarbetare och chefer

Under februari 2014 genomfördes intervjuer med medarbetarna (n=6) och cheferna (n=3) för Team L.I.V. Intervjuerna med medarbetarna ägde rum i Team L.I.Vs lägenhet och två av cheferna intervjuades på sina respektive arbetsplatser och den tredje i ett mötesrum i anslutning till ett ledningsgruppsmöte. Varje intervju varade cirka en timme och intervjun utgick från en intervjuguide riktad till medarbetare, (bilaga 4), respektive till chefer, (bilaga 5). Kompletterande följdfrågor ställdes för att förtydliga och för att utvärderaren skulle försäkra sig om att svaren uppfattats korrekt. Svaren nedtecknades under intervjun och analyserades genom att sorteras i kategorier.

4.4 Enkät till deltagare

En enkät, (bilaga 6), skickades av utvärderaren tillsammans med informationsbrev, (bilaga 7), och frankerat svarskuvert till samtliga deltagare som Team L.I.V. 2015.03.05 hade kontakt med (n=12). Svaren kategoriserades och citat valdes ut som speglade kategorierna.

4.5 Enkät till närstående

En enkät, (bilaga 8), skickades tillsammans med informationsbrev, (bilaga 9), och frankerat svarskuvert till närstående till de deltagare i Team L.I.V. där deltagaren inte motsatt sig kontakt (n=10). Med närstående avses anhöriga och i enstaka fall förvaltare. Svaren kategoriserades och citat valdes ut som speglade kategorierna.

4.6 Fokusgrupper

Fyra fokusgrupper genomfördes med personal utifrån utvärderingsmetoden fokusgrupp med kvalitetskarta (Carlén & Werner, 2004). Metoden är utformad som en gruppintervju kring en fokusfråga. Fokusgrupperna syftade till att identifiera styrkor och svagheter i samverkan kring Team L.I.Vs målgrupp. En inbjudan skickades ut till personal i de fyra grupperna med den gemensamma övergripande fokusfrågan; *Vad tycker du är viktigt för att samverkan när det gäller Team L.I.V.s målgrupp ska fungera?* Samtliga fokusgrupper genomfördes av två ledare, en samtalsledare och en som ansvarande för dokumentation. De fyra fokusgrupperna bestod av följande personal:

- Grupp 1: Medarbetare i Team L.I.V. Samtliga medarbetare som var anställda i Team L.I.V. 2015.02.10 (n=4) bjöds in till en fokusgrupp.
- Grupp 2: Styrgrupp och ledningsgrupp. Samtliga personer i styrgrupp och ledningsgrupp (n=6) för Team LIV bjöds in till en fokusgrupp.
- Grupp 3 och 4: För att fånga upplevelser från medarbetare i olika verksamheter skickades inbjudan till fokusgrupp ut till medarbetare i Regionen, kommunen och på Capio. Cheferna i respektive verksamhet var behjälpliga med att uppge namn på personer som kommit i kontakt med deltagarna och medarbetarna i Team L.I.V. Medarbetarna i de olika verksamheterna bjöds in till att delta i en fokusgrupp, men fick två datum att välja på. Två fokusgrupper genomfördes således..

4.7 Statistik

Medarbetarna i Team L.I.V. nedtecknade data som beskrivs i punkterna nedan från det datum då Team L.I.V. startade. De två sista punkterna nedan sammanställdes under 2014 och 2015. Samtliga deltagare fick vid inskrivning muntlig information om att dessa data kommer att nedtecknas och användas vid

utvärdering av Team L.I.V. Dessa data nedtecknades kontinuerligt så länge deltagaren var inskriven. Insamlingen av data innebar inte insamling av ytterligare information eftersom den kontinuerligt fördes i ordinarie journal, skillnaden var att den samlades för varje deltagare. Data som nedtecknades var:

- antal inläggningsdygn i psykiatrisk heldygnsvård. För att ett dygn skulle räknas skulle deltagaren ha varit inskriven på psykiatrisk avdelning och stannat minst tolv timmar. Stabadministratör på Vuxenpsykiatriska kliniken i Regionen var behjälplig med att kontrollera dessa uppgifter.
- antal externa placeringar. Stabadministratör på Vuxenpsykiatriska kliniken i Regionen var behjälplig med att kontrollera dessa uppgifter.
- insatser från kommunen (exempelvis särskilt boende, boendestöd, kontaktperson, god man). Handläggare på vård- och omsorgskontoret i kommunen tog fram dessa uppgifter.
- positiva och negativa förändringar hos deltagaren. Medarbetarna kartlägger förändringar med stöd av en manual, (bilaga 10).
- förändringar i självskadebeteende (ökat, oförändrat eller minskat självskadebeteende) skattas av medarbetarna.

Data sparades i deltagarens pärm som förvarades inlåsta i arkivskåp i Team L.I.V.s lokaler. Data sammanställdes och statistiken användes för att se huruvida det blev några förändringar på individ- och gruppnivå. Om deltagarna minskade antalet inläggningsdygn och externa placeringar kunde det vara ett mått på att de mårde bättre. Om deltagarna i högre grad deltog i samverkansmöten kunde det vara ett mått på att de i högre utsträckning kände sig delaktiga i sin situation, vilket kunde antas innebära förbättrad hälsa.

4.8 Symtoms Checklist-90, (SCL-90)

Samtliga deltagare i Team L.I.V erbjöds att fylla i självskattningsskalan Symtoms Checklist, (SCL-90) (bilaga 11), när de skrevs in i Team L.I.V. och därefter var sjätte månad. Deltagarna fick vid inskrivning muntlig information om att självskattningen kommer att sparas och användas vid utvärdering av Team L.I.V.

Skattningen ska ge en bild av deltagarens eventuella psykiska symtomförändring. SCL-90 består av 90 frågor som kategoriseras i nio diagnostiska symtomvariabler; somatisering, obsessiv-kompulsivitet (tvångssyndrom), interpersonell sensitivitet, depression, ångest, fientlighet/vrede, fobisk ångest, paranoidt tänkande och psykoticism (Statens institutionsstyrelse (SiS), 2002). SCL-90 är internationellt en av de mest använda symtomskattningsskalorna och används inom psykiatri sedan 1970-talet och kommer ursprungligen från USA där flera studier på den har genomförts. SCL-90 är standardiserad, men det finns ingen svensk manual. Den rapport som finns (Statens institutionsstyrelse, 2002) är i första hand avsedd att beskriva normering, standardisering och validering av symtomskalan. Rapporten visar att SCL-90 har hög reliabilitet, men att reliabiliteten bör testas med test-retest som redovisar hur stabila patientgruppens skattningar är. Jämförande reliabilitetstester på det svenska och amerikanska materialet som gjorts visar att skillnaderna mellan materialen är små och utan betydelse. I rapporten har skalan validerats i formella kliniska diagnoser samt pekat på samband med andra kliniska test och skattningsskalor exempelvis Global Adaptive Function, (GAF). SCL-90 formuläret lämpar sig bäst som screeningsinstrument. Ett vanligt användningsområde har varit att mäta förändring i symtomnivåer i samband med behandling. Skattningen genomförs utifrån hur personen har känt sig den senaste veckan och de 90 frågorna inledas alla med: "Hur mycket har Du besvärats av:".

Frågorna besvaras utifrån en femgradig skala från 0-4, där 0 motsvarar "Inte alls" och 4 motsvarar "Väldigt mycket". Den beräknade tidsåtgången för att svara är 20-30 minuter. Normering av SCL-90:

- 0,49 för kvinnor i normalmaterial, det vill säga genomsnitt i befolkningen.
- 1,21 för kvinnor i patientmaterial, det vill säga genomsnitt bland psykiatriska patienter.

I samband med skattningen fyllde deltagaren själv i sitt fullständiga namn och personnummer på varje självskattningsformulär. Medarbetare i Team L.I.V. fanns tillgängliga då deltagarna genomförde skattningen och kunde hjälpa till att förtydliga frågor. Resultatet av varje ifylld skattning matades sedan avidentifierad av medarbetarna in i ett Exceldokument för att få fram värden för respektive symptomvariabel. Detta dokument skrevs ut och förvarades i deltagarens pärm inlåst i arkivskåp i Team L.I.V.s lokaler. Utvärderaren analyserade huruvida de psykiatriska symptomen förbättrats eller försämrats under tiden deltagaren varit inskriven i Team L.I.V.

4.9 Blanketten "Frågor till personal"

Då SCL-90 visade sig svårt att arbeta med fick medarbetarna i Team L.I.V. i uppdrag att besvara en frågeblankett, (bilaga 12), med fem frågor för att kartlägga anledningen till svårigheterna. Frågeblanketten fylldes i för samtliga deltagare som var inskrivna 2014.10.22–2014.11.03 (n=14). En frågeblankett fylldes i per deltagare av de två medarbetare som kände deltagaren bäst. Frågorna besvaras utifrån hur det varit sedan deltagaren började i Team L.I.V. till och med det datum frågorna besvaras. Utvärderaren sammanställde och analyserade resultatet.

4.10 Dataanalys

Det samlade resultatet från alla delarna i metoden bearbetades kvalitativt eller kvantitativt och redovisades på gruppnivå eller individnivå.

4.11 Etiska aspekter

Studien rör unga kvinnor som befinner sig i en utsatt situation då de har komplexa psykiska funktionsnedsättningar. Majoriteten kan misstänkas ha kognitiva funktionsnedsättningar som kan medföra exempelvis svårigheter med uppmärksamhet eller central koherens varför det är av stor vikt att informationsbrev uttrycks tydligt och konkret. Studien har godkänts av Etikprövningsnämnden i Linköping och vetenskapsrådets forskningsetiska principer kommer att beaktas. De deltagare i Team L.I.V. som valt att inte delta i några delar av studien får samma insatser som de som inkluderas i studien. Studien förväntas kunna generera kunskap som kommer att kunna användas vid planering av fortsatta insatser för målgruppen.

5 Resultat

5.1 Beskrivning av deltagarna

Team L.I.V. har sedan starten haft 15 deltagare inskrivna, samtliga kvinnor i åldern 20-35 år med ett pågående självskadebeteende. Självskadebeteendet tog sig olika uttryck hos deltagarna. De flesta hade svåra självskadebeteenden och flera utförde regelbundet grova, otäcka självskadehandlingar med livet som insats. Flera deltagare hade mer än en psykiatrisk diagnos såsom neuropsykiatriska diagnoser, personlighetsstörning, depression, ångest, sömnstörning. Några hade intellektuell funktionsnedsättning eller svagbegåvning. Flertalet hade stora problem redan under barndomen och sociala problem i uppväxtmiljön. Samtliga hade större eller mindre svårigheter i kommunikation och interaktion med andra. Flertalet hade en misslyckad skolgång. Samtliga hade haft långvarig psykiatrisk kontakt och de flesta hade erhållit psykiatrisk behandling i olika former utan positivt resultat. De flesta hade provat det utbud som finns tillgängligt med misslyckade resultat och spolierade kontakter som följd. En stor del hade flertalet inläggningar i psykiatrisk heldygnsvård och några hade erfarenhet av extern placering utanför länet. Det var vanligt med öppenvårdskontakter i form av samtalsstöd, psykoterapi, DBT och kognitiv beteendeterapi, (KBT). Samtliga hade läkarkontakt för medicinering och någon form av insats från kommunen, exempelvis god man, förvaltare eller kontaktperson. Flera hade erfarenheter från behandlingshem, familjehemsplaceringar, stödfamilj etcetera. Samtliga hade kontakter som var i behov av samordning. I de flesta fall fanns ett konstaterande att det mesta som fanns att tillgå hade provats. Majoriteten av deltagarna bodde antingen i särskilt boende eller hade intensivt boendestöd. Några var inneliggande i psykiatrisk heldygnsvård en betydande del av projekttiden. Oavsett var de bodde konstaterades det att det inte fungerade och personen

flyttades vidare till annat boende. De flesta saknade sysselsättning, ett fåtal hade sysselsättning via kommunen och en deltagare gick i skolan. Ingen hade ordinärt arbete. Majoriteten hade litet socialt nätverk, där familjen oftast utgjorde hela nätverket. Några hade vänner, men flera uppgav att de kände sig ensamma. Flera tenderade att isolera sig i hemmet. Samtliga deltagare uppfyllde inklusionskriterierna för inskrivning i Team L.I.V.

5.2 Intervjuer med deltagarna

Resultatet baseras på intervjuer med nio av deltagarna i Team L.I.V. Då intervjuerna genomfördes befann sig två deltagare tillfälligt på vårdavdelning, en bodde på ett behandlingshem, tre bodde på serviceboende och de övriga tre bodde i egen lägenhet. Åtta av de nio kvinnorna hade stödinsatser från annan personal utöver medarbetarna från Team L.I.V.

Analysen av datamaterialet ledde till fyra domäner, 11 kategorier och 13 underkategorier. I tabell 1 redovisas de domäner, kategorier och underkategorier vilka framträdde under analysen av datamaterialet.

Tabell 1. Resultatet – Domäner, kategorier och underkategorier

Domäner	Kategorier	Underkategorier
Personliga förutsättningar för aktivitetsutföranden	Hinder i aktivitetsutföranden	<i>Kognitiva hinder för aktivitetsutföranden</i> <i>Psykiskt mående</i> <i>Fysiska hinder för aktivitetsutföranden</i>
	Viljekraft	
	Vanebildningar	<i>Vanor och rutiner</i> <i>Dysfunktionella rutiner</i> <i>Fritid</i>
Miljö	Fysisk miljö	
	Social miljö	<i>Tillhörighet och gemenskap</i> <i>Ensamhet</i>
	Ekonomiska villkor	
Professionellt stöd	Individeriktat stöd	<i>Stödets utformning</i> <i>Stöd inför och under aktivitetsutföranden</i> <i>Professionellt stöd och hjälpmedel</i> <i>Stödinsatsernas betydelse</i> <i>Medarbetarnas betydelse</i>
		Gruppriktat stöd
		Delaktighet
Icke-professionellt stöd	Egna strategier	
	Stöd av närstående	

5.2.1 Personliga förutsättningar för aktivitetsutföranden

Hinder i aktivitetsutföranden

Deltagarens aktivitetsmönster och utförandet av aktiviteter påverkas av ett flertal faktorer. Den fysiska, kognitiva samt psykiska förmågan inverkar på deltagarens aktivitetsutföranden såväl som viljekraft samt dennes vanor och rutiner. Under intervjun beskriver deltagarna olika faktorer som påverkar utförandet av aktiviteter i vardagen. Fysiska och kognitiva hinder tillsammans med deltagarens psykiska mående har inflytande över vilka aktiviteter de kommer att utföra. I texten som följer beskrivs detta närmare.

Kognitiva hinder för aktivitetsutföranden

Under intervjun framkommer hur kognitiva hinder påverkar deltagarens utförande av aktiviteter i vardagen. Att sortera tankar och fokusera på en sak i taget kan vara utmanande. Det skapar svårigheter vad gäller planering av vardagliga aktiviteter som exempelvis påklädning, städning och matlagning. Tankar kretsar kring hur och när en aktivitet ska utföras och tillsammans med vem. Aktiviteter som kan tyckas enkla att utföra kan för deltagaren upplevas som utmanande och svåra att hantera. Det finns en oro kring vad som av andra uppfattas som rätt eller fel, vilket skapar en osäkerhet kring hur aktiviteter ska utföras och blir därmed ett hinder för att starta aktiviteten.

Ibland kan det vara... ”Ska vi laga mat nu? När ska vi äta? Hur ser håret ut? Det är småsaker som blir stora. Jag har svårt med mina tankar och att hålla isär dem... De tankar som du inte tänker på som du gör automatiskt, dem behöver jag jättemycket hjälp med (I3). (I3=intervjuperson nummer 3)

Aktiviteter som för andra individer utförs automatiskt utan reflektion kan för deltagaren upplevas som en stor utmaning. Svårigheter vad gäller att automatisera tankar och handlingar beskrivs skapa problem i vardagen. Mycket energi och tid kan läggas på att tänka igenom en kommande aktivitet och hur

utförandet av den ska se ut. Det i sin tur kan skapa orostankar och känslor som upplevs omöjliga för deltagaren att ensam hantera. En annan svårighet deltagaren tar upp är att det kan vara utmanande att påbörja en aktivitet, ibland oberoende av aktivitetens svårighetsgrad och karaktär.

Jag har svårt att komma igång. Då säger de ”nu sätter vi igång det här, du dammsuger jag moppar”, de sätter på startknappen som jag inte själv har (17).

Även aktivitetsutföranden som av deltagaren upplevs roliga och meningsfulla kan vara problematiska att ta initiativ till. Det skapar problem i vardagen genom att planerade aktiviteter inte blir av och viktiga möten missas. Svårigheten kan ligga i planeringen inför en aktivitet och kan leda till att deltagaren har svårt att komma i tid eller helt missar inplanerade aktiviteter.

Psykiskt mående

Deltagarens psykiska status beskrivs stå i direkt relation till det vardagliga aktivitetsmönstret. Under perioder då det psykiska måendet är sämre fallerar många gånger annars fungerande vanor och rutiner, om sådana har funnits. Även självskadande beteenden och aktiviteter som verkar självskadande ökar ofta ett sämre mående. De beteenden som beskrivs kan ta sig uttryck i självsvalt eller tillstånd där deltagaren hetsäter för att sedan kräkas. Tankar kring mat leder till känslor av panik och många tankar kretsar kring vikt och mat. Negativa tankar kring sin kropp beskriver deltagaren även kunna leda till överträning, där träningen utförs på ett tvångsmässigt vis och inte medför några positiva känslor. Utöver det psykiska måendet får dessa självskadande beteenden konsekvenser på det fysiska skicket där förmågan att utföra både mer eller mindre fysiska aktiviteter minskar. Konsekvenser som deltagaren tar upp är till exempel orkeslöshet och yrsel.

En annan typ av självskadande beteende som framkommer är självbestraffning. Deltagarna beskriver en känsla av att inte vara värd att må bra eller ha en bra tillvaro. Det kan ta sig uttryck i att materiella ting förstörs eller slängs eller att deltagaren inte tillåter sig att införskaffa sådant som denne egentligen önskar sig eller har behov av. Ett annat exempel är hur deltagaren besöker specifika platser för att se på när andra utför de aktiviteter deltagaren önskar utföra, men inte tillåter sig att utföra. Det kan exempelvis innebära att deltagaren under självsvält besöker restauranger för att se på när andra äter.

Känslor som påverkar deltagaren i vardagen och utförandet av de vardagliga aktiviteterna är panikkänslor, ångest och nedstämdhet. Deltagaren beskriver även hur denne hör röster inom sig som inte går att kontrollera, vilket skapar panikkänslor. Det kan även leda till ett tvångsmässigt utförande av aktiviteter som deltagaren uttrycker att denna egentligen inte vill utföra.

Min röst i huvudet tycker det är viktigt med träning. Jag hatar att träna egentligen (11).

En deltagare beskriver hur ångestkänslor kan bli ett hinder i utförandet av vardagliga aktiviteter. Rädslor för vilka känslor som kan uppstå efter en aktivitet kan medföra att deltagaren väljer att avstå från utförandet av aktiviteten. Ett exempel som deltagaren beskriver är att denne har ett behov av att vila, men avstår från att tillgodose det behovet utifrån vetskapen om att detta senare kommer att innebära ångest- och oroskänslor. Situationen blir mer problematisk i och med deltagarens upplevda behov av extra vilostunder under dagen.

Jag är så trött att jag behöver vila, men jag har sådan ångest efteråt när jag vilat klart. Det är väldigt jobbigt att veta att jag vaknar med den där paniken (13).

Att ta initiativ till aktiviteter själv eller tillsammans med andra beskrivs av deltagaren som utmanande vid sämre mående. Risken att avstå från aktiviteter och isolera sig gentemot sin omgivning beskrivs vara stor. Isoleringen blir en negativ spiral där deltagaren är medveten om att handlingarna som leder till isolering förvärrar måendet. Oberoende av medvetenheten av den negativa effekten isolering har för måendet, beskrivs detta beteendemönster vara svårt att bryta själv.

Men sen blir det så att man avbokat om man inte mår riktigt bra, då är det så himla enkelt att bara avboka. Men jag vet egentligen att det är då jag ska ut och träffa folk (I4).

När jag mår bra fungerar allting men när man inte mår bra är det svårare att göra saker. Då kanske man tänker att man inte är värd att må bra fast man är det. Jag går på daglig verksamhet, men då kanske man är hemma (I4).

En annan erfarenhet är att deltagaren aktivt väljer att undvika sociala miljöer när de miljöerna kan skapa panikkänslor och ångest. Fler av deltagarna undviker dessa känslor genom att avstå från aktiviteter som innebär en miljö där många andra individer samlas. Det undvikandet skapar begränsningar i vardagen och utförandet av dagliga aktiviteter. Ett exempel är att deltagaren undviker att handla i affärer och stå i köer.

Under perioder av dåligt mående beskriver deltagaren hur denne blir helt eller delvis passiv.

Att delta i planerade aktiviteter eller i spontant uppkomna aktiviteter blir svårt och det är lättare att avboka eller tacka nej till aktiviteter än att delta. Det kan innebära att deltagaren endast utför de aktiviteter som upplevs vara mest nödvändiga eller att vardagliga aktiviteter som städning och matlagning upplevs

svåra eller omöjliga att utföra. Att ta sig upp på morgonen beskrivs återkommande som en svårighet i vardagen och många av deltagarna menar att de sover stora delar av dagarna och blir mer inaktiv till följd av detta.

Då skiter jag i allt... då kunde man inte komma in i lägenheten för att det var så mycket saker överallt och det var så smutsigt. Jag åt ingen mat, gick inte och handlade. När jag kommer in i de där perioderna, jag struntar i allt sådant då (I7).

En annan aktivitet som upplevs svår att utföra vid sämre mående är att ringa viktiga telefonsamtal. Det kan till exempel innebära att deltagaren undviker att ringa till Försäkringskassan eller vårdkontakt, vilket blir problematiskt när deltagaren har ett behov av att komma i kontakt med dessa instanser.

En erfarenhet är att de perioderna med sämre mående är fler och varar längre än de perioder deltagaren upplever sig må bra. Deltagaren beskriver även att det upplevs enklare att må dåligt än att må bra och att tillåta sig må bra.

Det var längesen jag mådde bra. Jag har väldigt få bra perioder. De är så få så jag minns inte (I6).

När deltagaren upplever sig må bra beskriver denne hur utförandet av aktiviteter i vardagen blir enklare. Ett bättre mående påverkar sättet att tänka kring sitt eget värde och deltagaren känner att det är okej att ha det bra och kan även tillåta sig att må bra.

Fysiska hinder för aktivitetsutföranden

Fler av deltagarna beskriver hur en nedsatt fysisk förmåga kan utgöra ett hinder i aktivitetsutföranden. Utförandet av aktiviteter som deltagaren önskar utföra eller aktiviteter i form av åtaganden kan försvåras eller helt hindras till följd av en fysiskt nedsatt förmåga, oberoende av deltagarens vilja att utföra den.

Deltagaren beskriver hur denne kan starta och börja utföra aktiviteter för att sedan behöva avbryta aktivitetsutförandet med anledning av den nedsatta fysiska förmågan. En annan erfarenhet är att deltagaren inte klarar av att påbörja aktiviteten. Brist på ork och upplevelsen av fysisk smärta anges som vanliga orsaker till att aktiviteter inte kan utföras på ett tillfredställande sätt. Deltagaren beskriver illamående, huvudvärk och smärta i leder som några hinder för aktivitetsutföranden. Att inte kunna utföra planerade eller spontant uppkomna aktiviteter beskrivs leda till önskad inaktivitet.

Viljekraft

Viljekraften är en faktor som påverkar de aktiviteter deltagaren väljer att utföra. Det innefattar aktiviteter som utförs utifrån ett intresse, en aktivitet som ger glädje eller som utförs utifrån deltagarens upplevelse av sin kapacitet, men även utifrån påverkan av omgivningens förväntningar.

Att utföra aktiviteter utifrån intressen möjliggör enligt deltagarens beskrivning en mer aktiv och meningsfull vardag. Risken för dysfunktionella aktivitetsmönster med inaktivitet och isolering som följd kan minskas, när deltagaren har möjligheten att utföra aktiviteter utifrån sina intressen som ger meningsfullhet och glädje.

... jag har dansat mycket... då dansade jag på min fritid, gick kurser och så gick jag i dansklass, mitt liv bestod av dans (II).

Exempel på aktiviteter deltagaren nämner som meningsfulla och som ger glädje är ridning, träning, dans och att ta hand om eller vara med djur. Dessa aktiviteter beskrivs skapa en möjlighet att befinna sig i nuet där deltagaren för en stund kan slippa tänka på utmaningar och svårigheter vad gäller vardagen och måendet. Detta skapar en tillfällig känsla av välmående och lugn vilket beskrivs vara viktigt.

... man släpper tankarna när man är på hästryggen, du kan inte sitta och älta och oroa dig för saker och gå igenom allt i huvudet. Jag har kaos i huvudet, det är ju överaktivitet där hela tiden... Jag känner ett lugn när jag får stå där och klappa på och krama hästen, det ger en glädje att rida (I7).

Viljekraften kan även leda till utförandet av aktiviteter som inte är socialt accepterade vilka ger negativa konsekvenser. En erfarenhet är att brist på glädjegivande aktiviteter i vardagen innebär att risken för bruk av alkohol eller ett utförande av olagliga handlingar ökar.

Vanebildningar

Vanor och rutiner

Under intervjun beskrivs vanor vad gäller vardagsaktiviteter samt rutinmässigt utförda vardagsaktiviteter.

En erfarenhet är att deltagaren självständigt kan upprätthålla rutiner som till exempel morgonrutiner eller sovrutiner. Det framkommer under intervjuerna att förmågan att upprätthålla sådana rutiner står i relation till det aktuella måendet.

Det är skönt [att ha rutiner]. Man kommer upp i tid, får saker gjorda och jag mår bättre av att ha rutiner (I8).

En annan erfarenhet är att det är svårt att självständigt upprätthålla vanor och rutiner. Att ha rutiner beskrivs vara viktigt och en avgörande faktor för att skapa en välfungerande vardag. För att kvarhålla vanor och rutiner menar några deltagare att det är viktigt att aktiviteterna är återkommande på bestämda tider.

Vardagliga rutiner kan påverkas av eller skapas utifrån en sysselsättning vilket kan innebära en daglig verksamhet, arbetsträning eller studier. Sysselsättningen skapar en struktur i vardagen och är en återkommande aktivitet där vanor och

rutiner kring vardagliga aktiviteter anpassas. Detta bidrar i sin tur till att vardagen blir mer förutsägbar för deltagaren.

En annan uppfattning är att det är viktigt att ha välfungerande rutiner innan det är möjligt att ha en sysselsättning snarare än att deltagaren har en sysselsättning som sedan skulle skapa välfungerande rutiner. Några av de deltagare som saknar sysselsättning uttrycker en önskan om att i framtiden kunna få det.

Det [rutiner] är en större förutsättning för att liksom kunna arbeta... att man har bra rutiner sen innan (I8).

Att ha ett djur att ta hand om beskrivs även kunna skapa rutiner i vardagen. Det kan innebära att morgonrutiner anpassas utifrån ett husdjurs behov och att deltagarna går på regelbundna promenader.

Dysfunktionella rutiner

Utöver beskrivningen av det positiva vanor och rutiner innebär beskriver deltagaren även när vanor och rutiner blir dysfunktionella och får en negativ inverkan på det dagliga livet. Många beskriver svårigheter att upprätthålla goda rutiner för sömn och vila och balansen mellan dessa beskrivs vara problematisk. Det kan innebära att deltagaren sover både dagtid och nattetid eller inte sover alls. En erfarenhet är att svårhanterliga känslor uppstår i samband med uppvaknandet, vilket leder till ett undvikande av sömn och vila. Fler av deltagarna har även svårt att upprätthålla sunda matrutiner och saknar fasta mattider, vilket ger oregelbundna matintag.

Jag hade inga rutiner [innan tiden på avdelningen]. Jag sov till klockan tolv, satte mig vid datorn, rökte, tog en kopp kaffe och gick och la mig (I2).

Det jag känner som inte fungerar i mitt liv är att komma upp på morgonen och att äta. För det är också viktigt att man sköter, för... jag tror att om inte kroppen mår bra så mår inte psyket bra heller, det går lite hand i hand (17).

Ett annat exempel på när rutiner blir dysfunktionella är när ett rutinmässigt utförande av aktiviteter blir tvångsmässigt. Tvångsmässigt utförda rutiner beskrivs ha stor inverkan på deltagarens vardag och denne beskriver sig vara oförmögen att självständigt bryta ett sådant beteende. Ett exempel är utförandet av morgonrutinen där deltagaren känner ett tvång att utföra delaktiviteter på ett bestämt vis. Dysfunktionella rutiner som dessa tar mycket tid och energi och inskränker på andra vardagliga aktiviteter som deltagaren behöver eller har planerat att utföra.

Jag har ju väldigt svårt att göra mig iordning... när det var som värst tog det timmar, även om jag bara skulle ut med soporna (13).

Fritid

På fritiden beskriver deltagaren att denne utför aktiviteter som upplevs meningsfulla och glädjefullt. Fritid definieras som tid ägnad åt fritidsintressen, ensam eller tillsammans med familjemedlemmar, vänner eller boendepersonal. Deltar deltagaren i någon sysselsättning beskrivs fritid vara den tid som är utöver tiden för sysselsättning, tid där inga aktiviteter är inplanerade eller den tid som finns för permissioner under perioder av behandling. När deltagaren saknar en sysselsättning blir fritiden mer svårdefinierad. Några upplever att de inte vet om de har någon fritid eller menar att de inte har någon fritid alls.

*Ibland har man väl det [fritid] sen gäller det att göra något av tiden.
Ibland kan man ha fritid men man känner sig nere eller deppig så att man
inte gör någonting, bara sover bort tiden. Jag sover bort mycket fritid (I7).*

En erfarenhet är att det finns en balans mellan tiden för sysselsättning och tiden för fritid. Att ha den balansen och att ha fritid upplevs vara viktigt och vilka aktiviteter som utförs på fritiden definierar en som individ. Några upplever det utmanande att skapa och behålla en balans mellan olika typer av aktiviteter i vardagen. Det kan innebära perioder helt utan inplanerade aktiviteter som sedan följs av en intensiv period med många inplanerade aktiviteter utan tid för vila. Det mönstret upplevs problematiskt och svårt för deltagaren att själv förändra. En annan erfarenhet är att ha för mycket fritid vilket beskrivs vara något negativt som leder till en frånvaro av känslan av engagemang i vardagen.

[utan fritid] ... känner man sig inte som någon. När man inte har något att göra känner man sig väldigt grå (I1).

5.2.2 Miljö

Utöver deltagarens kognitiva och fysiska förmåga samt det psykiska måendet påverkas deltagaren och dennes vardagsaktiviteter av den omgivande miljön. Under intervjun beskriver deltagaren på olika vis hur denne påverkas av både den fysiska och sociala miljön där aktiviteter utförs.

Fysisk miljö - tid och rum

Deltagaren beskriver vardagliga aktiviteter som sker i olika miljöer.

Aktiviteterna utförs i hemmet, i skolmiljön, på arbetsplatsen eller annan lokal ämnad för den särskilda sysselsättningen, på offentliga platser eller i särskilda lokaler för den specifika aktiviteten.

Den fysiska miljön kan påverka deltagarens utförande av aktiviteter på ett positivt eller negativt vis och platsen för aktiviteten kan vara avgörande för om

aktiviteten kommer att utföras eller inte. Ett exempel är att platser utanför deltagarens hem kan innebära miljömässiga förutsättningar som upplevs svåra att hantera vilket kan leda till att denne uteblir. En erfarenhet är att aktiviteter som utförs i hemmet blir av i större utsträckning än aktiviteter som utförs utanför hemmet. Den miljö aktiviteten utförs i kan innebära att deltagaren är ensam i sitt utförande eller så kan miljön innebära ett utförande tillsammans med eller i närvaron av andra individer.

De [Team L.I.V.] ville i början att jag skulle ta mig dit och det kände jag, det fungerade inte för mig att ta mig till deras verksamhet utan, då blev det många avbokningar (I7).

Hur vanor och rutiner ser ut kan stå direkt i relation till den fysiska miljön deltagaren befinner sig i. En erfarenhet är att vanor och rutiner upplevs omöjliga att upprätthålla i sitt hem medan det i en annan miljö kan fungera väl vad gäller vanor och rutiner. Ett exempel är under de perioder deltagaren är på behandlingshem eller bor på en avdelning. Dessa miljöer innebär fasta ramar samt att rutiner och tider för utförandet av aktiviteter är givna. En erfarenhet är att detta innebär en mer aktiv vardag för deltagaren, vilket av denne upplevs som något positivt. Utöver platsen för aktiviteten kan även tiden på dygnet eller året påverka aktivitetsutförandet.

Social miljö

Tillhörighet och gemenskap

Att tillhöra ett socialt sammanhang beskrivs vara viktigt. Några av deltagarens vardagliga aktiviteter utförs tillsammans med andra, till exempel med familj, vänner eller organiserade aktiviteter tillsammans med individer med liknande erfarenheter som deltagaren har. Exempel på aktiviteter som utförs tillsammans med andra är att prata, fika, pyssla, handla, titta på film, rida eller laga mat och städa.

Många deltagare upplever att det är viktigt att ha organiserade gruppaktiviteter att gå till under veckan. Under organiserade aktiviteter kan både medarbetare och andra individer vara med. I dessa sociala sammanhang uppger deltagaren att denne känner sig respekterad, förstådd och att denne känner glädje under aktivitetsutförandet.

En sådan här verksamhet behövs. Man har någonstans att gå, de [deltagarna] har ungefär samma problem (I6).

Deltagarna har olika uppfattning om organiserade aktiviteter som delvis beror på den sociala miljön. Några uppskattar att träffa de andra deltagarna, några deltar för att få träffa medarbetarna medan andra upplever att det är den utförda aktiviteten som är viktigast.

Sista gångerna har det varit pyssel, pärlor och sticka. Jag är inte mycket för sådant. Jag är mest med och fikar, träffar folket (I4).

En erfarenhet är att deltagaren utöver organiserade gruppaktiviteter inte är delaktig i någon annan gruppaktivitet. Det kan bero på att deltagaren inte trivs med att utföra aktiviteter i grupp eller att denne vill utföra aktiviteter tillsammans med individer den känner, vilket känns mer tryggt. Att känna någon innebär att deltagaren vet vad denne kan förvänta sig av personen samt att deltagaren vet vad den andra har för förväntningar tillbaka. Sociala sammanhang kan även innebära oro inför omgivningens förväntningar. Den oron kan uppstå inför och under ett utförande av en aktivitet som upplevs utmanande och där det finns en förväntning från omgivningen att aktiviteten ska utföras. Ett exempel är att deltagaren är orolig att omgivningen ska tro att svårigheter i utförandet eller inaktivitet orsakas av lathet eller ovilja.

Tillgång till sociala kontakter beskrivs vara en viktig resurs i vardagen och en källa till glädje. Familj, vänner och partners är viktiga i det sociala nätverket och när deltagaren mår dåligt blir de extra betydelsefulla.

... det tror jag nog gäller alla. Det är inte bra om man inte har folk runt omkring sig som stöttar en och ger en råd (I6).

Deltagarna beskriver att familjemedlemmar ger kärlek, bekräftelse och trygghet. En erfarenhet är att deltagaren tidigare blivit utnyttjad och sviken av närstående. Utifrån sådana erfarenheter blir det än mer viktigt att denne kan känna tillit till individer i närheten. Även när tillit finns kan deltagaren ställa sig ifrågasättande till den känslan.

Extremt viktigt [med familj och vänner]. Utan dem är jag ingenting, skulle inte jag finnas. Man känner kärlek, värme och trygghet (I1).

För deltagare som har sämre kontakt med sin familj blir vänner och de professionella kontakterna mer viktiga. Att ha en vän att prata med eller utföra meningsfulla aktiviteter tillsammans med är betydelsefullt och kan ha en positiv inverkan på deltagarens aktivitetsutföranden genom att denne upplever sig bli mer aktiv i sin vardag. Några beskriver att de saknar vänner och att professionella kontakter kan upplevas likna vänskapsrelationer där den professionella blir någon att utföra glädjefyllda aktiviteter tillsammans med. Arbetskollegor kan även de vara betydelsefulla. Att ha arbetskollegor innebär ett deltagande i ett socialt sammanhang, vilket har en positiv inverkan på måendet.

Jag märker väldigt stor skillnad på mig sen jag började arbetsträna. Då jag har fasta dagar, jag kommer ut och får den där sociala biten, det gör väldigt mycket (I7).

Ensamhet

Ensamhet är en vanligt förekommande känsla hos fler av deltagarna. Att förlora någon person som stått en nära är en orsak till ensamhet. Några deltagare beskriver att de inte har någon att vända sig till, prata med eller att be om hjälp. Vid situationer som känns svårhanterliga är känslan av ensamhet mer påtaglig.

Om jag hade panikångest en natt kunde jag ringa... Men idag har jag inte någon, jag är ensam. Så det har blivit en väldig förändring i ens liv så (I7).

Känslan av ensamhet kan även närvara om det finns närstående att kontakta och den känslan infinner sig oftast när deltagaren är hemma. Ensamhet kan även vara på ett känslomässigt plan, trots att någon annan individ är fysiskt närvarande. Det kan till exempel bero på att deltagaren tidigare har blivit sviken av sin omgivning och därmed inte vågar visa för någon hur denne mår eller vad den tänker och känner.

Man får stänga av... så får man låtsas lite, spela, med en fasad... man bara stänger av, jag har lärt mig. Det går per automatik (I9).

Ensamhet beskrivs kunna leda till nedstämdhet och några deltagare beskriver en nedåtgående spiral där ensamhet leder till nedstämdhet och nedstämdheten gör i sin tur att denne bryter kontakten med omgivningen. En erfarenhet är att detta beteendemönster som skapas är svårt för deltagaren att bryta på egen hand.

En annan erfarenhet är att ensamhet är något positivt och innebär ett tillfälle att själv få utföra någon meningsfull och glädjeggivande aktivitet.

Ekonomiska villkor

Under intervjuerna beskrivs det hur vardagliga aktiviteter påverkas av ekonomiska förutsättningar. En erfarenhet är att deltagaren inte har någon möjlighet att utföra meningsfulla och glädjeggivande aktiviteter med anledning

av en svår ekonomisk situation. En sådan situation kan upplevas omöjlig att själv reda ut och kan ta upp mycket av deltagarens tid. När kostnadsfria aktiviteter erbjuds ses det som något positivt. Det möjliggör för deltagaren att i stimulerande miljöer utanför sitt hem utföra glädjegivande aktiviteter, vilket beskrivs ha en positiv inverkan på mående.

Man får åka gratis det är jättebra. Man kan åka och veta att det inte kostar massor pengar. Jag har så dålig ekonomi (I3).

Professionellt stöd

Deltagarna beskriver att professionellt stöd ges individuellt med en eller fler medarbetare eller i grupp. Stödinsatserna kan vara regelbundna på bestämda tider eller variera i omfattning och form. Stödet kan ges under ett personligt möte i olika miljöer, via telefon eller genom brev. I följande text beskrivs deltagarnas erfarenhet av det professionella stödet närmare.

Individeriktat stöd

Stödets utformning

Fler av deltagarna lyfter flexibilitet vad gäller utformandet och frekvensen av stödinsatserna som något viktigt. Stödet kan ges i form av fysisk närvaro av en stödperson, ett samtal samt praktisk hjälp, stöd eller vägledning. Stödet kan även innebära att stödpersonen hänvisar deltagaren vidare till andra aktörer när det är nödvändigt. Huruvida medarbetarna kommer ensamma eller fler tillsammans menar deltagaren har mindre betydelse.

De betyder mycket, de har varit väldigt bra, man får mycket bra hjälp. De kan komma extra om man mår sämre. Man kan prata så kan det kännas bättre... (I6)

Deltagarna beskriver att stödet kan anpassas under perioder av vistelse inom slutenvården, under annan behandlingsform och vid permissionstillfällen. Kontakten med stödpersonen upprätthålls via telefon eller besök och upplevs vara positivt. Terapeutiska samtal har verkat positivt vad gäller deltagarens mående och hur välfungerande vardagen är. Deltagaren jämför dessa samtal med medicinska insatser, vilket inte upplevs ha haft någon betydande effekt, till skillnaden från en professionell samtalskontakt. Under samtalen finns det utrymme för deltagaren att samtala kring sitt mående, upplevt stödbehov samt upplevelser av specifika händelser. Under samtalen ges även råd och stöd kring hur denne kan förhålla sig till negativa tankar och strategier för att hantera svåra situationer. En samtalskontakt blir mer viktigt vid sämre mående.

Komma på olika strategier och idéer som jag kan ta till när jag mår dåligt. Till exempel att tända upp i lägenheten och sätta på tv:n o så... ljud o rörelse (I5).

En annan stödinsats är samverkan mellan olika aktörer vilket några deltagare lyfter vikten av. Det professionella stödet upplevs vara otydligt av några deltagare vad gäller syftet med stödet samt vilka förväntningar deltagaren kan ha på stödpersonen och de insatser som kan utföras. Det problemet blir mer påtagligt när insatser erhålls från olika aktörer och där ansvarsfördelningen är otydligt. En tydligare ansvarsfördelning beskrivs vara viktigt och det finns en förhoppning om att det även skulle innebära att det blir samma stödperson som utför och sedan följer upp stödinsatserna.

Det enda är att jag inte vet om det är dem [Team L.I.V.] jag ska be om hjälp eller om det är boendestöd. Jag vet inte vem jag ska luta mig mot eller lita på, vem jag ska höra av mig till när det blir problem... att veta vad man kan få hjälp av dem mer specificerat så att man inte känner osäkerhet "kan jag fråga dem eller vågar jag göra det" (I7).

Det finns en förhoppning om att få stöd i form av fysisk närvaro i specifika aktivitetsutföranden vilka inte ingår i de dagliga rutinerna. Ett exempel är besök hos läkare eller optiker. En annan förhoppning är att stödtiden skulle utökas när det nuvarande stödet inte är tillräckligt för att vardagen ska upplevas välfungerande. När deltagaren upplever sig få för lite stöd eller om andra individer får mer stödinsatser kan denne få en känsla av att bli orättvist behandlad och en ovilja att ta emot stöd uppstår då, trots annars positiva upplevelser av stödet.

Nu hoppas jag att cheferna förstår att jag verkligen behöver hjälp. Jag har känt panikkänslor hela tiden men jag har inte haft ångest och det är för att jag har personal hela tiden, det känns jättebra. Jag hoppas folk ska förstå att jag behöver ha någon hela tiden (I3).

Några deltagare beskriver att organiserade aktiviteter är schemalagda på tider som innebär att denne inte kan medverka. Att behöva välja mellan två eller fler aktiviteter som alla känns viktiga att delta i upplevs tråkigt och det finns utifrån det en önskan om att planeringen av de organiserade aktiviteterna skulle vara mer flexibel. En annan önskan är att vissa gruppaktiviteter skulle erbjudas oftare framför allt när deltagaren saknar ekonomiska förutsättningar för att utföra aktiviteten i andra sammanhang.

Jag har mitt boendestöd på torsdagar... det är under den tiden det är drop-in... Jag har inte kunnat vart med, det är synd. Men jag kan ju inte det heller, för jag mår dåligt om inte mitt hem ser okej ut (I7).

Det är viktigt att organiserade aktiviteter är välplanerade, strukturerade och förutsägbara, vilket de inte alltid är menar deltagaren. När aktiviteten är välplanerad händer det att den planeringen inte följs vilket upplevs negativt.

För det som gjort att jag inte har velat gå är att det inte känns uppstrukturerat, det står bara pyssel, sen när man frågar vad gjorde ni förra torsdagen: ”vi satt och fikade”. Att bara gå dit för att fika, det ger mig inte så mycket (I7).

Stöd inför och under aktivitetsutföranden

Fler av deltagarna beskriver ett behov av att få muntligt påminnelsestöd inför inplanerade aktiviteter. Möjligheten att tillsammans med en stödperson planera kommande aktiviteter samt diskutera alternativa sätt att utföra aktiviteten på beskrivs vara betydelsefullt.

Om jag säger ”nu är det här jobbigt” så kan de ”nu gör vi såhär o så tänker du på det här” (I3).

Stödinsatser av praktisk karaktär och som utförs i hemmet kan vara städning, matlagning, att äta tillsammans eller att fylla i ansökningar som till exempel biståndsansökningar. Utanför hemmiljön utförs aktiviteter som att handla, följa med på läkarbesök eller medverka vid möten. Under stödtiden beskriver deltagaren även att denne tillsammans med stödpersonen kan promenera, gå till ett café och/eller göra dagsutflykter. En erfarenhet är att det är viktigt vilken aktivitet som utförs under stödtiden samt hur den utförs och detta har betydelse för hur deltagaren upplever stödinsatserna.

När deltagaren får praktiskt stöd beskrivs stödpersonen vara mer eller mindre aktiv och hur aktiv eller passiv deltagaren är varierar även det. En annan form av betydande stöd beskrivs vara den fysiska närvaron av en stödperson. Att få skjuts och sällskap till eller under inplanerade aktiviteter är exempel på när stödpersonens fysiska närvaro upplevs viktig. Fler av deltagarna menar att många dagliga aktiviteter inte skulle bli av om denne inte hade detta stöd.

En gång så skulle jag ta blodprover. Jag mådde dåligt så när jag kom dit svimmade jag, då vände jag och gick hem. Nästa gång som jag skulle gå och ta prover skjutsade personalen mig så jag kom dit (I8).

Stödpersonen beskrivs vara betydelsefull när det gäller att skapa struktur i aktivitetsutföranden, vilket underlättar vardagen enligt fler deltagare. Exempel är att stödpersonen ger tips på alternativa sätt att utföra vardagsaktiviteter och vid sämre mående blir det mer betydelsefullt när deltagaren inte klarar av att utföra aktiviteten enligt vanlig rutin.

Utöver stöd inför och under aktiviteter beskriver deltagaren hur medarbetarna kan vara betydelsefulla i övergången mellan olika aktiviteter. Att ha stöd i att avsluta en aktivitet för att sedan kunna påbörja en ny aktivitet beskrivs vara en viktig stödinsats.

Det är bra när de avslutar någonting så hjälper de till att jag ska kunna gå över och vara hemma. Det blir någon slags övergång, de hjälper mig att komma igång med det andra och inte vara i en bubbla när jag är där (I3).

Professionellt stöd och hjälpmedel

Det professionella stödet kan utöver praktiskt utförande av aktiviteter ske via hjälpmedel. Ett exempel är att få hjälp med att ta fram ett schema för att skapa struktur och förutsägbarhet i vardagen. Schemat kan beskriva vilka aktiviteter som ska utföras på en dag, i vilken ordningsföljd, hur länge och tillsammans med vem.

Jag har ett veckoschema på dörren som det står väckning, då står det X [Team L.I.V.]. och så står det plocka undan, matlagning, städning. Vi hade veckoschema förut men det fungerade inte säger de [personalen], så nu har vi ett sådant schema istället. Så då står det ju vilken personal det är och vad vi ska göra (I3).

Mobiltelefoner används som ett hjälpmedel vid planering av eller inför stödtillfället, under stödtillfället eller som kommunikationshjälpmedel och påminnelsestöd. Fler av deltagarna beskriver att telefonen är ett bra hjälpmedel under perioder när denne inte har möjlighet att träffa stödpersonen.

De [Team L.I.V.] försöker hjälpa mig få en bättre vardag. De ringer på morgonen och väcker mig, när jag ska i väg (I5).

Stödinsatsernas betydelse

Fler av deltagarna beskriver att erhållna stödinsatser från Team L.I.V. har inneburit en mer strukturerad vardag med tydligare rutiner. Aktiviteter som har upplevts besvärliga eller omöjliga att utföra självständigt upplevs idag vara enklare att utföra och deltagarna upplever att de är mer aktiva och att fler inplanerade aktiviteter genomförs. En annan positiv effekt är att fler upplever sitt mående förbättrat, vilket innebär att det finns mer ork till utförandet av vardagsaktiviteter. Stödinsatserna har även inneburit att nya aktiviteter i okända miljöer har provats och att några deltagare upptäckt positiva sidor och styrkor hos sig själva. Även negativa känslor inför och under aktivitetsutföranden har minskat.

Jag gör mer saker när jag har dem [Team L.I.V.] Skulle inte de funnits så skulle jag bara suttit här och inte kommit iväg någonstans. Men de hjälper ju mig och kör mig till tandläkaren och sådant också (I2).

Innan var det kaos. Det är det till och från nu med men personal A [från Team L.I.V.] har hjälpt mig så det är lugnare (I9).

Några deltagare beskriver att de med hjälp av medarbetarna blivit mer uppmärksamma på tidiga tecken och mönster som indikerar början av en period med sämre mående. Medarbetarna har presenterat alternativa sätt att hantera situationer när dessa tecken uppmärksammas för att negativa beteenden förhoppningsvis ska kunna hindras.

En annan erfarenhet är att stödinsatserna inte har haft någon betydande effekt sett till uppsatta mål. Ett exempel är att deltagarens mål har varit att få struktur i vardagen, där denne menar att stödinsatserna inte har inneburit någon större förbättring trots att stödtillfällen under en längre tid har ägnats åt att uppnå just det målet.

Medarbetarnas betydelse

Fler av deltagarna beskriver att vem stödpersonen är har betydelse för upplevelsen av stödet och personkemin är en viktig faktor. En erfarenhet är att stödinsatser avbokas om deltagaren inte trivs med stödpersonen. Att ha en stödperson tillgänglig att känna sig trygg tillsammans med och som upplevs vara engagerad är viktigt. Fysisk beröring i form av kramar från en viktig stödperson är något som några av deltagarna uppskattar. Deltagarna vill ha stöd från ordinarie medarbetare, men några menar att det kan fungera med tillfälliga ersättare om det egna stödbehovet upplevs stort.

Jag känner mig väldigt trygg, då är det lättare att få saker gjorda (I3).

Medarbetarna beskrivs vara förstående, vänliga, flexibla, tillgängliga i svåra situationer samt bra på att lyssna. Stödpersonen beskrivs även ha stor kunskap vad gäller deltagarens unika problematik, vilket är viktigt.

... de [Team L.I.V.] kan min problematik. Jag behöver inte förklara de förstår ändå... man slipper förklara massor (I1).

Gruppriktat stöd

Gruppriktade stödinsatser från Team L.I.V. kan vara i form av samtal eller gruppaktiviteter och deltagarna upplever stödinsatserna på olika sätt. Många menar att det är positivt att träffa andra individer med liknande erfarenheter, vilket minskar känslan av att vara ensam om sina svårigheter och känslan av att vara del i ett socialt sammanhang ökar. Deltagarna beskriver att det finns en ömsesidig förståelse och respekt deltagarna emellan, vilket är viktigt.

Stödinsatser i grupp innebär även ett tillfälle att tillsammans med andra diskutera tankar kring dagliga aktiviteter, utbyta idéer, tips och ge råd för hur det dagliga livet ska fungera enklare, vilket beskrivs vara givande.

Det kan hjälpa ibland, att veta att någon annan har det svårt också, att någon annan kämpar som ett djur som jag gör varje dag ... då känns det skönt att folk... man kan kanske förstå varandra bättre, kunna prata och umgås och förstå den andra att "nu vart det jobbigt" då får man respektera det (I3).

Några menar att det är viktigt med aktiviteter som erbjuder möjligheten till sociala sammanhang och nya kontakter. Deltagarna beskriver att gruppaktiviteter skapar en trygghet och acceptans deltagarna emellan där de tillåts visa känslor och att uttrycka sitt mående. Andra menar att deltagarna inte för några samtal sinsemellan utan att samtalen leds av närvarande medarbetare. Det är även kontakten med dessa medarbetare som upplevs viktiga under gruppaktiviteterna.

Några deltagare upplever att gruppaktiviteter är besvärliga och orsakar negativa känslor och tankar. Att se andra individer med självskadande beteenden kan öka risken för att känslan att vilja skada sig själv ökar. En annan anledning till att

gruppaktiviteter upplevs negativa är när de andra deltagarna är okända individer, vilket gör att deltagaren känner sig otrygg. När gruppaktiviteter upplevs besvärande väljer några att undvika dessa situationer. Några önskar att de aktiviteter som utförs i grupp även ska erbjudas individuellt.

Jag tycker det är jobbigt att vara i grupp, tycker helst om att vara med dem [medarbetarna] själv. Det är jobbigt, när andra har ärr så blir jag lätt triggad (I1).

Vetskapen om att deltagarna delar erfarenheter och svårigheter kan även upplevas vara något som skapar en osäkerhet. Det beskrivs bero på att deltagaren är rädd att säga eller göra något som kan ha en negativ inverkan på en annan deltagare.

Det är alltid nervöst att träffa nytt folk och man förstår att de har problem så man är rädd att säga någonting så man inte klampar på någons tår (I7).

Delaktighet

Delaktighet i vardagen berörs under intervjun i form av delaktighet i att planera och utforma sin vardag och dagliga aktiviteter. En erfarenhet är att deltagaren är delaktig i hur vardagen och de dagliga aktiviteterna ser ut och några menar att det är viktigt för att inte känna att andra bestämmer och styr. Att få stöd i planeringen av vardagliga aktiviteter upplevs positivt om det inte påverkar känslan av delaktighet.

Det är viktigt att få planera själv och att inte bli styrd (I1).

Att inte vara delaktig i planeringen av sin vardag kan även upplevas positivt. Fasta rutiner och schemalagda aktiviteter innebär en struktur i vardagen att förhålla sig till och deltagaren beskriver att det kan vara befriande att inte behöva tänka kring och planera sin vardag.

Det [tider och aktiviteter] är uppgjort sen innan, sen kan man väl alltid påverka innehållet... Det tycker jag är bra. Man slipper själv tänka "vad ska jag göra nu", det är någon som redan bestämmer (I8).

En annan form av delaktighet som lyfts under intervjun är delaktighet vad gäller utformningen av erhållet stöd och många beskriver att de är delaktiga vad gäller det. Att bli tillfrågad om hur stödet ska se ut och om några justeringar är önskvärda upplevs positivt. En annan erfarenhet är att det är positivt om stödpersonen ger förslag på vilka aktiviteter som kan utföras under stödtiden i de situationer deltagaren själv inte vet. Att i de situationerna få välja mellan olika förslag ökar känslan av delaktighet. Deltagaren beskriver även hur dennes delaktighet i aktivitet ser ut under stödtillfällena. En erfarenhet är att deltagaren inte är aktivt delaktig under utförandet av aktiviteten utan att stödpersonen är den aktiva. Delaktigheten kan i de situationerna bestå av att deltagaren är med och uttrycker vad och hur den önskar att stödpersonen kommer att utföra en aktivitet.

En annan erfarenhet är att medarbetare och anhöriga beslutar om stödinsatser och att deltagaren inte är delaktig i besluten. Det upplevs positivt förutsatt att insatserna fungerar bra och att det finns en flexibilitet kring de besluten. Rutiner bestämda av någon annan skapar en struktur att förhålla sig till under dagen, vilket upplevs positivt.

Mattiderna är bestämd av någon annan. Jag tycker det är bra, då har man tider att passa (I2).

Några deltagare blir besvikna när de planerade insatserna inte stämmer överens med dennes förväntningar och önsknings. Att inte vara delaktig i planeringen av sin vardag upplevs negativt, när deltagaren missar glädjegendande aktiviteter till förmån för aktiviteter som planerats in av andra och som inte upplevs meningsfulla. En erfarenhet är att inte vara delaktig i planeringen av sin fritid,

vilket gör att den är annorlunda eller mindre aktiv än önskat. I sådana situationer finns en önskan om att få bli mer delaktig genom att tillsammans med medarbetare planera in fritidsaktiviteter.

Icke-professionellt stöd

Fler av deltagarna har erfarenhet av att få stöd i vardagen från andra personer utöver de professionella insatserna. Det kan vara vänner och familj eller att deltagaren beskriver att denne hjälper sig själv utan insatser utifrån.

Egna strategier

Många deltagare använder sig av hjälpmedel på eget initiativ för att underlätta vardagen. Det kan vara mobiltelefoner, scheman, kalendrar eller papper och penna. Fler använder dessa hjälpmedel som påminnelsestöd eller vid planering av dagliga aktiviteter.

Inlärda strategier, egna framtagna strategier eller alternativa sätt att utföra aktiviteter använder fler deltagare på egen hand för att förbättra sitt mående. Att utföra glädjegivande och meningsfulla aktiviteter eller att tala högt med sig själv är exempel på strategier som används självständigt för att påverka måendet till det positiva eller för att underlätta utförandet av dagliga aktiviteter. Under perioder av sämre mående beskriver deltagaren att denne själv kan bryta ett negativt beteende, men att det utan stöd utifrån tar lång tid innan situationen förbättras.

Det är alltid lättare att må dåligt än att må bra... Mina knep är handarbete, musik, skriva och måla. Man kan tänka på något annat ett litet tag... Det är därför jag handarbetar eller gör mycket här [hemma], för att hindra tankarna (I6).

Hemma kan man ju säga, högt, när ingen hör. Ute kan man inte gå och säga högt då kan man säga tyst, man kan tänka, så brukar det gå över (I6).

Stöd av närstående

I situationer där ett negativt beteende har utvecklats kan närstående ha en viktig roll genom att exempelvis kontakta medarbetare eller andra professionella när deltagaren inte själv klarar av att göra detta.

Det är jättesvårt, det är ju bara ibland man får ett ryck att ”nu måste jag ta mig ur det här”. Det är så olika, ibland tar det så lång tid innan man kommer till den gränsen då man drar sig själv i håret och säger ”gå upp”. Det är lätt att man bara fortsätter i den där spiralen när man väl har gått ner i en svacka. Mamma var väl den som märkte mest och larmade läkare om det var väldigt illa, så man fick vård och medicin, eller vad det nu behövdes (I7).

Stödet kan även innebära besök i deltagarens hem, telefonsamtal eller fysisk närvaro. En erfarenhet är att närstående går att kontakta alla tider på dygnet och att ha stöd från familj eller vänner är viktigt. Några beskriver att de även får hjälp av närstående med påminnelser inför inplanerade aktiviteter. Det stödet beskrivs ha stor betydelse för huruvida aktiviteter blir utförda eller inte, samtidigt som det upplevs besvärande att vara beroende av närstående. Några upplever att relationen med närstående kan bli problematisk i perioder och att relationen riskerar likna den mellan en vårdtagare och en vårdgivare.

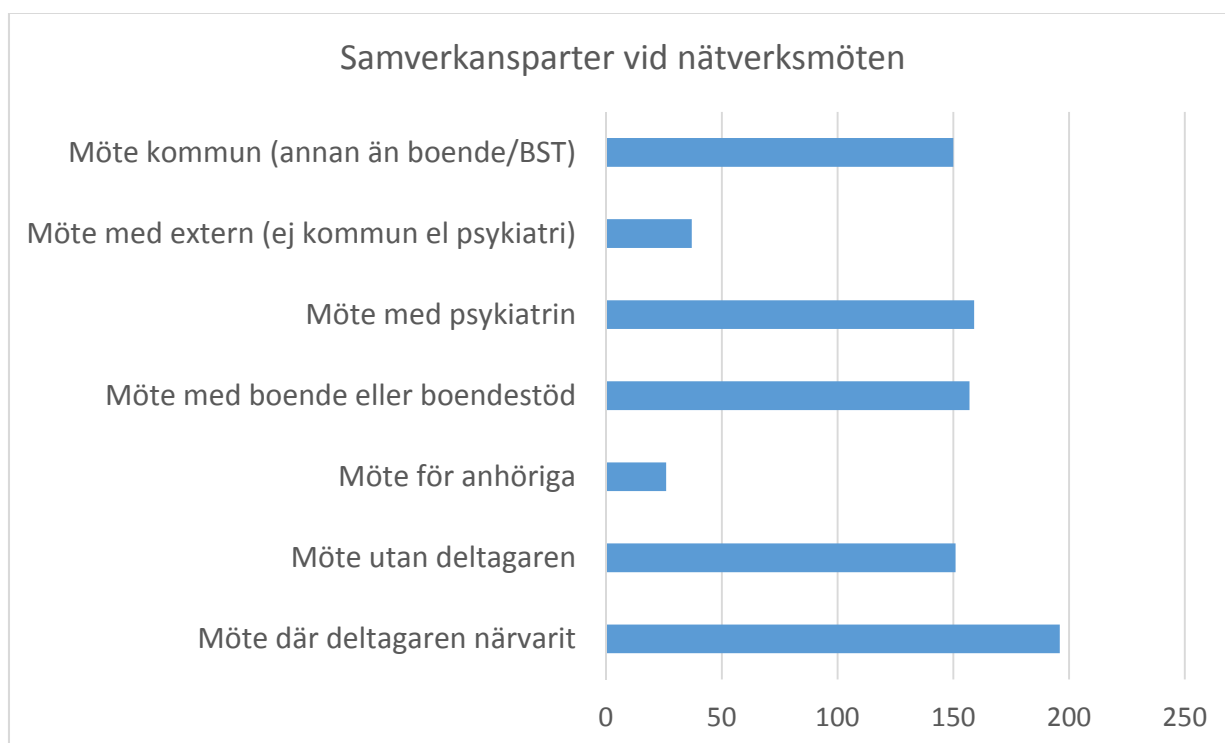
Jag får be vänner ringa mig flera gånger på morgonen för att jag ska komma upp ... Det är någonting jag skäms över. ”Lägg inte på förrän jag gått upp ur sängen” för att gör jag inte det så kommer jag inte iväg. Det är den akuta lösningen just nu (I7).

5.3 Intervju med medarbetare

Resultaten redovisas under rubriker utifrån vad som framkommit under de sex intervjuerna som genomfördes 15/1 och 23/1 2014.

5.3.1 Arbetsmetoder

I Team L.I.V. var avsikten att varje deltagare skulle ha två vård- och stödsamordnare, vilket inte var möjligt då medarbetare slutade och det bara blev fyra medarbetare kvar. Dessa hade till uppgift att samordna vård- och stödinsatser såsom att planera individuella och gemensamma möten med deltagaren och nätverket. Arbetssättet var flexibelt och anpassades efter varje deltagare. En SIP skulle upprättas för varje deltagare. Det kunde röra sig om hembesök, stödsamtal, ledsagning till läkarbesök, nätverksmöten med eller utan deltagaren, anhörigsamtal etcetera. Vård- och stödsamordnarna anordnade också gemensamma aktiviteter för deltagarna i och utanför den lägenhet Team L.I.V. förfogar över. Exempel på aktiviteter var filmkväll, temakväll, utflykt, ridgrupp, drop-in, jullunch och liknande. Vid några tillfällen hade aktiviteter anordnats även för anhöriga till deltagarna. Vård- och stödsamordnarna arbetade också i viss mån med att handleda boendepersonal och boendestödjare och informerade och spred kunskap om självskadebeteende. Team L.I.V. hade fram till 2014.12.31. bjudit in till och deltagit i 371 nätverks- och samverkansmöten, med samverkansparter enligt figur 1.



Figur 1 Samverkansparter vid nätverksmöten

Nätverksarbete erbjöds i form av vård- och stödsamordning och medarbetarna såg sig som ”spindeln i nätet”. De ansåg att de utövade en lokal ACT-variant, men såg det inte som riktig ACT, eftersom flera delar av vad ett ACT-team bör bestå av saknades i Team L.I.V. Konkret innebar nätverksarbetet att göra nätverksskator, initiera och hålla i möten, se över vilka kontakter som behövdes i nätverket och vilka som kunde avbrytas. De ansåg också att de bidrog till att tydliggöra vem i nätverket som gjorde vad, de identifierade behov och initierade det som ansågs behövas.

Psykosocialt stöd gavs i olika former enligt punkterna nedan. De vanligaste exemplen som gavs anges under varje punkt.

- **Samtal**

Individuella samtal inspirerade av Motiverade samtal (MI)

Hitta något nytt som inte provats tidigare

Samtal med deltagare kring exempelvis hur denne kan gå vidare mot sina mål

Stötta deltagarna i vardagen

Att finnas där för deltagarna

Få deltagarna att känna sig sedda och hörda

- **Strategier som lärdes ut till deltagarna**

Väga för- och nackdelar mot varandra

Att sammanfatta vad som sagts

Skapa vanor och rutiner. Att göra lika varje gång

Färdighetslista (lära ut färdigheter)

Vaska fram handlingsalternativ

Känna igen känslor

Att använda blanketter från metoden DBT

Kognitiv inriktning, konkreta ”papper och penna-uppgifter”

- **Aktivering**

Någonstans att gå

Drop-in, ridgrupp, filmkväll

Träffas på annan plats

- **Stöd till nätverket**

MI lärdes ut till boendepersonal

Temakvällar för anhöriga

Stöttning till dem i deltagarens nätverk

Andra arbetsmetoder medarbetarna anser skulle fungera bättre

- Mera DBT-tekniker
- Skattning utifrån Camberwell Assessment of Need, (CAN)
- Bildterapi
- Ridterapi
- Att finnas tillgängliga via Internet för att vara där deltagarna är. Diskutera och hjälpa deltagarna hitta strategier för hur gränser sätts på Internet etcetera.

5.3.2 Resultat hittills

Medarbetarna uttryckte att de såg resultat hos deltagarna, men att det ofta var subtila förbättringar som inte kan utläsas ur dokumentationen. Några deltagare upplevdes lugnare och några ansågs ha minskat självskadebeteendet.

5.3.3 Medarbetarnas kompetens

Medarbetarna ansåg att de har den utbildning och erfarenhet arbetet kräver.

5.3.4 Dokumenterade mål saknas

Medarbetarna gav olika svar på frågan om det fanns mål och delmål för deltagarna. Några hänvisade till genomförandeplan och några till SIP.

Genomförandeplan och SIP skulle ha gjorts, men hade inte blivit av ännu. Flera

av medarbetarna ansåg att det var svårt att sätta mätbara mål. I de flesta fall hade de inte provat. Vissa deltagare hade mål, men de var inte alltid dokumenterade och oftast uttryckta som att ”sluta missbruka” eller ”ha ett drägligare liv”, det vill säga inte mätbara, inte tidsangivna och inte preciserade.

5.3.5 Svårigheter som medarbetarna beskrev

- Samarbete/samordning med psykiatrin. Medarbetarna uttryckte svårigheter med att samverka med psykiatrin, att få mandat i psykiatrin och att ”dra åt samma håll”.
- Otydligt ledarskap. Otydligt vem som hade mandat att ta beslut. Problematiskt att de sex medarbetarna hade tre olika chefer. Oklarheter kring vad styrgruppen gjorde.
- Omständligt kring ekonomin. Små ekonomiska frågor tog tid och energi. Enklare förfarande för att köpa in småsaker önskades.
- Otydlighet i uppdraget. Medarbetarna upplevde att de från början fick olika direktiv kring vad som var deras uppdrag och att uppdraget var ”löst i kanterna”. Detta sågs både som en nackdel, men också som en fördel för att det ansågs underlätta i arbetet med att hitta nya former.
- Försvårande att legitimerade medarbetare inte hade hälso- och sjukvårdsansvar och därmed upplevde förvirring kring rollen i Team L.I.V. samt att de inte kunde nyttja hela sin kompetens.

5.3.6 Fördelar som medarbetarna beskrev

- Medarbetarna ansåg sig ha fått adekvata utbildningar för att kunna arbeta med målgruppen.
- Att Team L.I.V. utvärderades.

- Att Team L.I.V. innebar möjligheter att prova något nytt och att testa vad som fungerade bäst.
- Att formerna för arbetet inte var fastställda.
- Att schemat tillät flexibilitet och möjlighet att hjälpa dem som behövde mest stöd just då.

5.4 Intervju med cheferna

Resultaten från intervjuerna med cheferna redovisas under rubriker utifrån vad som framkommit under intervjuerna som genomfördes 2014.02.18.

5.4.1 Syftet med Team L.I.V

Cheferna beskrev att ett syfte med Team L.I.V. var att hitta nya metoder och former för hur arbetet med målgruppen ska utformas. Team L.I.V. beskrevs som ett sätt att prova sig fram för att hitta bästa möjliga metod. Alla tre cheferna trodde att samverkansvinster kommer att ske i och med Team L.I.V.

5.4.2 Positiva effekter som cheferna beskrev

- Medarbetarna arbetade bra ihop.
- Bred kompetens fanns i teamet med olika yrkeskategorier.
- Samverkan mellan cheferna fungerade bra.
- Bra med samarbete mellan kommun och psykiatri.
- Medarbetarna hittade ett bra sätt att arbeta gentemot boendeenheterna.
- Goda resultat för vissa deltagare.
- Medarbetarna hittade ett bra psykoedukativt sätt att arbeta med anhöriga.

5.4.3 Svårigheter som cheferna beskrev

- Samverkansarbetet mellan medarbetare i Team L.I.V. och medarbetare i psykiatrin var problematiskt, särskilt med öppenvården inom landstinget, viss konkurrens förekom.
- De deltagare som Team L.I.V. hade är otroligt svåra att arbeta med.
- Cheferna själva kunde ha varit tydligare från början med vad uppdraget innebar. Exempelvis gav de medarbetarna olika bud kring huruvida de, förutom att arbeta med nätverket, även hade i uppdrag att utföra behandlingsarbete.

5.5 Enkät till deltagare

Sju av de tolv deltagare som fick enkäten utskickad besvarade den. Resultatet redovisas i kategorier utifrån innehåll. Samtliga deltagare skattar sina erfarenheter av Team L.I.V. som goda.

Trygghet

Flera deltagare skriver att Team L.I.V. har inneburit en trygghet för dem. Det handlar både om att våga gå ut mera och att ha någon att vända sig till.

”Vet att dom finns alltid där”.

Några deltagare skriver att Team L.I.V. är tillgängliga, vilket betyder mycket.

”Team L.I.V. har mycket mer tid”.

”Att känna sig hörd och skönt att kunna få tag på kontaktpersoner för att prata”.

Mentalt stöd

Deltagarna anser att Team L.I.V. inneburit ett stöd i tillvaron när det gäller att bli stöttad och förstådd och att ha någon att prata och bolla idéer med.

”Team L.I.V. har varit bra stöd, man får hjälp”.

”Förståelse för en”.

Praktiskt stöd

Flera deltagare beskriver att Team L.I.V. gett dem stöd gentemot och emellan andra vårdgivare.

”Att kunna medla mellan psykakuten och boendet”.

De har också inneburit konkret och praktiskt stöd i kontakter med andra och den samordnande funktionen uppskattas hos deltagarna.

”Någon att dela arbetsuppgifter med istället för att behöva göra allt själv som att kontakta myndigheter, personer, vårdpersonal mm. Även som kan anordna möten”.

”Lättare att få läkartider och bra att Team L.I.V. kan vara med på möten”.

”Hjälp att underlätta vardagen med telefonsamtal och stöd”.

Deltagare har även upplevt praktiskt stöd mera konkret.

”Hjälp i vardagen med struktur”.

Sällskap och aktivitet

Team L.I.V. har inneburit att deltagare blivit mera aktiva och fått möjlighet att utföra aktiviteter som de tycker om och som de annars inte skulle ha möjlighet att göra.

”Att jag får möjlighet att rida som är mycket uppskattat!!”

”Kommit ut och varit mer social”.

För flera deltagare har medarbetarna i Team L.I.V. blivit viktiga och omtyckta personer.

”Social kontakt med människor jag trivs med”.

Förbättrad hälsa

Majoriteten av deltagarna skriver att Team L.I.V. inneburit en ökad hälsa för dem. Det kan handla om minskade inläggningar i psykiatri, en känsla av att vara mindre deprimerad, ha fått mera egen drivkraft, kunna fokusera bättre eller känna sig lugnare.

”Minskade oros- och panikattacker”.

”Det känns jag mår lite bättre i vardagen”.

Vad önskar deltagarna framöver?

Ett par deltagare ger nya förslag. En deltagare önskar att Team L.I.V. anordnar mera aktiviteter. En deltagare önskar att Team L.I.V. utvidgas till en större verksamhet.

”Att Team L.I.V. får fler medarbetare och då främst egen läkare och psykolog, men även andra arbetsgrupper som sjukgymnast och arbetsterapeut hade gjort min situation mycket bättre. Läkare är superviktigt och hade underlättat mycket för mig och Team L.I.V.s personal i alla gånger jag behöver kontakt och medicin från min nuvarande läkare”.

Som förut

Flera deltagare önskar att Team L.I.V. ska fungera som det gjorde den första tiden då det var sex medarbetare i stället för fyra.

”Att Team L.I.V. är lika flexibla som i början”

”Tätare kontakt och två kontaktpersoner”

”Att det blir mer personal. Att allt blir som förut är viktigt för mig”.

Fortsätta finnas kvar

Samtliga deltagare skriver att de önskar att Team L.I.V. finns kvar som verksamhet. Flera uttrycker att Team L.I.V. varit mycket viktiga för dem och att deras hälsa är beroende av att Team L.I.V. får fortsätta vara ett stöd.

”Ångest om de skulle läggas ner”

”Snälla ha dom kvar vissa har ingen annan i livet”.

5.6 Enkät till närstående

Åtta av de nio närstående som fick enkäten utskickad besvarade den. Sju av åtta har goda erfarenheter av Team L.I.V. och en har varken bra eller dåliga erfarenheter.

Stöttning i vardagen

Majoriteten av de närstående uppger att deltagarna har fått god stöttning i vardagen. Det handlar om att hitta sätt att planera och strukturera sin vardag.

”Ett mer ordnat liv, d.v.s. komma upp på morgonen och ta sig iväg”.

”Hon tänker och planerar bättre.”

En närstående beskriver att det inte blivit någon förändring och önskar en mera anpassad stöttning.

”Kan tyvärr inte se att det hänt någon större förändring på grund av dem. Hade önskat att de kunnat stötta mer på lasarettet eller permissioner”.

Mera aktiviteter

Några närstående skriver att deras anhöriga blivit mera aktiva vilket haft en positiv inverkan på måendet.

”Hon har också fått aktiviteter (ridning) som ger henne lust och något att se fram emot, något som ger henne energi och glädje”.

Socialt

Flera närstående beskriver att de har sett positiva förändringar i deras anhörigas sociala kontaktnät och att medarbetarna i Team L.I.V. inneburit ett stort socialt stöd, men också att de anhöriga uppskattat sociala kontakter utanför Team L.I.V. i högre grad än tidigare.

”Hon har blivit tryggare. Hon har fått mera sociala kontakter”.

Nätverk

De flesta närstående uppger att Team L.I.V. inneburit att deras anhöriga fått ett mera samordnat nätverk, vilket de varit i mycket stort behov av. Även andra professionella i nätverket har fått stöd av Team L.I.V.

”Stöttning till boendepersonal. Hjälp med kontakter inom Regionen”.

”Samordnar mycket kontakter och sjukvård, boende, ekonomi, god man m.m.”.

En närstående framhåller att deltagaren själv tagit ett större ansvar för sina kontakter i och med stödet från Team L.I.V.

”Hon vill också engagera sig mera i hennes vårdkontakter, när någon är med”.

En närstående anser inte att stödet från Team L.I.V. varit gynnsamt utan önskar att stödet utgått mera från deltagarens behov.

”De har försökt att hålla i möten på lasarettet, skulle önskat att de hade kunnat framföra lite mer vad vår anhörig hade behövt hjälp med! De har mest lyssnat på vad läkare, boendepersonal sagt. De har försökt hjälpa boendepersonal med problematiken hos vår anhörig (men det har inte varit tillräckligt)”.

Förbättrad hälsa

Åtta av de nio närstående ser förbättringar i deltagarnas hälsa. Förbättringarna består av att deltagarna nu mår bättre, är gladare och lugnare, känner sig tryggare och säkrare, när de vet att stödet från Team L.I.V. finns där när de behöver det.

”Team Liv har inneburit en jättestor förändring till det bättre måendet. Tryggare och lugnare”.

Enligt två av de närstående har deltagarna blivit mera självständiga och fått bättre självinsikt.

”Hon vet att stödet finns, hon blir lugnare när hon vet att hjälp finns. Fungerat bra med sin stödperson, fått lite bättre självinsikt, hon kan se fram emot saker”.

”En helt annan syn på att vilja må bra”.

Avlastning för närstående

Sex av de närstående skriver att Team L.I.V. innebär avlastning för dem själva. Avlastningen består i att Team L.I.V. samordnat nätverk och kontakter och haft tät och regelbunden kontakt med deltagarna, vilket medfört att de närstående kunnat ta ett steg tillbaka.

”Avlastning, underbart att veta att dottern har stöd och hjälp. Dessutom tas nog råd emot bättre av ett ”proffs” än från mamma”.

”Avlastning när det gäller vårdkontakter och samtal med olika myndigheter. Känner mig lite lika ensam i vårt liv. Just vår kontaktperson är också personligen engagerad i min anhörigas mående och kan hjälpa och vara ett bra stöd till henne”.

Önskar att Team L.I.V. finns kvar

Flera närstående uppger på olika vis önskning om att Team L.I.V. ska finnas kvar framöver.

”Jag hoppas verkligen att Team LIV får finnas kvar för henne, de är en stor trygghet för henne”.

Några närstående önskar att Team L.I.V. är som det var från början. Relationen till kontaktpersonerna uppfattas som betydelsefull.

”.... det vore också bra om Team L.I.V. kunde ordna så att det blir två kontakter för min anhöriga igen. En mot Regionen och en mot kommunen”.

”Personalen ska trivas och ej bytas ut!”

”Det har fungerat bra med de två kontaktpersoner hon haft, men nu har en slutat och då har vår dotter sagt ifrån sig kontakten med Team L.I.V... Personkemin är jätteviktig!”

5.7 Fokusgrupper

Följande personer deltog i de fyra fokusgrupperna:

5.7.1 Medarbetare i Team L.I.V

Samtliga medarbetare som var anställda i Team L.I.V. 2015.02.10 (n=4) deltog i fokusgrupp. En av medarbetarna var inte aktiv vid fokusgruppsdiskussionen, men genomförde skattningen i efterhand.

5.7.2 Styrgrupp och ledningsgrupp

Samtliga personer i styrgrupp och ledningsgrupp för Team L.I.V. deltog i fokusgruppen (n=6). En person genomförde inte skattningen.

5.7.3 Blandad grupp medarbetare i kommun, Region och Capio

I den första gruppen deltog fyra personer; en LSS-handläggare, en boendepersonal, en enhetschef på ett boende och en psykolog på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. I den andra gruppen deltog sju personer; två LSS-handläggare, två boendestödjare, en boendepersonal, en skötare från psykiatrisk heldygnsvård och en skötare från psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Sammantaget kan uppfattningarna i fokusgrupperna speglas i fyra områden:

Uppdrag och ansvar

Uppdraget från huvudmännen uppfattades i alla fyra grupperna som otydligt. Detta var något som ansågs viktigt och något som påverkat Team L.I.V. ända från starten. Uppdragsbeskrivningen ansågs otydlig. Det saknades en tydlighet i vem som gör vad och en tydligare ansvarsfördelning efterfrågades, liksom klara och tydliga beslut.

Gemensamma mål och planering

Den viktigaste faktorn inom detta område var att nätverket tillsammans skulle sätta upp tydliga mål, vilket inte ansågs fungera särskilt väl. Uttalade och dokumenterade mål som är kända av hela nätverket efterfrågades. Det ansågs också viktigt att alla inom målgruppen har en SIP och att den används.

Kommunikation

En välfungerande kommunikation där alla i nätverket kan kommunicera med varandra på ett enkelt sätt, ansågs mycket viktigt vid arbete med målgruppen. Att ha möjlighet att diskutera lösningar tillsammans och kunna rådfråga det professionella nätverket, innan löften ges till patient/brukare ansågs viktigt. För att samverkan ska fungera bra kring målgruppen bör nätverket ta sig tid och prioritera att lämna över information till varandra.

Samsyn

Att ha samsyn inom nätverket ansågs ha stor betydelse. Att alla som är inblandade i ett ärende ska arbeta åt samma håll i hela kedjan är avgörande för att resultatet ska bli lyckat. Gemensamma överenskommelser som alla i nätverket håller sig till samt ett gemensamt förhållningssätt gentemot målgruppen efterfrågas.

5.8 Statistik

5.8.1 Inläggningsdygn

Inläggningsdygnet på gruppnivå ökade stadigt 2011-2014 för att sedan minska 2015. Mätperioden slutar 9 september 2015, vilket innebär att knappt fyra månader saknas i mätningen. Samma deltagare var inlagda ett stort antal dygn.

Tre av deltagarna hade inga inläggningsdygn under mätperioden. För exakt antal inläggningsdygn för varje avidentifierad deltagare se bilaga 13.

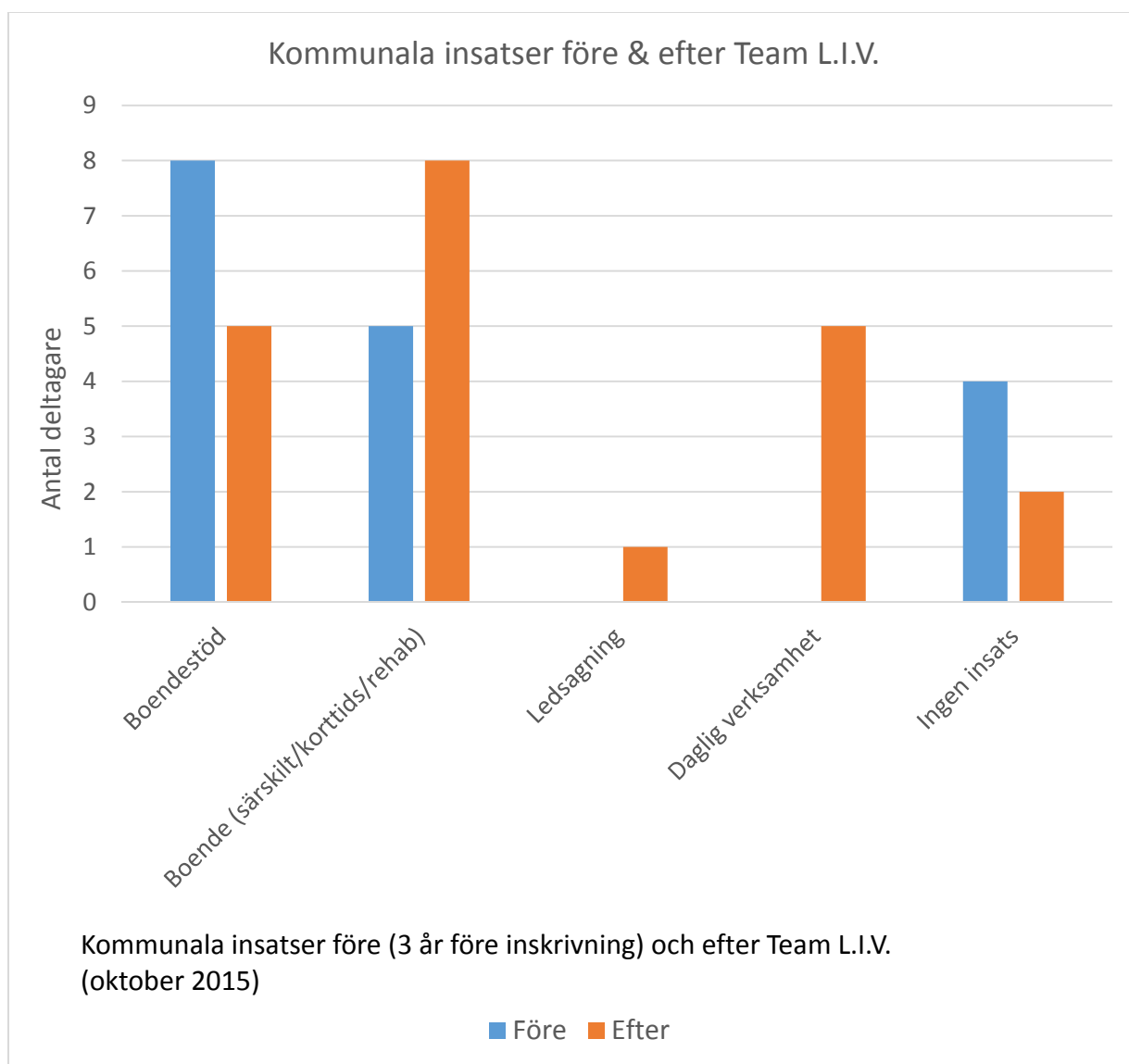
5.8.2 Externa placeringar

Två personer var externt placerade: en i 8 dagar och en i 90 dagar. Från juli 2014 var ingen av de deltagare Team LIV hade kontakt med placerad.

5.8.3 Insatser från kommunen

Före: Tre år före inskrivning i Team L.I.V. hade åtta deltagare boendestöd. Fem deltagare hade boende i kommunal regi, varav en av dessa hade särskilt boende, en bodde på ett korttidsboende och tre deltagare bodde på rehabiliteringsboende. En deltagare hade rehabilitering i eget boende som insats från kommunen. Ingen av deltagarna hade ledsagning eller daglig verksamhet. Fyra deltagare hade ingen kommunal insats från Vård- och omsorgskontoret (figur 2 och bilaga 13).

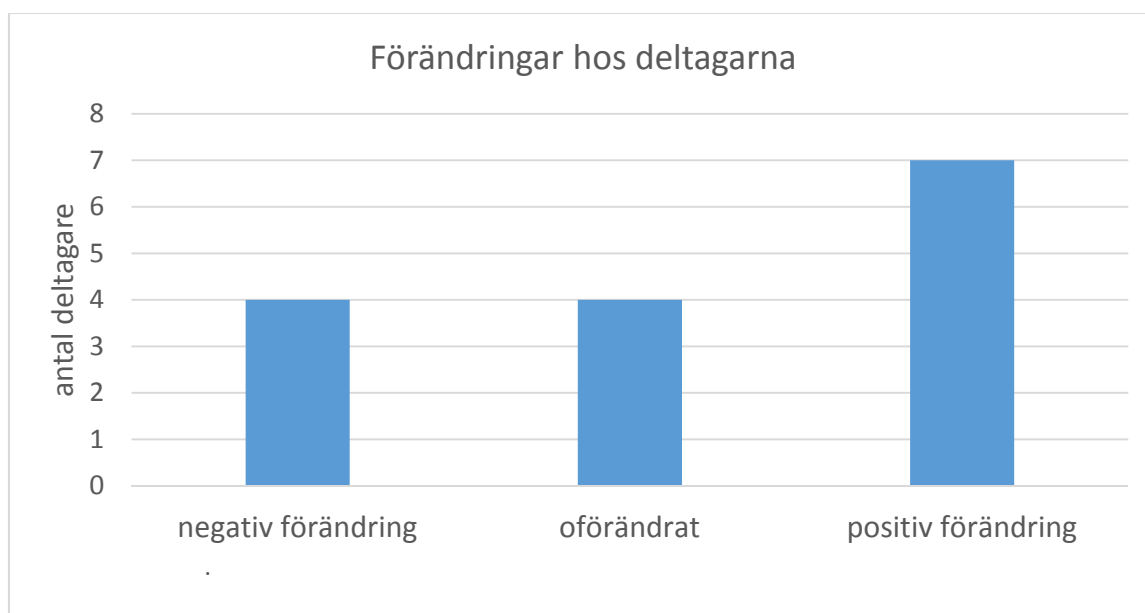
Efter: I oktober 2015, det vill säga efter att deltagarna varit inskrivna i Team L.I.V. hade fem av deltagarna boendestöd, åtta bodde i särskilt boende, en hade ledsagning och fem hade daglig verksamhet. Två hade ingen insats från Vård- och omsorgskontoret, en av dessa beroende på att hon flyttat till annan kommun.



Figur 2 Kommunala insatser före & efter Team L.I.V.

5.8.4 Positiva och negativa förändringar hos deltagaren

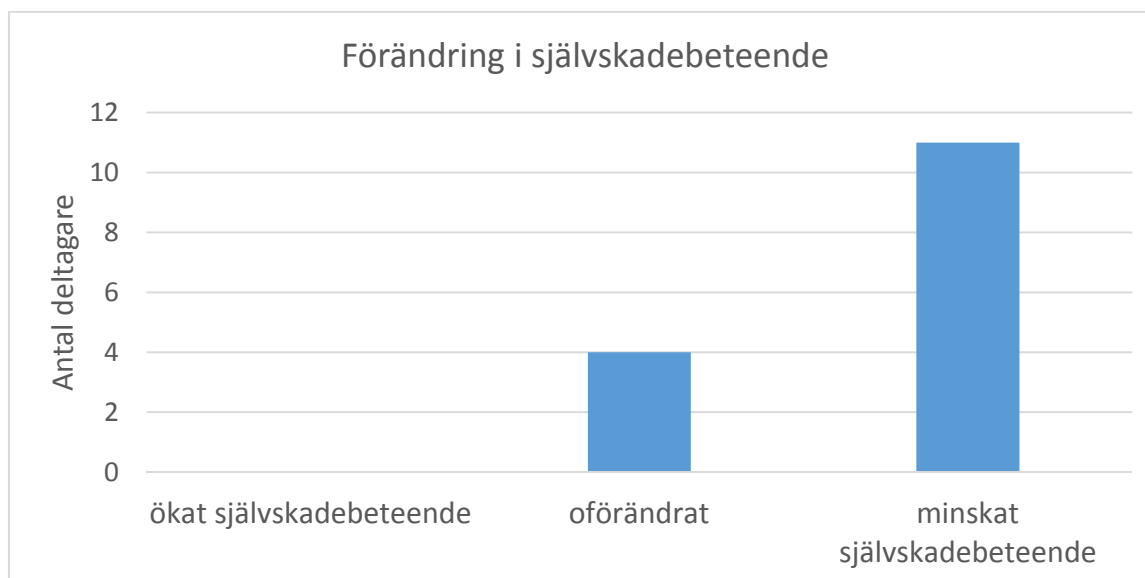
Medarbetarna skattade negativa förändringar hos fyra av deltagarna, oförändrat hos fyra av deltagarna och positiva förändringar hos sju av deltagarna, (figur 3), för detaljerad beskrivning av förändringar se bilaga 13.



Figur 3 förändringar hos deltagarna sedan inskrivning i Team L.I.V.

5.8.5 Förändringar i självskadebeteende

Medarbetarna skattade deltagarnas självskadebeteende som oförändrat i några fall (n=4) och minskat i de flesta fall (n=11). De skattade inte självskadebeteendet som ökat hos någon deltagare (figur 4).



Figur 4 Förändring i självskadebeteende hos deltagarna enligt medarbetarna

5.9 SCL-90

Resultat från självskattningarna med SCL-90 redovisas i bilaga 14. 13 deltagare har besvarat SCL-90 vid minst ett tillfälle. Normeringsvärde för deltagarna i Team L.I.V. (n=15) = 2,37.

Utgångsmedelvärdet för dem som genomgått 3 omgångar (n=8) = 2,21

Utgångsmedelvärdet för dem som genomfört 1 eller 2 omgångar (n=7) = 2,67

Det vill säga de som genomfört 3 omgångar skattar sitt mående bättre än de som genomfört en eller två omgångar.

5.10 Blanketten ”Frågor till personal”

Resultat från Blanketten ”Frågor till personal” redovisas nedan utifrån frågorna.

Hur har kontakten med deltagaren fungerat?

Vad har fungerat bra?

Medarbetarna anger att med ett fåtal deltagare har kontakten fungerat smidigt. Kontakten med deltagarna generellt har fungerat bättre, då allians har skapats mellan medarbetare och deltagare.

Vad har inte fungerat? (Utmaningar? Varför har det inte fungerat?)

Medarbetarna beskriver att det tar lång tid att etablera kontakt och skapa allians. Det är svårt att upprätthålla kontakten i många fall. Deltagare avbokar, uteblir, svarar inte, behöver påminnelser etcetera. Medarbetarnas arbete med deltagarna har i flera fall försvårats av att deltagaren vistats i psykiatrisk heldygnsvård, på behandlingshem eller haft akuta problem som gjort att de planer medarbetarna och deltagarna gjort upp ställs in. En utmaning är att deltagaren misstolkar, inte

pratar spontant eller vänder på dygnet. Någon deltagare har velat träffa medarbetarna hela tiden, vilket inte varit möjligt.

Hur har samverkan kring deltagaren fungerat?

Vad har fungerat bra?

De flesta deltagare har ett engagerat nätverk. Samverkan fungerar bra tillsammans med kontaktpersonerna på boendena, anhöriga och boendestöd. Deltagarna är i hög grad delaktiga i samverkan, eftersom medarbetarna är flexibla och anpassar exempelvis möten efter deltagaren. Medarbetarna kan gå igenom med deltagaren innan ett möte vad det ska handla om, förtydliga vad som beslutas vid ett möte, se till att deltagaren kommer till rätt plats i rätt tid etcetera.

Vad har varit svårt? (Varför har det varit svårt? Vad hade Team L.I.V. kunnat göra annorlunda? Vad hade ni önskat av den andra samverkansparten?)

I flera fall (n=6) är samverkan svår att få till stånd med psykiatrin. I vissa fall är engagemanget från psykiatrin svagt. Ibland genomförs planeringar utan att Team L.I.V. är delaktiga eller inbjudna. En annan svårighet är att få hela nätverket att hålla sig till en långsiktig planering. En majoritet av deltagarna har stora nätverk med många personer inblandade. Det är svårt att få samsyn i nätverket om problemet och åtgärderna. Uppdraget Team L.I.V. har är otydligt och ibland oklart för samverkansparter, vilket försvårar ytterligare. I flera fall är det svårt att samverka med boendepersonal (kontaktpersoner undantagna). Medarbetarna i Team L.I.V. ifrågasätter om de utgör ett hot mot boendepersonalen och personal i öppenvård psykiatrin. En annan försvårande faktor i samverkan är samverkansparternas låga kunskapsnivå, när det gäller målgruppens problematik. I några fall försvårar deltagaren själv samverkan med andra genom att avboka eller på olika vis begränsa samverkan.

Hur har det fungerat för deltagaren att arbeta med SCL-90?

Vad har fungerat bra?

Enligt medarbetarna klarar två av deltagarna att koncentrera sig på de 90 frågorna. Totalt uppskattar medarbetarna att två av deltagarna ger tillförlitliga svar.

Vad har varit svårt? (Varför har det inte fungerat? Varför har det inte varit aktuellt? Blir svaren tillförlitliga?)

Medarbetarna anser inte att svaren blir tillförlitliga för åtta av deltagarna och tveksamma för tre av deltagarna. Anledningar till att svaren ej anses tillförlitliga är att:

- Personen minns inte/har svårt att tänka tillbaka på den senaste veckan.
- Förstår ej frågorna.
- Kan ej koncentrera sig/för många frågor.
- Att fylla i medför ångest eller hopplöshetskänsla.
- Rädsla för hur svaren påverkar;
 - Att må ”för” bra medför mindre stöd
 - Att må dåligt medför risk för inläggning
 - Att må dåligt medför risk att barn omhändertas

Hur har resursen Team L.I.V. utnyttjas för deltagaren?

Har personalens kompetens/resurser kommit deltagaren till godo på ett optimalt sätt? (Om inte varför?)

Medarbetarna anger att deras kompetens kommit deltagarna till godo i stora drag. Dock anser de att kompetensen hos arbetsterapeut, sjuksköterska och socionom inte har utnyttjats optimalt. Det har ibland varit svårt att utnyttja resurserna i Team L.I.V. optimalt då deltagaren varit inlagd. Medarbetarna ser att deras stöd har saknats kvällar och helger.

Hade personen kunnat få stöd/hjälp som den inte har fått?

Medarbetarnas professioner skulle ha kunnat utnyttjas i större utsträckning, vilket exempelvis hade inneburit ett mindre antal inblandade i nätverket. Sjuksköterskan hade kunnat dela medicin eller arbetsterapeuten förskrivit kognitivt stöd. Det hade i sin tur kunnat innebära snabbare processer och ett mera samlat nätverk. Det hade också gynnat deltagarna om samarbetet med psykiatri och boendepersonal hade fungerat smidigare.

6 Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Intervjuerna med deltagarna innebar en möjlighet för deltagarna att framföra sina synpunkter. Att intervjuaren var en okänd person för alla deltagare som inte tillhörde organisationen hade troligen en positiv inverkan, då hon kan ha uppfattats som neutral och oberoende. En nackdel med intervjuer är att bearbetningen av materialet är mycket tidskrävande. Det finns en risk att de deltagare som var positivt inställda till Team L.I.V. var de som tackade ja till att intervjuas.

Att intervjuar medarbetare och chefer individuellt gav möjlighet för var och en att uttrycka sig fritt och det fanns tillfälle för utvärderaren att ställa följdfrågor utifrån vad som framkom. Eftersom intervjuerna genomfördes som det första steget i utvärderingen innebar de också en möjlighet för utvärderaren att lära känna medarbetare och chefer och få deras bild av Team L.I.V. En nackdel skulle kunna vara att utvärderaren vid den tidpunkten inte hunnit bli ordentligt insatt i verksamheten och kanske därför inte kunde ställa kritiska frågor eller uppfatta och tillvarata relevanta synpunkter.

Användning av enkäter som utvärderingsmetod innebär att möjligheten inte finns att ställa kompletterande och utvecklande frågor. En av frågorna i de båda enkäterna till deltagare och närstående bestod av en skala där respondenterna skulle markera med kryss. Detta gav ingen möjlighet för respondenterna att utveckla sitt svar. Övriga frågor var öppna, vilket möjliggjorde för respondenterna att beskriva fritt. Dessa var dock begränsade till tre frågor per enkät. Ett större antal frågor hade gett ett djupare resultat, men också inneburit en mera tidskrävande analys och eventuellt medfört att färre valt att besvara enkäten. Det finns en risk att de deltagare som var positiva till Team L.I.V. var

de som besvarade enkäten. Det finns också en risk att de uttryckte sig positivt för att de vet att Team L.I.V. kanske inte får vara kvar. Flera av svaren tydde på detta då det återkom på flera ställen att de önskade att Team L.I.V. ska få vara kvar. Detsamma gäller enkäten till närstående. Det finns en risk att den närstående som inte besvarade enkäten var mindre positiv till Team L.I.V. än de som besvarade den.

Vid fokusgrupperna var uppslutningen hög. Samtliga personer i lednings- och styrgrupp deltog. Detsamma gäller fokusgruppen för medarbetarna. I de två övriga grupperna med personal från olika verksamheter var olika delar i organisationen representerad. Det finns en risk att de personer som var positivt inställda till Team L.I.V. i högre utsträckning tackade ja till att delta i fokusgrupperna för personal från olika verksamheter. Det uttrycktes dock nyanserade synpunkter i alla grupper.

Medarbetarna i Team L.I.V. nedtecknade antal inläggningsdygn och externa placeringar. Det var dock inte alltid enkelt att veta exakt antal dygn deltagarna varit inlagda. Utvärderaren kontrollräknade och justerade därför antal dygn i extern placering och heldygnsvård tillsammans med administratör vid Regionens stab. Flera av deltagarna sökte akut, men stannade exempelvis bara några timmar eller nästan ett dygn. Därmed uppstod ett behov av att definiera vad som skulle räknas som heldygnsvård, nämligen att deltagaren skulle ha varit inskriven på psykiatrisk avdelning och stannat minst tolv timmar. Det hade underlättat datainsamlingen om detta definierats innan medarbetarna började nedteckningen av data. En brist i statistiken över inläggningsdygn är att den inte kunnat samlas in för hela året 2015 med anledning av att utvärderingen ska hinna sammanställas före 31/12 2015. Det hade varit intressant att se om heldygnsvården minskat under 2015 jämfört med tidigare år, eftersom resultatet visat tendenser till det.

Att medarbetarna själva skattade förändringar hos deltagarna var positivt på så sätt att de i de flesta fall har god insikt i deltagarnas mående och finns i deras närhet. En annan fördel är att alla deltagare blev skattade. Hade deltagarna själva erbjudits att genomföra skattningen hade det sannolikt inneburit ett bortfall. Å ena sidan hade troligen de som inte förbättrats genomfört skattningen i lägre utsträckning vilket hade snedvridit resultatet, å andra sidan hade deltagarnas egen uppfattning vägt tyngre. Medarbetarna skulle kunna ange att deltagarna förbättrats mer än vad de har gjort för att värdera sin egen arbetsinsats högre. Detta är sannolikt inte fallet. Medarbetarna uppmanades skriftligt och muntligt att även dokumentera negativa förändringar hos deltagarna, vilket de också gjorde.

Självskattningsinstrumentet SCL-90 valdes på goda grunder, då det är ett standardiserat instrument utformat för psykiatriska patienter. Det visade sig dock redan då det började användas att det var mycket problematiskt för just Team L.I.V.s deltagare, vilket medarbetarna signalerade till cheferna. Det beslutades likväl att SCL-90 skulle fortsätta användas projektiden ut. Det är en fördel att samma metod använts för att jämförelser över tid ska vara möjliga. Det visade sig dock att tillförlitligheten då deltagarna fyllde i var mycket låg. Därför kan resultatet inte användas för att konstatera huruvida symtomen ökat eller minskat.

Blanketten ”Frågor till personal” synliggjorde medarbetarnas syn på arbetet med deltagarna och framförallt de svårigheter deltagarnas kognitiva funktionsnedsättningar medför. Det var positivt att blanketten fylldes i för samtliga deltagare. Informationen begränsades dock till att återspegla medarbetarnas uppfattning, inte deltagarnas.

6.2 Resultatdiskussion

Resultaten av intervjuerna med deltagarna och enkäten deltagarna besvarat är samstämmiga. Deltagarna beskriver i både intervju och enkät att de får stöd att planera och påbörja aktiviteter, vilket ger dem en mera strukturerad vardag liksom att Team L.I.V. bidrar till att aktiviteter utförs som de annars skulle missa. I perioder då deltagarna psykiskt mår sämre fallerar rutiner och de isolerar sig, trots att de vet att det är under dessa perioder de har störst behov av social kontakt. Deltagarna betonar vikten av sysselsättning och vardagliga rutiner i både intervju och enkät. Att upprätthålla rutiner för sömn och mat innebär en svårighet för många av deltagarna. De anser att det är viktigt att ha någonstans att gå där de kan utföra aktiviteter eller umgås med andra, vilket Team L.I.V. har erbjudit flera av dem. Flera av deltagarna beskriver att det är viktigt att det professionella stöd de får är flexibelt både tidsmässigt och när det gäller vad stödet kan bestå av. Att få samtala med och veta att medarbetarna i Team L.I.V. finns tillgängliga ger trygghet och upplevd ökad hälsa. Relationen mellan medarbetare och deltagare ses som viktig och att det är kontinuitet i kontakten anses avgörande. Detta resultat stämmer väl överens med Socialstyrelsens (2012) beskrivning av hur en vård- och stödsamordnare bör arbeta för att skapa förtroende. Det framgår med tydlighet i intervjuerna med deltagarna samt i både enkäten till deltagare och närstående att förtroendet för medarbetarna i Team L.I.V. är högt.

Utvärderingen visar att det varit mycket problematiskt att tillsammans med deltagarna sätta upp mätbara mål med stöd och behandling. SIP har använts på alla deltagare, men mätbara mål har inte formulerats. I intervjuerna med medarbetarna framkom att de ser att deltagarna förbättras, men att de inte dokumenterar förändringarna och inte heller mätbara mål. Att göra mål så mätbara och konkreta som möjligt ökar chanserna för att de uppnås och leder till en förändring i beteende (Michalak & Holtforth, 2006). Det är avgörande för

motivationen att få återkoppling på om målet nåtts eller inte. Även i fokusgrupperna framkom vikten av att arbeta mot samma mål och att alla vet vad målet innebär.

I flera delar av utvärderingen framkommer brister i samverkan. I samtliga fyra fokusgrupper beskrivs att uppdraget från början var otydligt och att det fått stora efterdyningar som lett till negativa konsekvenser för deltagare, medarbetare, chefer, handläggare, boendepersonal, enhetschefer på boenden samt för personal inom psykiatrin. Samverkanssvårigheterna har bestått av problem med otydlighet i uppdraget och att veta vem som ansvarar för vad, att ha gemensamma mål och gemensamt förhållningssätt, kommunikation och samsyn. Därmed uppfylls inte något av de tre områden som Socialstyrelsen (2007) beskriver som förutsättningar för god samverkan. Även några av deltagarna beskriver i intervjun att det är otydligt vem som ansvarar för vad då flera huvudmän samverkar. De lyfter också svårigheten i att veta vad de kan förvänta sig av medarbetarna i Team L.I.V. utifrån deras uppdrag.

Inläggningdygnen har på gruppnivå ökat 2012-2014 istället för minskat. Eftersom ett litet antal deltagare under dessa år vårdats i heldygnsvård i mycket hög utsträckning påverkar det hela utfallet. Då slumpen hos varje enskild observation, i detta fall varje deltagare, är stor, kan inte slutsatser dras på gruppnivå (Körner & Wahlgren, 2006). Det är inte meningsfullt att dra slutsatser av statistiken på gruppnivå, eftersom resultaten inte speglar hur det varit för de flesta deltagare. Det finns inget statistiskt samband eller någon allmän trend som tyder på att inläggningdygnen minskat.

Det går inte att dra några slutsatser kring huruvida Team L.I.V. haft någon påverkan på antalet dygn i extern placering, eftersom det varit så få externa placeringar under de tre år Team L.I.V. pågått.

Det är anmärkningsvärt att antalet deltagare som bor i särskilt boende ökat från en till nio. Trots att deltagarna fått mera stöd i form av Team L.I.V. behöver ändå så många dessutom särskilt boende. Detta resultat väcker en del frågor; Har deltagarna blivit sämre under tiden i Team L.I.V. och därför behöver denna omfattande insats som särskilt boende innebära eller har behovet funnits men inte synliggjorts förrän deltagaren fick stöd från Team L.I.V? Har deltagarnas funktionsnedsättningar blivit tydligare för omgivningen i och med Team L.I.V? Har Team L.I.V. bidragit till att deltagarna nu är mera mottagliga för stöd eller har ökat sin insikt i vilken typ av stöd de behöver?

Resultatet av SCL-90 består av ett litet underlag, vilket medför att några jämförelser mellan mätvärden inte bör göras då risken för att slumpen påverkar är stor. Att mäta med den periodicitet som gjorts fångar inte upp den typen av slump (Körner & Wahlgren, 2006). Det är stor variation på utfallen för de enskilda deltagarna, vilket tyder på att måendet varierar mycket. Eftersom kvinnor i genomsnitt i befolkningen har ett normeringsvärde på 0,49, kvinnor i patientmaterialet 1,21 och deltagarna i Team L.I.V. 2,37 kan slutsatsen dras att de skattar sina symtom mycket högt, vilket innebär att de mår mycket dåligt. Resultatet av SCL-90 kan ha påverkats av att de som mått bättre i högre grad genomfört SCL-90 mer än två gånger, eftersom de (n=8) har ett genomsnittligt utgångsvärde på 2,21 jämfört med dem som endast genomfört en eller två omgångar där motsvarande siffra är 2,67. Det finns därför anledning att misstänka att de som mått sämre inte genomfört SCL-90 och att det genomsnittliga måendet för deltagarna sannolikt är ännu sämre än vad resultatet visar.

En arbetsgrupp bestående av representanter från de tre huvudmännen samt utvärderaren tillsattes under 2015 för att ta fram en beskrivning av målgruppens behov framöver på uppdrag av huvudmännens verksamhetschefer. Arbetet resulterade i ett tredelat förslag som kortfattat innehåller:

1. ACT-team för personer med självskadebeteende
2. Boende för personer med självskadebeteende
3. Sviktplatser (vid sviktande mående för att undvika inläggning) kopplade till boendet

Förslaget överlämnades till huvudmännens verksamhetschefer i oktober 2015. Arbetsgruppens förslag om ACT-team där psykiater och annan personal som är anställda under sin legitimation ingår, är något som framkommit tydligt som önskemål även i intervjuer med medarbetare. Ett sådant arbetssätt skulle sannolikt underlätta för målgruppen och minska risken för att de ”faller mellan stolarna”. Det skulle också troligen underlätta samverkan mellan kommun och psykiatri. Eftersom ACT har rekommenderats särskilt för personer med komplex psykiatrisk problematik (Marshall et al., 2000) är det sannolikt att det skulle falla väl ut för Team L.I.V.s målgrupp.

6.4 Slutsatser

Enligt deltagarna själva mår de bättre i och med kontakten med Team L.I.V. och de närstående beskriver en ökad hälsa hos deltagarna. Den flexibilitet medarbetarna i Team L.I.V. haft ses som en framgångsfaktor både bland deltagare och bland medarbetare. Slutsatsen kan inte dras att deltagarnas psykiska symtom förbättrats genom att använda metoden SCL-90. Det går inte heller att fastställa att heldygnsvård och externa placeringar minskat i och med Team L.I.V. Antalet deltagare som bor i särskilt boende har ökat kraftigt jämfört

med tre år innan Team L.I.V. Då deltagarna beskriver sin vardag framkommer omfattande kognitiva funktionsnedsättningar och komplex psykiatrisk problematik. Deltagarnas behov av stöd och hjälp med strategier i vardagen framgår med tydlighet. De anser sig med stöd av Team L.I.V. fått ett mera samordnat kontaktnät, en aktivare vardag, mera struktur och rutiner som de anser sig må bättre av. De anser vidare att de genom Team L.I.V. fått möjlighet att utöva aktiviteter som ger dem glädje och samhörighet och en känsla av trygghet och att de vet att de har någon att vända sig till. I Team L.I.V. har samverkan inneburit en stor utmaning och uppdraget har varit otydligt.

6.3 Tankar inför framtiden

För att vid tillskapandet av framtida projekt dra lärdom av de samverkanssvårigheter som funnits i Team L.I.V. kan ett alternativ vara att en förstudie genomförs innan projektet startas där uppdraget tydliggörs. Det skulle vara ett sätt att bereda väg i organisationen.

Då medarbetare i en verksamhet har olika chefer bör en chef vara ”operativ ledare” och ha tydliga mandat som är uttalade och överenskomna med medarbetare och övriga chefer alternativt bör en projektledare med mandat utses.

Då målgruppens behov kartläggs är det av stor vikt att även män med självskadebeteende tas i beaktning. Självskadande män har i högre grad ett missbruk (Taylor, 2003) än kvinnor med självskadebeteende. I Team L.I.V. är missbruk ett exklusionskriterie och samtliga deltagare är kvinnor. Eftersom män i lägre grad uppsöker vård för sina självskador (Madge et al., 2003) och ofta använder av allmänheten mera accepterade metoder (Taylor, 2003) är det angeläget att strategier finns i organisationerna för hur män med självskadebeteende och andra destruktiva beteenden omhändertas.

7 Referenser

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing. ISBN: 9780890425541

Bjärehed, J. (2012). *Aktuella teman inom självskadeforskning med relevans för behandlingsarbete: Terminologi och diagnostik, förekomster, allvarlighetsgrad, förståelsemodeller, social smitta och Internet*. Lunds universitet.

Brickman, B. (2004). "Delicate" cutters: gendered self-mutilation and attractive flesh in medical discourse. *Body and society*, 4(10), 87-111. doi: 10.1177/1357034X04047857

Brown, M. Z., Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198-202. doi: 10.1037/0021-843X.111.1.198

Byström, G. (2015). *Erfarenheter av vardagliga aktiviteteter och stöd i vardagen hos unga vuxna med självskadebeteende – en kvalitativ studie*. Examensarbete (magister) i arbetsterapi. Linköpings universitet.

Carlén, K. & Werner, J. (2004). *Fokusgrupp med kvalitetskarta*. Carlén & Werner AB. Södertälje.

Christiansen, B. & Baum, C. (2005). *Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being*. Edition: 3rd. ISBN-10: 1556425309

Claes, L., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (2005). Self-care versus self-harm: piercing, tattooing, and self-injuring in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 11-18. doi: 10.1002/erv.612.

Clark, R., Teague, G., Ricketts, S., Bush, P., Xie, H., McGuire, T., Drake, R., McHugo, G., Keller, A. & Zubkoff, M. (1998). Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Health Services Review*, 33(51), 1285–1308.

Creek, J. (2002). *Occupational Therapy and Mental Health*. 3:d ed. London. Churchill Livingstone.

Creek, J & Lougher, L. (2008). *Occupational Therapy and Mental Health*. Fjärde upplagan. Churchill Livingstone. Philadelphia, USA. ISBN-978-0-443-10027-7.

Egidius, H. (2008). Natur & Kulturs psykologilexikon. Natur & Kultur. ISBN: 9789127116580

Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J. & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *Journal of Affective Disorders*, 175, 147-151.

Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A. & van Heeringen, K. (1999). *Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self-harm*. The Cochrane Library. DOI: 10.1002/14651858.CD001764

James, K., Stewart, D. & Bowers, L. (2012). Self-Harm and Attempted Suicide within Inpatient Psychiatric Services: A Review of the Litterature. *International Journal of Mental Health Nursing* 21:10 (4) 301-309.

Kielhofner, G. (2012). *Model of human occupation: teori och tillämpning. Teori och tillämpning* (C. Falk, K. Falk & H. Stedman övers.). Lund: Studentlitteratur (Originalarbete publicerat 2008).

- Klonsky, D. & Muehlenkamp, J. (2007). Self-injury: A review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (11), 1045-1056.
- Klonsky, D. (2007). The Functions of Deliberate Self-Injury: A Review of the Evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239.
- Körner, S. & Wahlgren, L. (2006). *Statistisk dataanalys*. Fjärde upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Lloyd-Richardson, E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37, 1183–1192.
- Lundh, L. (2012). *Behandlingseffekter på självskadebeteende: Vad visar forskningen*. Lund. (Del 1/5 i förstudien till Nationella självskadeprojektet).
- Lundin, L. (red), Mellgren, Z. (red). (2012). *Psykiska funktionshinder: stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E., Corcoran, P., Fekete, S., van Heeringen, K., De Leo, D. & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people; comparative findings from Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 49(6), 667-677.
- Michalak, J., & Holtforth, M. G. (2006). Where do we go from here? The goal perspective in psychotherapy. *Clinical Psychology Science and Practice*, 13(4), 346-365.

Nationella självskadeprojektet. (2014). *Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende. Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin*. Tillgängligt via: <http://www.nationellasjalvskadeprojektet.se/download/18.40768cbb14b32a0480be44/1423638766200/Rekommendationerna+slutgiltig+version+2015.pdf>
Hämtad 2015.10.02.

Nationell psykiatrisamordning. (2006). *Vad är psykiskt funktionshinder?*
Rapport 2006:5.

Nock, M. K. (2009a). *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment and treatment*. Washington DC: American Psychological Association.

Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.13125

Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885–890.

Nordenfelt, L. (1991). *Hälsa och värde: studier i hälso- och sjukvårdens teori och etik*. Stockholm: Thales. Libris 8380787. ISBN 91-87172-37-2

Piuva, K. & Lobos, C. (2008). *Case management. Utvärdering av en arbetsmetod i samverkan mellan vård och socialtjänst*. Ersta Sköndal Högskola. Fältenheten.

Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists. (2003). *The Psychological Care of Mental Patients: A Practical Guide*. 2nd Ed. London.

Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E., & van Heeringen, K. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: A cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 601-607. doi:10.1007/s00127-008-0469-z

Scott, L.N., Pilkonis, P.A., Hipwell, A.E., Keenan, K. & Stepp, S.D. (2015). Non-suicidal self-injury and suicidal ideation as predictors of suicide attempts in adolescent girls: a multi-wave prospective study. *Comprehensive Psychiatry*. 58:1-10.

Socialstyrelsen. (2007). *Strategier för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa*. Hämtad på www.socialstyrelsen.se 2015.12.04.

Socialstyrelsen. (2012). *Case management*. Hämtad på www.socialstyrelsen.se 2015.11.17.

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. (2009). *Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården*. Avdelningen för Vård och Omsorg. Sektionen för Vård och Socialtjänst.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2015). *Skolbaserade program för att förebygga självskadebeteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: SBU-rapport nr 241. ISBN 978-91-85413-85-0.

Statens institutionsstyrelse, (SiS). (2002). *SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan*. SiS följer upp och utvecklar, rapport nr 4/02. ISSN 1403-1558.

Taylor, B. (2003). Exploring the perspectives of men who self-harm. *Learning in Health and Social Care*. 2(2), 83-91.DOI: 10.1046/j.1473-6861.2003.00042.x

Tsirigotis, K., Gruszczynski, W. & Lewik-Tsirigotis, M. (2013). Manifestations of Indirect Self-Destructiveness and Methods of Suicide Attempts. *Psychiatry Quarterly*, 84, no 2.

Tureck, K., Matson, J. & Beighley, J. (2013). An Investigation of Self-Injurious Behaviors in Adults with Severe Intellectual Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. 34(9), 2469-74.

Wilcock. A. (2006). An occupational perspective of health (2nd ed.). Thorofare, NJ: SLACK Incorporation.

World Health Organization, WHO (1948). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death: sixth revision of the International lists of diseases and causes of death, adopted 1948*. Geneva: World Health Organization.

BILAGA 1

Hej!

Mitt namn är Gisela Byström och jag pluggar på universitetet i Norrköping. Under vårterminen ska jag skriva en uppsats och den ska användas till en utvärdering av den försöksverksamhet du deltar i. Jag vill intervjua dig i ungefär 30 min för att få veta vad du tycker om det stöd du får från försöksverksamheten. Ingen annan person kommer att vara med under intervjun. Platsen för intervjun bestämmer du och jag tillsammans.

Samtalet kommer att spelas in på bandspelare om du godkänner det. Det är endast jag och min handledare som kommer att lyssna på inspelningarna. Ingen kommer att kunna känna igen vad du har svarat.

Det är helt frivilligt att delta och du kan när som helst avbryta om du inte vill vara med längre.

För att kunna boka tid och bestämma plats för intervjun behöver jag få ditt namn och dina kontaktuppgifter.

Har du några frågor får du gärna höra av dig till mig!

Gisela Byström

Pia Käcker (Handledare)

Telefonnummer: xxxx-xxx xxx

pia.kacker@liu.se

giselabystrom@hotmail.com



BILAGA 2

Samtycke

Den här intervjun kommer att ta ungefär 30 minuter. Frågorna kommer att handla om din vardag, din fritid, ditt mående och om försöksverksamheten du deltar i.

Intervjun kommer att spelas in på bandspelare. Det är endast jag och min handledare som kommer att lyssna på inspelningarna. Ingen kommer att kunna känna igen vad du har svarat.

Det är helt frivilligt att delta och du kan när som helst avbryta om du inte vill vara med längre utan att berätta för mig varför.

Ja, jag vill vara med på en intervju. Det går bra att intervjun spelas in och jag vet att jag får avbryta intervjun när jag vill:

Namn: _____

Datum: _____

Intervjuguide deltagare Team L.I.V

- **Vad betyder Team L.I.V. för dig?**

Din vardag och dina aktiviteter

- **Berätta hur en vanlig dag ser ut för dig!**

Vad gör du på vardagarna? (Måndag/tisdagar, förmiddag/eftermiddag osv)

Har du några rutiner under dagen/veckan?

Hur länge har du haft de vardagliga rutiner du har idag?

Hur såg dina rutiner ut förut?

Tycker du att det är viktigt med rutiner?

Varför är det viktigt/inte viktigt med rutiner?

Planerar du dina dagar/din vecka själv?

(Om ja) Hur tycker du att det är att planera dina dagar/din vecka själv?

(Om nej) Hur tycker du att det är när någon annan planerar/hjälper dig planera dina dagar/din vecka?

Hur gör du när du/ni planerar dina dagar/din vecka? (Skriver ner, schema, mobilen)

- **Berätta vad du tycker om att göra på fritiden!**

Vad är fritid för dig? (Är det någon skillnad mellan planerade aktiviteter och fritid)

Är det viktigt att ha fritid?

Vad är det som är bra/dåligt med att ha fritid?

Varför är det viktigt/inte viktigt?

Planerar du din fritid själv?

Är det bra/inte bra att planera fritiden?

(Om ja) Är det viktigt att få bestämma själv vad du ska göra på fritiden?

(Om nej) Hur tycker du att det är att inte planera din fritid själv/hur tycker du att det är att få hjälp med att planera din fritid?

Tycker du att du har lagom mycket planerad vardag och fritid?

Är det viktigt att ha en bra balans mellan planerad vardag och fritid?

Utför du några av dina aktiviteter ensam? Berätta vilka!

Hur tyckte du att det är att utföra aktiviteter ensam?

Utför du några av dina aktiviteter tillsammans med andra? Berätta vilka!

Berätta hur du tycker att det är att utföra aktiviteter tillsammans med andra?

Med vem utför du vilka aktiviteter?

Är det viktigt med vem du utför aktiviteterna?

Ditt mående

Kan du börja med att berätta hur du mår idag?

- **När mår du inte bra?**

Vad gör du när du inte mår bra?

Kan du få hjälp av någon när du inte mår bra?

Kan du berätta för mig vad du vill ha för hjälp när du inte mår bra?

Är det viktigt vilken person som hjälper dig när du inte mår bra?

(Om ja) Varför är den/de personerna är bra på att hjälpa?

- **När mår du bra?**

Berätta vad du gör när du mår bra!

- **Är det något mer du vill berätta?**

Intervjuguide medarbetare Team L.I.V.

1. Vilka arbetsmetoder har du/ni använt sedan försöksverksamheten startade (du började)?
2. Finns det någon/några andra arbetsmetoder du tror skulle fungera bättre/skulle vilja prova?
3. Hur har det fungerat? Vilka resultat har det medfört?
4. Anser du att du har den utbildning/erfarenhet som du tycker krävs för ditt arbete?
5. Finns del mål för deltagarna? Tydliga? Nerskrivna?
6. Anser du att din roll är tydlig?

BILAGA 5

Intervjuguide för intervjuer med chefer för medarbetarna

1. Hur ser du på syftet med försöksverksamheten, vad ska uppnås?
2. Vilka metoder används av personalen i Team LIV?
3. Vad har du sett för positiva effekter och svårigheter så här långt?
4. Hur ser du på min roll som utvärderare? Vad är mitt uppdrag?

Enkät till deltagare i Team LIV

BILAGA 6

Mina erfarenheter av Team LIV är:
(Sätt ett kryss på linjen där du tycker det passar bäst)

 Dåliga

Varken eller

Bra 

Skriv ner tre saker som Team LIV har inneburit för dig:

- 1.
- 2.
- 3.

Skriv ner tre saker som du tycker har förändrats sedan du fick kontakt med Team LIV: (om inget har förändrats kan du ta nästa fråga)

- 1.
- 2.
- 3.

Skriv ner tre saker som du önskar fortsättningsvis?



Hej!

Jag skriver till dig för att du har kontakt med Team LIV. Jag heter Erika Högstedt och har tidigare bitt dig om hjälp för att utvärdera Team LIV.

I utvärderingen av Team LIV är det viktigt att ta reda på vad du tycker. För att kunna se om det blivit några förändringar sedan du fick stöd av Team LIV vill jag be dig att fylla i enkäten som finns med i brevet. Om du inte vill fylla i enkäten behöver du inte ange varför. Dina svar kommer att vara helt anonyma. Ingen kommer att veta vad just du har svarat.

När du fyllt i enkäten lägger du den i kuvertet som jag skickat med, klistrar igen och postar. Du behöver inte sätta på frimärke. Du kan också lämna kuvertet igenklistrat till personalen i Team LIV.

Om du undrar något är du varmt välkommen att ringa eller maila mig och fråga.

Tack för hjälpen!

Erika Högstedt
Ansvarig för utvärderingen av Team L.I.V.
011-15 63 86 / erika.hogstedt@norrkoping.se

Enkät till närstående

Mina erfarenheter av Team LIV är:
(Sätt ett kryss på linjen där du tycker det passar bäst)

☹️ Dåliga

Varken eller

Bra ☺️

Vad har Team LIV inneburit för din närstående?

Vad kan du se för förändring hos din närstående sedan hon fick kontakt med Team LIV?

Vad har team LIV inneburit för dig som närstående?

Vad önskar du för stöd fortsättningsvis?



Hej!

Jag skriver till dig för att du har en närstående som har kontakt med Team LIV. Jag heter Erika Högstedt och ansvarar för utvärderingen av Team LIV.

I utvärderingen är det viktigt att ta reda på vad du som anhörig tycker. För att ta reda på om du anser att det skett några förändringar sedan din anhöriga fick stöd av Team LIV vill jag be dig att fylla i bifogad enkät. De två första frågorna rör din anhöriga och de två sista är riktade till dig som anhörig. Det är frivilligt att fylla i enkäten och du behöver inte motivera varför om du inte vill. Dina svar kommer att vara helt anonyma. Ingen kommer att veta vad just du har svarat. Två enkäter skickas med i fall det är mer än en anhörig som vill svara.

När du besvarat enkäten postar du den i det bifogade frankerade kuvertet. Om du undrar något är du varmt välkommen att ringa eller maila mig och fråga.

Tack för hjälpen!

Erika Högstedt
Ansvarig för utvärderingen av Team L.I.V. 011-15 63 86 /
erika.hogstedt@norrkoping.se

Manual till flödesschema för varje deltagare i Team L.I.V.

För att kartlägga vilka insatser varje deltagare som är inskriven i Team L.I.V. har och synliggöra förändringar ska ett flödesschema fyllas i. Det som ska listas är sådant medarbetarna känner till utan att kontrollera uppgifter i journal eller hos andra instanser. Här följer en manual/lathund för vad som ska anges i de olika kolumnerna.

Insatser från Team L.I.V.

Här listas de insatser Team LIV har gett deltagaren från antagning till 15.11.01. Det ska inte vara detaljerat.

Förändringar för deltagaren fram till 15.11.01.

Här listas "objektiva" förändringar/resultat som skett från antagning till 2015.11.01. Större och mindre förändringar ska listas, positiva och negativa som skett för deltagaren. Observera att det bara är FÖRÄNDRINGAR som ska dokumenteras. Hade deltagaren redan vid antagning en ätstörningsproblematik eller ett mopedkörkort ska det inte listas om det inte förändrats. Subjektiva upplevelser, som att deltagaren exempelvis mår bättre eller verkar gladare, listas inte. Exempel på vad som kan listas: *deltagaren har tagit körkort, påbörjat regelbunden fritidssysselsättning, påbörjat missbruk, förbättrat skolnärvaron, sänkt betygen, mindre tid vid datorn, hälsosammare livsstil (äter hälsosammare, självskadebeteende/ sexuella beteenden har ökat), minskat deltagande vid möten, ökad aktivitetsförmåga (t.ex. bäddar, lagar mat).*

Förändring i självskadebeteende

Här anges om deltagarens självskadebeteende anses ha ökat, är oförändrat eller har minskat.

BILAGA 11

SCL 90

Namn _____ Nummer _____

Datum _____ Ålder/födelsedatum _____

INSTRUKTION

Nedan följer en lista över problem och besvär som man ibland har. Listan består av 90 olika påståenden. Läs noggrant igenom ett i taget och ringa därefter in siffran till höger som visar hur mycket problemet ifråga har besvärat Dig **den senaste veckan**.

Markera alltså med en ring det alternativ (0-4), som Du tycker bäst beskriver hur Du känt det under det senaste 7 dagarna. Markera bara **ett** alternativ för varje påstående och försäkra Dig om att Du inte hoppar över något.

Studera exemplet nedan innan Du börjar.

EXEMPEL:

Hur mycket har Du besvärats av:

	Inte alls 0	Lite grand 1	Måttligt 2	Ganska mycket 3	Väldigt mycket 4
1. Ont i ryggen					

Hur mycket har Du besvärats av:

	Inte alls 0	Lite grand 1	Måttligt 2	Ganska mycket 3	Väldigt mycket 4
1. Huvudvärk					
2. Nervositet eller inre oro					
3. Återkommande tankar, ord eller idéer, som Du inte kan göra Dig fri från					
4. Svinningskänsla eller yrsel					
5. Förlust av sexuellt intresse eller njutning					
6. Att känna Dig kritisk mot andra					
7. Känsla av att någon annan kan kontrollera Dina tankar					
8. Känsla av att andra är skuld till de flesta av Dina problem					
9. Svårigheter att komma ihåg saker och ting					
10. Oro över slarv eller vårdslöhet					
11. Att Du lätt blir förargad eller irriterad					

Hur mycket har Du besvärats av:	Inte alls	Lite grand	Måttligt	Ganska mycket	Väldigt mycket
12. Smärtor i hjärtraktet eller i bröstet	0	1	2	3	4
13. Att känna Dig rädd när Du vistas på öppna platser eller på gator	0	1	2	3	4
14. Tröghet eller brist på energi	0	1	2	3	4
15. Tankar på att ta Ditt liv	0	1	2	3	4
16. Att höra röster som andra människor inte hör	0	1	2	3	4
17. Att känna Dig darrig	0	1	2	3	4
18. En känsla av att de flesta människor inte går att lita på	0	1	2	3	4
19. Dålig apirit	0	1	2	3	4
20. Att ha lätt för att brista i gråt	0	1	2	3	4
21. Att Du känner Dig blyg eller besvärad inför det motsatta könet	0	1	2	3	4
22. Känslan av att vara snärjd eller fångad	0	1	2	3	4
23. Att plötsligt känna Dig rädd utan anledning	0	1	2	3	4
24. Okontrollerbara utbrott av ilska	0	1	2	3	4
25. Rädsla för att gå hemifrån ensam	0	1	2	3	4
26. Att klandra Dig själv för saker och ting	0	1	2	3	4
27. Smärtor i nedre delen av ryggen	0	1	2	3	4
28. Att har svårt att få saker och ting gjorda	0	1	2	3	4
29. Ensamhetskänslor	0	1	2	3	4
30. Nedstämdhet	0	1	2	3	4
31. Alltför mycket oro för saker och ting	0	1	2	3	4
32. Brist på intresse för saker och ting	0	1	2	3	4
33. Rädsla och ängslighet	0	1	2	3	4
34. Att bli lätt sårad	0	1	2	3	4
35. Känslan av att andra vet vad Du tänker	0	1	2	3	4
36. En känsla av att andra inte förstår Dig eller inte bryr sig om Dig	0	1	2	3	4

Hur mycket besväras du av:	Inte Alls	Lite grand	Måttligt	Ganska mycket	Väldigt mycket
37. Att känna att andra är ovänliga eller tycker illa om Dig	0	1	2	3	4
38. Att behöva göra saker och ting mycket långsamt för att vara säker på att det blir rätt	0	1	2	3	4
39. Hjärtklappning eller andra obehagskänslor från hjärtat	0	1	2	3	4
40. Illamående eller orolig mage	0	1	2	3	4
41. Att du känner Dig underlägsen andra	0	1	2	3	4
42. Värk eller ömhet i musklerna	0	1	2	3	4
43. Känslan av att andra iakttar Dig eller pratar om Dig	0	1	2	3	4
44. Svårigheter att somna	0	1	2	3	4
45. Att Du måste kontroller vad Du gör gång på gång	0	1	2	3	4
46. Att har svårt för att bestämma Dig	0	1	2	3	4
47. Rädsla på att åka med tåg, buss, spårvagn eller tunnelbana	0	1	2	3	4
48. Att ha svårt att andas	0	1	2	3	4
49. Vågor av kyla eller värme genom kroppen	0	1	2	3	4
50. Att Du måste undvika vissa saker, platser eller aktiviteter, därför att de skrämmer dig	0	1	2	3	4
51. En känsla av tomhet i huvudet	0	1	2	3	4
52. Att det domnar eller sticker i olika delar av kroppen	0	1	2	3	4
53. En känsla av en klump i halsen	0	1	2	3	4
54. Känslor av hopplöshet inför framtiden	0	1	2	3	4
55. Koncentrationssvårigheter	0	1	2	3	4
56. Svaghet i delar av kroppen	0	1	2	3	4
57. Att Du känner Dig spänd eller uppjagad	0	1	2	3	4
58. Att du känner Dig tung i armar eller ben	0	1	2	3	4
59. Tankar på döden och hur det är att dö	0	1	2	3	4

Hur mycket besväras du av:	Inte Alls	Lite grand	Måttlig	Ganska mycket	Väldigt mycket
60. Att Du äter för mycket	0	1	2	3	4
61. Obehag, när andra iakttar Dig eller pratar om Dig	0	1	2	3	4
62. Tankar, som inte är Dina egna	0	1	2	3	4
63. Impulser att slå, skada eller göra någon illa	0	1	2	3	4
64. Att vakna tidigt på morgonen	0	1	2	3	4
65. Handlingar som Du måste upprepa flera gånger eller utföra efter ett bestämt mönster (t.ex. röra vid vissa saker, tvätta Dig eller räkna)	0	1	2	3	4
66. Orolig eller störd sömn	0	1	2	3	4
67. Impulser att slå sönder eller krossa saker	0	1	2	3	4
68. Idéer eller övertygelser, som andra inte delar	0	1	2	3	4
69. Att känna Dig mycket osäker och generad tillsammans med andra människor	0	1	2	3	4
70. Obehag när Du vistas bland mycket folk (t.ex. i affärer eller på biografer)	0	1	2	3	4
71. Att allt känns ansträngande	0	1	2	3	4
72. Ångest- eller panikattacker	0	1	2	3	4
73. Obehag att dricka eller äta ute (t.ex. på barer eller restauranger)	0	1	2	3	4
74. Att ofta hamna i häftiga ordväxlingar	0	1	2	3	4
75. Att känna Dig nervös, när Du är ensam	0	1	2	3	4
76. Att andra inte tillräckligt uppskattar det Du gör	0	1	2	3	4
7.7 Att Du känner Dig ensam även när Du är tillsammans med andra	0	1	2	3	4
78. Oro och rastlöshet så att Du inte kan sitta still	0	1	2	3	4
79. Känslor av att vara värdelös	0	1	2	3	4
80. Känslan att välbekanta saker är underliga eller överkliga	0	1	2	3	4

Hur mycket besväras du av:	Inte Alls	Lite grand	Måttligt	Ganska mycket	Väldigt mycket
81. Att du skriker eller kastar saker	0	1	2	3	4
82. Rädsla för att svimma när Du vistas ute bland folk	0	1	2	3	4
83. Känslan att folk skulle utnyttja Dig om de kunde	0	1	2	3	4
84. Sexuella tankar oroar Dig mycket	0	1	2	3	4
85. Tankar att Du borde bli straffad för dina synder	0	1	2	3	4
86. Att känna Dig pressad att få saker gjorda	0	1	2	3	4
87. Känslan att Du har något allvarligt kroppslig fel	0	1	2	3	4
88. Att aldrig känna Dig nära någon annan människa	0	1	2	3	4
89. Skuld känslor	0	1	2	3	4
90. Föreställningen att det är något fel på Ditt förstånd	0	1	2	3	4

Tack för hjälpen.

Frågor till personalen i Team L.I.V

Frågorna besvaras utifrån en deltagare. Kontaktpersonerna besvarar frågorna tillsammans (frågorna besvaras alltså bara en gång per deltagare). Frågorna besvaras utifrån hur det varit sedan deltagaren började i Team LIV till och med det datum frågorna besvaras. De kursiverade frågorna är hjälpfrågor som kanske inte är relevanta för alla deltagare.

Svaren avser deltagare med följande initialer:

Kontaktpersoner:

Datum då frågorna besvarades:

Hur har kontakten med deltagaren fungerat?

Vad har fungerat bra?

Vad har inte fungerat? (Utmaningar? Varför har det inte fungerat?)

Hur har samverkan kring den här deltagaren fungerat?

Vad har fungerat bra?

Vad har varit svårt? (Varför har det varit svårt? Vad hade Team LIV kunnat göra annorlunda? Vad hade ni önskat av den andra samverkansparten?)

Hur har det fungerat för den här deltagaren att arbeta med Måldokumentet? Vad har fungerat bra?

Vad har varit svårt? (Utmaningar? Varför har det inte fungerat? Varför har det inte varit aktuellt?)

Hur har det fungerat för den här deltagaren att arbeta med SCL-90?

Vad har fungerat bra?

Vad har varit svårt? (Varför har det inte fungerat? Varför har det inte varit aktuellt?)

Blir svaren tillförlitliga?

Hur har resursen Team LIV utnyttjas för den här deltagaren?

Har personalens kompetens/resurser kommit deltagaren till godo på ett optimalt sätt? (Om inte varför?)

Hade personen kunnat få stöd/hjälp som den inte har fått?

BILAGA 13

Person	Antal inläggningdygn i psykiatrisk heldygnsvård						Kommunala insatser		Insatser från Team LIV		Förändringar	Förändringar i självskadebeteende			
	Kod	2010	2011	2012	2013	2014	2015 till sep	Tre år före inskrivning i Team LIV	Insatser oktober 2015	Till deltagaren		Till andra i nätverket	Postiva och negativa	Ökat	Minskat
1	0	2	0	100	95	62	Ingen insats	Särskilt boende	stödande samtal, hembesök, följa med till myndigheter	Samordna nätverk, anhörigstöd	Mindre allvarliga självskador, Påbörjad soc.trän, Ökad tillit		x		
2	3	33	12	173	360	50	BST och särskilt boende (flyttkarusell)	Särskilt boende	stödande samtal, hembesök	Samordna nätverk, stöd till boendepersonal, anhörigstöd	Annat boende		x		
3	33	22	14	0	0	0	Rehabboendet	Särskilt boende, daglig verksamhet	stödande samtal, hembesök, följa med till myndigheter	Samordna nätverk, anhörigstöd, stöd till boendepersonal	Inga självskador, går i skolan, mer självständig		x		
4	0	0	0	0	0	0	Ingen insats	Särskilt boende, daglig verksamhet	stödande samtal, hembesök, följa med till myndigheter	Samordna nätverk, anhörigstöd, stöd till boendepersonal	Husdjur, ingen sysselsättning, försämrad kroppslig hälsa		x		
5	0	0	21	9	8	18	Rehabboendet	Särskilt boende (avslutad)	stödande samtal, hembesök, skjutsa	Samordna nätverk	Ingen förändring				x
6	40	15	22	1	67	0	Ingen insats	Ingen insats	stödande samtal, hembesök, väckning, skjuts, följa med	Samordna nätverk, hbs, anhörigstöd	Går i skolan, söker mindre akut		x		
7	0	2	35	0	0	0	BST	Ingen insats, tillhör annan kommun	stödande samtal, hembesök, försök att hitta meningsfull vardag	Samordna nätverk	Ökad tillit, försämrat kroppsligt mående				x
8	0	0	132	0	0	0	BST och Rehabboendet	BST	stödande samtal, hembesök, öppet hus, följa med till myndigh	Samordna nätverk, anhörigstöd, stöd till personal	Behöver mindre kontakt, jobbar 50%		x		
9	0	0	0	0	0	0	BST	BST, ledsagning	stödande samtal, hembesök, aktivitet, följa med till myndigh	Samordna nätverk, anhörigarbete med barn	Sämlre fysisk hälsa		x		
10		0	0	22	42	7	BST	BST (särskilt boende snart)	stödande samtal, hembesök	Samordna nätverk	Ökat missbruk				x
11		2	3	150	0	14	BST	Särskilt boende, daglig verksamhet	stödande samtal, hembesök, aktivitet, följa med till myndigh	Samordna nätverk, anhörigstöd, stöd till boendepersonal	Mer aktivitet, ökat föräldraskap?				x
12		0	0	0	0	0	BST	BST	stödande samtal, hembesök, aktivitet, följa med till myndigh	Samordna nätverk	Sambo+annat boende, Minskade myndighetskontakter		x		
13	14	0	5	2	0	0	BST, korttidsboende	Särskilt boende, daglig verksamhet	stödande samtal, hembesök, öppet hus, följa med till mynd	Bygga upp o samordna nätverk, stöd till boendepers	Annat boende, mer självständig, mer avancerad syssels		x		
14		3	8	0	0	0	Ingen insats	Särskilt boende, daglig verksamhet	stödande samtal, hembesök, aktivitet	Samordna nätverk, stöd till boendepers, anhörigstöd	Ökad tillit, mindre aktivitet i vardagen, försämrad hälsa		x		
15	0	0	0	0	0	0	Rehabilitering i eget boende	BST	stödande samtal, aktivitet, följa med till myndigh	Samordna nätverk	Ökad BST, ökad tillit		x		
Summa	90	79	252	457	572	151						0	11	4	

BILAGA 14

Förklaring till tecken i vänsterkolumnen

a=fientlighet/vrede få=fobisk ångest p=psykoticism s=somatisering å=ångest
d=depression ik=interpersonell sensitivitet pf=paranoidt tänkande t=obsessiv-kompulsivitet, (tvångssyndrom)

Omgång 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
s	1,58	2,25	3,17	0,75	2,83	3,42	2,17	0,92	2	3,75	3,58	2,42	0,17	2,58	4
t	2,4	2,3	2,7	1,6	2,2	3,4	2,3	0,8	1,6	3	3,9	2,3	0,1	3,3	3,9
ik	2,78	2,89	2	2,22	2,22	2,78	2,56	0,78	2,33	2,78	2,89	2,22	0,56	2,22	4
d	3,15	3,46	3,31	2,54	2	3,46	3,46	2,31	2,08	3,08	3,77	3,69	0,38	3	4
å	2,3	2,9	3	1,6	2,8	3,6	2,8	0,8	1,4	3,6	3,6	3,1	0,6	2,7	4
a	2,67	3,17	0,5	1,33	1,17	1,17	1,5	0	0,17	2,67	0,83	0,33	0,83	3,33	4
få	1,43	1	1,86	1	3	2,14	2	1,57	2,57	2,86	3,86	3,29	0,43	2,14	4
pf	3	2,5	0,67	2,33	1,5	2,17	3	0	2,17	2,83	4	1,17	1,33	2,17	4
p	1,9	1,1	1,7	1,6	2	2,2	2,8	0,8	1,5	3,8	3	1,1	0,4	2,3	3,9
t	2,43	1,29	2,71	2,86	2,43	3,29	2,86	2,43	2,29	3,57	3,71	2,14	0,71	2	4
Summa	2,35556	2,34444	2,35556	1,76667	2,26667	2,9	2,6	1,11111	1,83333	3,24444	3,38889	2,32222	0,48889	2,61111	3,97778

Omgång 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
s	0,92	1,83	3,5	0	1,67	1,08	2,08	2,5	2,75	2,83	3,5	3	0,67
t	2,9	2,5	3,4	0	1,3	0,5	1,8	2,4	2,4	2,5	3,3	3,9	0,9
ik	2,89	3	2,44	0,33	1,11	1,56	2,22	2,67	3,44	2,33	3,56	3,67	1
d	2,69	3,23	3,62	0,69	1,23	1,31	2,92	3,38	3,15	3,23	3,85	3,85	1,54
å	2,5	2,2	3,5	0,1	1	0,7	2,4	2,4	2,5	3,1	3,9	3,4	0,6
a	2,67	4	1,17	0	0,33	0	0,67	0	1	2	2,17	2,67	0
få	1,86	1,71	3,14	0	1	0,14	1,43	3,14	2,86	1,71	4	3,86	0,43
pf	3,17	2,83	1,17	0,83	1,33	0,17	1,17	1,33	3	1,67	3,83	2,5	0,33
p	2,8	1,8	2,2	0	0,5	0,2	1,5	1,6	1,1	3,7	2,7	2,3	0,3
t	1,71	2,86	3	1,14	0,71	0,71	2,57	3,29	3,14	2,43	4	3,71	0,43
Summa	2,37778	2,54444	2,87778	0,28889	1,06667	0,72222	1,98889	2,38889	2,56667	2,67778	3,5	3,32222	0,7

BILAGA 14

Förklaring till tecken i vänsterkolumnen

a=fientlighet/vrede få=fobisk ångest p=psykoticism s=somatisering å=ångest
d=depression ik=interpersonell sensitivitet pf=paranoidt tänkande t=obsessiv-kompulsivitet, (tvångssyndrom)

Omgång 3	1	2	3	4	5	6	7	8
s	1,25	1,83	3,42	0,25	1,92	2,83	1,33	1,42
t	1,5	2,5	2,8	0,5	1,4	3,1	1,3	2,2
ik	2,22	2,78	2,22	0,44	1,44	2,44	2,11	2,89
d	2,08	3,69	3,38	0,54	1,31	3,08	2,23	3,08
å	1,5	2,5	3	0,5	1,8	2,7	2,2	2,5
a	2,33	2,5	1	0	0,5	1	1	1
få	2,71	2,43	1,86	0	1,29	1,71	1,29	3,29
pf	2,33	2,5	0,83	1,33	1,67	2,5	1,17	1,17
p	2,4	2,6	1,1	0	0,9	1	1,5	2
t	2,29	2,71	2,43	0,43	1,43	2,57	0,71	2,71
Summa	1,98889	2,63333	2,38889	0,38889	1,4	2,38889	1,56667	2,27778

Omgång 4	1	2
s	1,33	1,75
t	2,3	2,7
ik	1,89	3,11
d	1,38	3,85
å	1,6	2,2
a	0,33	1,17
få	3,29	0
pf	2,67	2,67
p	1,4	2,7
t	1,43	2
Summa	1,72222	2,35556

PUFF – Praktik Utveckling Forskning Framtid

PUFF är en forsknings- och utvecklingsverksamhet inom välfärdsområdet i östra länsdelen av Östergötland. I samverkan ingår Norrköpings, Söderköpings, Finspångs och Valdemarsviks kommun.

Läs mer om vår organisation och våra uppdrag på www.norrkoping.se/puff

VÅRD- OCH OMSORGSKONTORET

Postadress: Lindövägen 5 A, 601 81 Norrköping

T fn: 011-15 00 00

E-post: puff@norrkoping.se

Webbplats: www.norrkoping.se/puff

