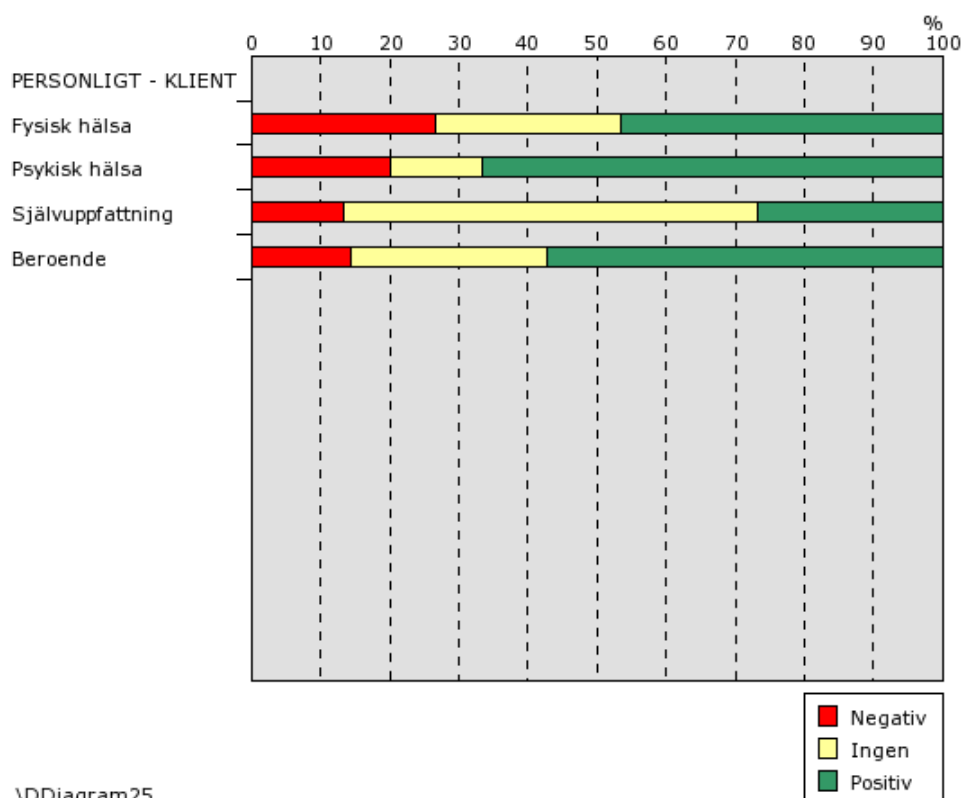


Utvärdering av ett arbetssätt
“Assertive Community Treatment – ACT”
*eller aktiv uppsökande samhällsbaserad
behandling och rehabilitering*
ur ett klientperspektiv



Pia Käcker
PUFF-enheten,
Praktik, Utveckling, Forskning, Framtid
Norrköpings kommun
November 2010

Sammanfattning

En version av arbetsmodellen ACT, eller Assertive Community Treatment, på svenska ”Aktiv uppsökande integrerad samhällsbaserad behandling och rehabilitering” infördes i östra Östergötland våren 2008, som en arbetsmodell för behandling och stöd till personer med samsjuklighet, psykisk sjukdom och missbruk. Samverkande parter är landstingets psykiatri i östra länsdelen, Norrköpings, Finspångs, Söderköpings och Valdemarsviks kommuner. För att utföra arbetet anställdes sex Case manager, CM (4,5 tjänst). Samtliga är anställda inom socialförvaltningen i respektive kommun. Dessutom ingår två resurspersoner (vardera 25%) från psykiatrin i teamet. För att en klient ska få stöd av en CM måste ett beslut fattas av ett Primärteam. Teamet består av första linjens chefer inom ovan angivna organisationer. Remittent till teamet är nämnda organisationer, samt kriminalvården. Insatserna till klienten utgår från dennes individuella behov och ges i personens vardagsmiljö. Insatserna är inte tidsbegränsade. CM arbetar med ett tätt nätverksarbete. Varje klient kan sägas ha ett eget ACT-team, bestående av de professioner som finns i den ordinarie verksamheten. CM arbetar uppsökande. CM gör ett värdefullt arbete, de är ”spindlar som väver nät” för klienten. De ser människan bakom diagnosen.

För att utvärdera arbetssättet har en modell för utvärdering, kallad ”Integrerad utvärdering, IU” använts. Modellen har ett tydligt brukarfokus. Det är klienten som skattar sin måluppfyllelse. Upplevelsen av förändring inom livsområden som social situation, boende, arbete, ekonomi och studier. Klienten skattar även måluppfyllelse när det gäller relationer, egen hälsa, både fysisk och psykisk, samt bruk av alkohol och droger. Det är CM som intervjuar klienten, men det är klienten som avgör vilka mål han eller hon vill sätta. Efter lite mer än två år finns det 30 klienter inskrivna i ACT-teamet. Av dessa har femton varit med om att göra minst tre intervjuer. Det är klientens eget mål och förändringsbehov som mäts och det går nu, efter två år att se att dessa klienter själva upplever en positiv utveckling och en god måluppfyllelse. I resultatet framkommer att det finns en stor förändringsvilja hos klientgruppen och den viljan har utnyttjats. Klienternas upplevelse är även att de skattar sin egen insats, för att få till stånd en förändring, som hög. Alla utom en mår vid start psykiskt dåligt och vid uppföljningen har 80% fått en förbättrad psykisk hälsa. Detta är troligen en bidragande faktor till klientens upplevelse av förändring.

Sammanfattning	1
1.1 Bakgrund	4
1.1.2 Implementering i ordinarie verksamhet	4
1.2 Utvärderingsuppdraget, utvärderingens syfte och frågeställningar.....	4
1.2.1 Utvärderingsmodell och metoder för datainsamling	5
1.2.2 Integrerad utvärdering	5
2. Case Management – Metoder.....	6
2.1 ACT.....	6
2.1.1 Svenska utvärderingar	7
2.2.2 Målgruppen - Samsjukliga	8
2.3 ACT – Case management i Östra Östergötland	9
2.3.1 Målgrupp	9
2.3.2 Organisation	10
3. Resultat.....	11
3.1 Uppföljning ur ett organisationsperspektiv	11
3.1.1 ACT	11
3.1.2 Primärteamet	11
3.1.3 Remisser	12
3.1.4 Fallbeskrivningar.....	14
3.1.4 CM.....	16
3.1.5 Nätverksmöten	17
4. Uppföljning ur ett klientperspektiv	18
4.1 Klienter.....	18
4.1.1 Insatser IFO	18
4.1.2 Insatser andra organisationer.....	20
4.2 Förändring och måluppfyllelse för klienterna Social situation	21
4.2.1 Sysselsättning	21
4.2.2 Boende.....	23
4.2.3 Ekonomi	25
4.2.4 Utbildning.....	27
4.2.5 Sammanfattning – Måluppfyllelse social situation	29
4.3 Relationer	33
4.3.1 Relationen till mor.....	33
4.3.2 Relationen till far.....	35
4.3.3 Relationen till syskon	37
4.3.4 Relationen till barn	39
4.3.5 Parrelationen.....	41
4.3.6 Relationer - Sociala nätverket	43
4.3.7 Relationer – Professionella nätverket.....	45
4.3.8 Sammanfattning måluppfyllelse relationer	47
4.4 Personligt.....	51
4.4.1 Fysisk hälsa	51
4.4.2 Psykisk hälsa	53
4.2.4 Självuppfattning	55
4.4.5 Beroende.....	57
4.4.6 Sammanfattning – Måluppfyllelse samtliga livsområden/personligt.....	65
4.5 Egna resurser	69

4.5.1 Eget ansvar	69
4.5.2 Meningsfullhet	71
4.5.3 Självbestämmande.....	73
4.5.4 Förändringshopp.....	75
4.5.6 Förändringsvilja	77
4.5.7 Förändringsförmåga	79
4.5.8 Sammanfattning – Måluppfyllelse egna resurser	81
5. Utvärderarens sammanfattande reflektion och slutsatser.....	82
5.1 Organisationsperspektiv	82
5.2 Klientperspektiv	83
5.3 Utvärderingens frågeställningar – svar	84
5.3.1 Utvärderarens slutsatser:	85
Referenser.....	86
Bilaga	

1. Inledning

1.1 Bakgrund

I juni 2007 beslutade socialnämnden och vård- och omsorgsnämnden i Norrköpings kommun att ställa sig bakom förslaget till samordnat kommunalt samhällsstöd. Arbetsmodellen bygger på ett utökat samarbete mellan socialkontoret och vård- och omsorgskontoret. De båda nämnderna avsatte budgetmedel, motsvarande tre heltidstjänster som Case Manager, CM.

I november 2007 togs beslutet, i tidigare Miltonprojektets styrgrupp och styrgruppen för Länsdels Wreta (styrgrupp för samverkan mellan kommunerna i östra Östergötland och landstinget i Östergötland), att införa ett samordnat samhällsstöd enligt modellen för Assertive Community Treatment, ACT översatt till svenska "Aktivt uppsökande samhällsbaserad behandling och rehabilitering".

En grupp, bestående av första linjens chefer från psykiatriska kliniken, beroendekliniken och socialtjänsten i östra länsdelens fyra kommuner, samt Norrköpings kommuns vård- och omsorgskontor träffades för att konstituera ett primärteam, hösten 2007. Gruppen fick som första uppgift att ta fram en handlingsplan. I handlingsplanen framgick resursåtgång och tidsplan för organisering av ett ACT-team.

1.1.2 Implementering i ordinarie verksamhet

Genomförandet skedde i två steg. Fas ett innebar dels att det nybildade primärteamet med ordinarie medlemmar hade sitt första möte (mars 2008) och dels att sex Case Manager, CM anställdes eller utsågs. I Norrköping anställdes tre CM i mars 2008, i Söderköping, Finspång och Valdemarsvik utsågs tre personer som fick del av sin tjänst som CM. Inom landstingets psykiatri utsågs från början även tre kontaktpersoner som på vardera 50 procent skulle arbeta tillsammans med de kommunala CM. Under arbetets gång har de tre blivit två mentalskötare som på vardera 25 procent arbetar tillsammans med CM. Uppstarten var mars till juni månad år 2008. Fas två innebar ett genomförande, det nystartade ACT-teamet började ta in och arbeta med klienter under våren 2008, samtidigt togs en broschyr fram. Teamet var även ute och informerade inom de olika organisationernas verksamheter.

1.2 Utvärderingsuppdraget, utvärderingens syfte och frågeställningar

Utvärderingsuppdraget formulerades i ett "Gemensamt uppdrag till socialkontoret och vård- och omsorgskontoret avseende insatser för personer med psykisk sjukdom /psykisk funktionsnedsättning i kombination med missbruk/beroende s k dubbeldiagnos" daterat 2008-01-08. Uppdraget antogs av de båda nämnderna, social- och vård- och omsorgsnämnden samt av Wretas styrelse. Därefter formulerades uppdraget även i det samverkansavtal (som finns mellan fyra kommunerna och landstingets), avseende "Samordnat samhällsstöd för personer med psykisk sjukdom och missbruk i östra Östergötland". Avtalet antogs av Wretas styrgrupp och gäller fr.o.m. 2008-07-01 tom. 2010-12-31. De båda uppdragsformuleringarna är likadana och utvärderingen ska kunna svara på frågeställningarna:

- 1) Kan individens behov lösas inom ordinarie verksamhet?
- 2) Kan individens behov lösas inom ordinarie verksamhet om verksamheten tillförs något speciellt stöd som komplement till det vanliga verksamhetsinnehållet?

- 3) Om individens behov inte kan lösas inom ordinarie verksamheter, vilken annan form av verksamhet behövs?

Utvärderingen ska svara på om ACT modellen är en bra arbetsmodell ur ett brukar- och organisationsperspektiv.

I samverkansavtalets syfte framgår att, ”CM har ansvar att förmedla vård i olika former till en definierad klient, en klient som fått beslut om insatsen ACT av primärteamet. CM ska träffa klienten regelbundet, ha en personlig kontakt, skapa en relation med klienten se till att planerade behandlingar genomförs, utan att klienten försvinner i missbruk under långa tider. Vidare står att, syftet är att stabilisera klientens symptom, tillgodose basala behov, förhindra återfall, öka klientens livskvalitet och funktionsförmåga” (Samverkansavtalet, 2008-07-01 tom 2010-12-31).

1.2.1 Utvärderingsmodell och metoder för datainsamling

För att kunna svara på frågeställningarna ur ett klientperspektiv har utvärderaren handlett CM att genomföra intervjuer och uppföljningar med klienter, med hjälp av en modell för utvärdering Integrerad utvärdering, IU (Sandell, 2007). Intervjuerna har sedan matats i ett datastöd (IU). Utvärderaren har även genomfört några egna intervjuer med klienter. För att få svar på frågeställningarna utifrån ett organisationsperspektiv har utvärderaren intervjuat CM, samordnaren och några av primärteamets medlemmar. Intervjuer har även gjorts med kommunala och privata vårdgivare. Utvärderaren har även tagit del av resultatet från en enkätundersökning, om hur CM upplever sitt arbete, genomföra av två studenter vid socionomprogrammet, Linköpings universitet. Utifrån ett organisatoriskt perspektiv har utvärderaren även följt arbetsprocessen i primärteamet och ACT-teamet, dels genom egna möten med CM och resurspersoner, dels genom att ha närvarat vid primärteamets träffar. De olika intervjuerna har bearbetats och tolkats och resultatskrivningen utgår från utvärderarens tolkning av vad de olika aktörerna svarat.

Vidare har en dokumentationsgranskning genomförts utifrån ett organisationsperspektiv. Det samverkansavtal som finns mellan östra länsdelens kommuner och landstinget, närsjukvården och de två handlingsplaner som primärteamet, på uppdrag av länsdels- Wreta, tagit fram har används som utgångspunkt för dokumentgranskningen ur ett organisationsperspektiv.

1.2.2 Integrerad utvärdering

Integrerad utvärdering (Sandell, 2007) bygger på teorier om en strukturerad dialogintervju med berörda klienter/brukare. Intervjun fokuserar klientens upplevelse av hur han eller hon vid utgångsläget, när insatsen/insatserna startar, själv skulle vilja förändra sin situation inom valda livsområden. De olika livsområdena är:

- Social situation, hit hör sysselsättning, boende, ekonomi, utbildning.
- Relationer, hit hör relationer till mor, far, syskon, barn, parrelation, relationen till det sociala nätverket och till det professionella nätverket.
- Personligt, hit hör klientens upplevelse av fysisk och psykisk hälsa samt hans, hennes upplevelse av bruk av alkohol, narkotika, psykofarmaka och andra mediciner.

Intervjuerna inkluderar även frågeområden där klienten svarar på hur han/hon uppfattar sina,

- Egna resurser, upplevelse av självbestämmande, meningsfullhet, förändringsvilja samt förändringshopp.

Integrerad utvärdering utgår från välfärdslagstiftningens grundvärderingar och den är **ett sätt** att följa klienters uppfattning om måluppfyllelse över tid. Vilka mål sätter klienten och upplever klienten själv att det sker någon förändring, oavsett insatser, inom ovan nämnda livsområden.

2. Case Management – Metoder

2.1 ACT

ACT eller, Assertive Community Treatment, benämns även en ”aktiv uppsökande integrerad samhällsbaserad behandling och rehabilitering”. Det finns flera olika modeller av ACT men gemensamt är att det är en samordnad, av kommunen och landstinget, vård- och stödinsats som bygger på case management. En case manager eller CM, är en av organisationerna, socialtjänsten och landstingets psykiatri utsedd person som ansvarar för, planerar, organiserar, samordnar och utvärderar vården av en patient under en hel vårdepisod.

I internationell litteratur beskrivs ett antal olika case managementmodeller:

- Entreprenörmodellen,
- Mäklarmodellen,
- Assertive Community Treatment, ACT,
- Intensive case management, ICM,
- Klinik case management, CCM,
- Rehab-modellen och
- Strengthen case management, SCM.

Starkast vetenskapligt stöd har de olika multiprofessionella modellerna, Intensive Case management, ICM och Assertive Community Treatment, ACT. Arbetsmodellerna har det gemensamt att de samordnar en psykiatrisk och en social insats för multisjuka klienter. Case management växte fram i USA under 1970-talet och kom till för att skydda patienter när psykiatrivården avinstitutionaliserade. De samordnade vård- och stödinsatser inom ACT ges av ett team, bestående av psykiater, sjuksköterska, socialarbetare, psykolog, arbetsterapeut med flera. Syftet är att klienten ska ha ett minimalt resursbehov utanför teamet. Case managern, CM är den som är nyckelpersonen i ett multiprofessionellt team. Den som har den närmaste relationen till klienten. Arbetsalliansen med klienten är central och det förekommer ett nära samarbete med teamet. CM har som flest tio klienter. Insatsen utgår från individen och är inte tidsbegränsad. Insatsen ges i personens vardagsmiljö genom att teamet arbetar uppsökande. Teamet finns tillgängligt dygnet runt och det finns krisservice (Piuva & Lobos, 2008).

Forskning om modellerna ICM och ACT har framför allt visat att de bidrar till att minska antalet vårddygn inom slutenvården, psykiatri (Scott, et al., 1995; Wasylenki, 1995; Bond et al., 1988). Wasylenki (1995) visar på att ICM minskar behovet av återinläggning i slutenvården och bidrar till att klienterna får möjlighet att leva ett normalt socialt liv. Bond (1988) har visat att ju mer noggrant ACT modellen följdes desto tydligare resultat. ACT har i studier av hemlösa med psykisk funktionsnedsättning visat sig mer effektivt än andra arbetssätt när det gäller boendesituationen (Morse, et al., 1997). Däremot kunde inga

skillnader mellan ACT och andra stödformer visas när det gällde missbruk, ekonomi och självskattning.

Clark (Clark, et. al., 1998) genomföre en randomiserad studie där ACT jämfördes med standard case manager, SCM. SCM är ytterligare en case manager modell, som inte vilar på ett professionellt team. Resultatet visade att det efter de två första åren inte fanns någon skillnad beträffande grad av missbruk, livskvalitet eller vårdkostnad. Efter tre år visade behandling med ACT signifikanta skillnader beträffande resursutnyttjande och vårdkostnader. Klienterna som fick insatsen ACT hade signifikant lägre resursutnyttjande.

Det var först efter psykiatrireformen, 1995 som modellerna etableras i Sverige och svenska studier av modellerna (Björkman, 2000; Järkestig Berggren, 2006) har visat att det finns i huvudsak två riktningar, dels personligt ombud som är en typ av Strengthen case management, SCM och de integrerade multiprofessionella modellerna Assertive case management, ACT samt Intensive case management, ICM. De båda studierna har haft som syfte att studera främst strengthen case managementmodellen, SCM personligt ombud.

Ytterligare en svensk studie, (Åberg- Wistedt et, al., 1995) jämför mellan teambaserad case management och öppenvårdsinsatser inom psykiatrin för en grupp personer med schizofreni. Resultatet visade att arbetssättet med case management ledde till färre akutbesök och ett minskat tryck på familj och vänner.

Sammanfattningsvis har tidigare utvärderingar av modellerna visat att resultatet av ACT verkar bli tydligare på längre sikt och att ACT i förhållande till andra case manager modeller ger något bättre effekt. Resultatet gäller då minskade vårddygnskostnader, att kunna hålla kvar ett boende samt att minska risken för nya fängelsestraff. Uppföljande forskningsöversikter som gjorts har visat att resultatet, dvs. att ACT fungerar bättre än andra modeller står sig (Dieterich et, al., 2010; Marshall et, al., 2007; Marshall et, al., 2000). Författarna rekommenderar ACT för den grupp som är högkonsumenter av psykiatrisk vård.

Även Socialstyrelsen rekommenderar intensive case management enligt ACT- modellen för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. ACT- modellen har visat sig fungera för personer som antingen är högkonsumenter av vård och ofta riskerar inläggning, eller ofta avbryter vårdkontakter. Undersökningar har visat att jämfört med sedvanlig behandling ger intensive case management enligt ACT- modellen ett minskat antal vårddygn, samt en högre stabilitet i boendet som inte leder till att personen riskerar hemlöshet. Rekommendationen kräver ett ökat samarbete mellan hälso- och sjukvården (psykiatrin) och socialtjänsten. Inledningsvis innebär rekommendationen en ökad kostnad för huvudmännen men på längre sikt blir kostnaderna för sjukvård lägre. Det finns dock en stor skillnad i effektivitet hos intensive case management enligt ACT-modellen och mindre intensive case management (Socialstyrelsen, 2010).

2. 2.1 Svenska utvärderingar

Under två år, 2005 och 2006 genomförde tre landsting, samt ett antal kommuner ett metodutvecklingsarbete med syfte att införa ACT-modellen i den svenska kontexten. De tre landstingen var, Norrbotten, Jönköping och Västra Götaland/Sjuhärad. Kommunerna var samtliga landstingens samverkans kommuner. Initiativet togs av SKL och intentionen var att landstingen och kommunerna skulle teckna avtal om långsiktiga åtaganden gällande metodutveckling. I avtalet var det meningen att de två parternas olika roller och

ansvarstagande skulle tydliggöras. Idégivare var Tom Palmstierna, psykiatriker och sektionschef på beroendecentrum i Stockholm. Enligt Palmstierna kräver personer med dubbeldiagnos, samarbete. *”Dubbeldiagnoser kallas de personer som har fått både ett konstaterat missbruk och en psykiatrisk diagnos. Kostnaderna för samhället blir stora när de skickas runt mellan akuter, avgiftning och psykiatriska kliniker, men så måste det inte vara om samarbetet i vården fungerar”* (Palmstierna, 2004).

Resultatet av satsningen finns dokumenterad i en rapport (Ekemo & Zavko, 2007). Utvärderingen visade att det endast i undantagsfall skrevs några avtal, däremot fanns det flera muntliga överenskommelser och det fanns intentioner på policynivå samt handlingsplaner. Det var även bristfälligt med genomförda kartläggningar av klientgruppen, som var personer med psykisk sjukdom och missbruk. Utvärderingen slår även fast att SKL´s satsning är början på ett långsiktigt arbete. CM har genomgått en utbildning (utvärderarna kallar CM för vävare) och nu vill de börja arbeta men de har svårt, eftersom organisationerna inte samordnats (organisationerna liknas vid vävstolar och dessa är inte färdigbyggda). Vävarna vill börja väva men vävstolarna är inte färdiga.

Utvärderingen visar även att ur ett klientperspektiv ser det ljus ut, det händer positiva saker med och för klienterna. De slutsatser som kan dras är att utifrån ett individ/brukarperspektiv har onödigt lidande undvikits. Vid vräkning har CM ”ordnat” så att klienten kan komma direkt till ett behandlingshem. Missbruk och våld har förebyggts. När klienten hamnar i bråk på sitt ”stödboende” ringer personalen till CM som kommer och reder ut situationen istället för till polisen. CM ställer upp för sin klient och denne slipper tas in i fängelse utan kan fortsätta med frivårdsinsatser. Klienten har fått hjälp i praktiska vardagsfrågor. CM har tagit initiativ till nätverksmöte. CM är medlare och förmedlare i myndighetskontakter, någon som alltid finns till hands, ”En spindel i nätet”. Klienten har fått hjälp att föra sin talan. Klienten upplever att det är lättare att bli tagen på allvar. Klienten upplever att han respekteras (Ekemo & Zavko, 2007).

Ytterligare en utvärdering (Piuva & Lobos, 2008) visar att Case management för personer med psykisk funktionsnedsättning och komplexa vårdbehov fungerar utifrån ett klientperspektiv. Klienterna är mycket nöjda med de insatser de fått de vill behålla sina case managers. Klientgruppen består av 44 personer. Utvärderarna har använt sig av enkäter till klienterna och fokusgrupp med case manager. De har även genomfört bedömningar på klienter, med bedömningsinstrumenten ASI (mäter problemdagar i förhållande till arbete, sysselsättning, alkoholbruk, psykisk hälsa), GAF (mäter funktionsnivå), Audit (mäter alkoholkonsumtion), Dudit (mäter drogkonsumtion) och Mansa (mäter livskvalitet). Vid bedömningen har 50% av klienterna medverkat. Resultatet visar på signifikanta skillnader mellan mättillfällena. Det finns en tydlig tendens till en förbättrad psykisk hälsa, ett minskat missbruk och en ökad livskvalitet för gruppen. Resultatet från fokusgruppsintervjuerna visar att case managern har ett lika krävande arbete med de olika organisationerna kommunen och landstinget som med klienterna.

2.2.2 Målgruppen - Samsjukliga

Samsjuklighet är en benämning på det tillstånd en person med psykisk sjukdom/störning och ett missbruk/beroende har. Historiskt har det alltid funnits personer med missbruks/beroendeproblem inom socialtjänsten, inom psykiatrin och inom primärvården. Även bland kriminalvårdens klienter är andelen missbrukare hög. Graden av psykisk problematik, omfattningen av missbruk/beroende, liksom under vilka sociala omständigheter

personen lever under varierar. Projekt ”Komplexa vårdbehov, Psykisk sjukdom och Missbruk”, KPM har kartlagt hur missbrukarvården i landet ser ut i dag, jämfört med tidigare. Resultatet visar att det finns en högre medvetenhet om målgruppens svårigheter och behov. Kartläggningen visar även att psykiatrins insatser fokuserat på främst akutsatser och utredning. Även om psykiatrin generellt är mer medveten om hur vanligt det är med missbruk/beroende bland psykiatriska patienter. Kartläggningen visar att psykiatrins ansvar för gruppen personer med allvarlig psykiatrisk problematik och missbruk/beroende, behöver understrykas. I dag har cirka 25 procent av psykiatrins öppenvårdspatienter och cirka 30 procent av slutenvårdens patienter något slags missbruk. Studier har visat att om man inte identifierar samsjukligheten och samordnar behandling och stöd så ökar risken för en negativ utveckling för gruppen (Molin, Ahlborn & Litzén, 2007).

Kartläggningen har definierat ut vissa särskilt sårbara grupper, personer med schizofrenidiagnos. Hos gruppen har andelen med någon form av missbruk ökat under de senaste åren och siffror visar att cirka 50 procent har en samsjuklighet. En annan grupp, är personer med bipolär sjukdom. Gruppen löper stor risk att komma in i missbruk/beroende. Bland personer med missbruk/beroende är personlighetsstörningar, depressioner och ångesttillstånd vanligt förekommande. Personer med missbruk/beroende har också ofta en neuropsykiatrisk problematik som DAMP och ADHD. Psykossjukdom däremot är inte lika vanligt bland personer med missbruk/beroende (Molin, Ahlbom & Litzén, 2007).

KPM projektets kartläggning pekar på att såväl internationella som svenska erfarenheter visar att missbruket ofta upphör eller minskar när personens omhändertagande förbättras, men att det tar tid med förändring. Nationella satsningar har genomförts främst för personer med ett ”undaglidande” beteende, det har gjorts få eller inga satsningar för personer med utåtagerade ”stökigt” beteende.

”KPM projektet har inte fått kännedom om något projekt som specifikt arbetat med utformande av systematiserade behandlings- och stödinsatser och/eller samverkansformer för personer med utagerande personlighetsstörningar och samtidigt missbruk/beroende” (Molin, Ahlbom & Litzén, 2007 s.47)

Slutsatsen utifrån detta blir att utveckling av systematiserade insatser för personer med utagerande personlighetsstörningar, samt för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar behöver fokuseras i framtiden.

2.3 ACT – Case management i Östra Östergötland

2.3.1 Målgrupp

Målgruppen är personer med allvarlig psykisk sjukdom och störning i kombination med missbruk/beroende, samt personer som till följd av djupgående personlighetsstörning har en grav funktionsnedsättning. Till psykiska sjukdomar räknas även AD/HD, autismsliknande tillstånd och psykisk sjukdom på grund av organisk hjärnskada. Med begreppet samsjukliga menas patienter, klienter med missbruk eller beroende som samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för psykiatriska tillstånd (socialstyrelsen, 2006¹).

Målgruppen kan delas in i två ålderskategorier:

- unga vuxna från arton till tjugo år upp till 40 till 50 år och

¹ Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, 2007.

- personer över 50 år med tungt och mycket långvarigt missbruk i kombination med allvarlig psykisk sjukdom/störning.

2.3.2 Organisation

ACT-teamet

ACT- teamet i östra länsdelen startar den förste mars år 2008 och består av 4,5 tjänst kommunala CM. Tre CM i Norrköpings kommun, (3 x 100%) en CM i Söderköping, Finspång och Valdemarsvik, 50 procent per kommun, en samordnare och från början tre, nu två resurspersoner, skötare från psykiatrin totalt 50 procent. En av skötarna arbetar som resursperson mot Finspång. ACT- teamet träffas regelbundet för gemensam handledning och utbildning.

Primärteam

”Primärteamet har i uppdrag att vara ett organisatoriskt stöd för ACT-teamet och skall verka för att sprida kunskap om och förankra ACT-teamets uppdrag i den egna organisationen. Primärteamet kan uppdra sig själva och ACT-teamets medlemmar specifika utvecklingsuppdrag allt eftersom behov uppstår. Primärteamet skall arbeta för att det finns en tillgänglig lokal för personal i ACT-teamet och lämplig mötesplats/lokal för träff med brukare/klient i varje kommun. Vård, boende och sysselsättning är centrala frågor där primärteamet skall verka för att finna fungerande lösningar för klient/brukare/patient. Primärteamet ska även understödja samverkan mellan kommun och landsting. Boende och sysselsättning kan lösas över kommungränserna med betalningsansvar av respektive kommun” (Ur Genomförandeplan 2009-2010 av Samordnat samhällsstöd för personer med psykisk sjukdom och missbruk).

Primärteamets representanter: Norrköpings kommun har fem medlemmar, varav socialförvaltningen har tre medlemmar och vård- och omsorgskontoret har två medlemmar. Finspångs, Söderköpings och Valdemarsviks kommuner har vardera en medlem. Landstinget har tre medlemmar. Teamet består av personer med chefsfunktion och representera Norrköpings-, Söderköpings-, Valdemarsviks- och Finspångs socialtjänst samt, Beroendekliniken, Psykiatrisk klinik/öppenvård och psykosenhet. Primärteamets behandlar remisser från lansting eller kommun en gång per månad med uppehåll för semesterperioder. En remiss kan skrivas av en handläggare inom kommunen eller sjuksköterska i landstingets psykiatri. Remissen skickas in till primärteamet. Representanterna har mandat att fatta beslut om klienten ska få insatsen, ACT-teamet. Från och med i år (2010) har primärteamet delats in i olika grupper, en remissgrupp, en utbildningsgrupp och en avvikelshanteringsgrupp. De olika grupperna träffas en gång varannan månad och hela primärteamet träffas en gång varannan månad.

Samordnaren

Samordnaren är sammankallande till primärteamet och föredragande i Wreta styrgrupp. Samordnaren tar emot remisser från de olika verksamheterna. Frågor som rör ACT-teamets verksamhet/klient/brukare kanaliseras via samordnaren. Chefskap och arbetsmiljöansvar för personalen, CM i ACT-teamet ligger kvar inom den organisation där CM är anställd.

3. Resultat

Resultatet är utvärderarens tolkning av vad som framkommit vid intervjuer och vid dokumentgranskning.

3.1 Uppföljning ur ett organisationsperspektiv

3.1.1 ACT

Ett av ACT-teamets första uppgifter var att ta fram en informationsbroschyr, samt att vara ute inom de olika organisationernas verksamheter och informera om sitt uppdrag. Teamet tog även emot och började arbeta med klienter redan under våren 2008. Första remissmötet skedde i den 13 mars 2008. Ursprungstanken var att en sjuksköterska/skötare och en CM i möjligaste mån skulle möta klienten tillsammans. Arbetssättet har fungerat bra i Finspång där den kommunala CM och kontaktpersonen från psykiatrin har arbetat sida vid sida. Varje organisation har utarbetat sina egna säkerhetsrutiner. All personal i ACT-teamet har sin grundanställning i ordinarie verksamhet/organisation men i en icke formell mening är de placerad i ett ACT-team som har gemensam grupphandledning och kompetensutveckling. CM har även arbetat med att ta fram ett gemensamt mål och ett inriktningsdokument.

Resultat ett år efter införandet av ACT-team visade på brister i organiseringen av teamen och i hur tydligt de olika aktörerna uppfattade sina roller, samordnaren, CM, Primärteam. Det fanns oklarheter om syfte, ansvarsfördelningen och utifrån vilket mandat de olika medlemmarna i primärteamet kunde agera. Det fanns även en dålig förankring inne i de olika organisationerna för ett samordnat samhällsstöd, ACT. I dagsläget har detta förbättrats avsevärt. Enligt CM uttrycker flera av handläggarna inom socialtjänsten såväl som inom vård- och omsorg att det finns ett starkt stöd för ACT. Det finns ibland även en förväntan från omgivningen att, *CM ska ta hand om de krångliga, svåra klienterna och bota dem* (citat från enkätsvar).

3.1.2 Primärteamet

Alla representanter i primärteam har till uppgift att förankra arbetsmodellen i sin respektive verksamhet. Detta har visat sig viktigt för att varje klient skall få den hjälp som denne är i behov av i en s.k. ”gräddfil”. CM har som sin uppgift att föra tillbaka information om eventuella hinder som klienten möter till primärteamet. Detta ska ske när klienten inte får den hjälp han eller hon är berättigad till. CM skriver då en avvikelse. Definitionen på avvikelse utgår från landstinget i Östergötlands definition av avvikelse: *En icke förväntad händelse eller observation i verksamheten som medför eller skulle kunna medföra risk eller skada för patient, närstående, medarbetare, utrustning eller organisation* (ur Primärteamets egen dokumentation).

Avvikelsen lämnas över till den arbetsgrupp inom primärteamet som har som sin uppgift att säkra kvalitén, genom att ta emot och föra tillbaka avvikelser. Att föra tillbaka information till den verksamhet som berörs görs av representanten i primärteamet. Målet är att arbetet ska leda till en förbättring för klienten.

Primärteamet har i sin handlingsplan för år 2009 och 2010 tagit upp frågan om kvalitetssäkring och de skriver: ”När avsteg sker från samverkansavtalets 6§ ansvarsfördelning (avseende Samordnat samhällsstöd för personer med psykisk sjukdom och

missbruk i östra Östergötland) och klienten/brukaren inte får den hjälp den är berättigad till skall en skriftlig avvikelse lämnas till samordnaren som vidarebefordrar avvikelsen till berörd person i primärteamet”.

Det finns sedan januari 2010 en rutin för avvikelsehantering för ACT-teamet/primärteamet i östra Östergötland. Syftet med avvikelsen är att öka kunskapen om oönskade händelser främst i samarbetet mellan de olika organisationerna, landstinget och kommunen. Syftet är att identifiera hindren och att lära av det som hänt så att det inte händer igen. Kvalitetsarbetet har utvecklats under 2010 och det finns nu en tydlig ansvarsfördelning. Det finns även en gemensam utbildningsplan med syfte att ge ACT-teamet en gemensam kompetensplattform.

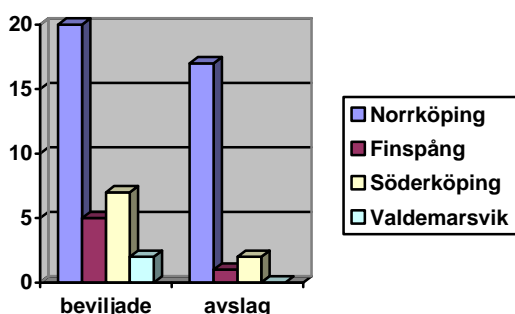
Primärteamets samordnare är densamma som samordnaren för ACT-teamet och samordnaren är utsetts av Norrköpings kommun. Samordnaren är team-ledare i ACT-teamet. Om samverkan inte fungerar skall samordnaren lyfta frågan med berörda i primärteamet.

3.1.3 Remisser

Primärteamet fungerar som en remissinstans. Remissen skickats till samordnaren för primärteamet. Remissen skall skrivas på utarbetad mall. Remittenten eller annan i ärendet insatt person föredrar remissen i primärteamet och en diskussion följer. Diskussionen är ett led i att ta ställning till om ACT- teamet är ”rätt” för klienten. Yngre samsjukliga personer har företräde. Ofta har klienten haft ett antal tidigare kontakter både inom socialtjänstens missbruksvård, likväl som inom psykiatri och kriminalvården. När en remiss kommer in ska den vara väl förberedd vilket innebär att det ska finnas namn på kontaktpersoner, aktuella handläggare inom de olika organisationerna. När en remiss saknar upplysningar om vem som tidigare arbetat med klienten riskerar den att återremitteras.

Från första remissmötet i mars 2008 fram t.o.m. oktober månad år 2010 har 54 remisser, vilka berört 51 klienter, behandlats. Tabellen visar fördelningen i respektive kommun över hur många remisser som har beviljats och hur många som fått avslag. Norrköping har tjugo remisser beviljade, sju avslag, Finspång har fem remisser beviljade och ett avslag, Söderköping sju remisser beviljade, två avslag och Valdemarsviks kommun har två beviljade remisser och inget avslag.

Tabell 1 Remisser, fördelade kommunvis beviljade respektive avslag



Sammanlagt under tiden maj 2008 till och med oktober 2010 har 34 remisser beviljats och tjugo remisser har avslagits. Av dessa tjugo, har tre klienter fått avslag på sin första och två även på sin andra remiss, därefter har deras remiss beviljats. Av de 34 beviljade remisserna

har fyra avslutats på grund av att klienten har flyttat eller avlidit (två klienter har flyttat och två klienter har avlidit). En klient har under ca ett år haft sin insats vilande men klienten är nu återigen aktuell.

Avslag

Anledningen till avslag varierar. Exempel på en ansökan som fått avslag är, ansökningar där klienten enbart önskade ett boende. En ansökan avslogs med motiveringen att klienten hade boende på Hamnbrohemmet och det fanns planerade öppenvårdsinsatser där frivården var inkopplad. Klienten själv var inte informerad och samverkan fungerade mellan alla tre organisationerna, psykiatrin, frivården och socialtjänsten. Det var i det här fallet frivården som skrev remissen och de övriga parterna uppfattade att det fanns ett fungerande nätverksarbete runt klienten.

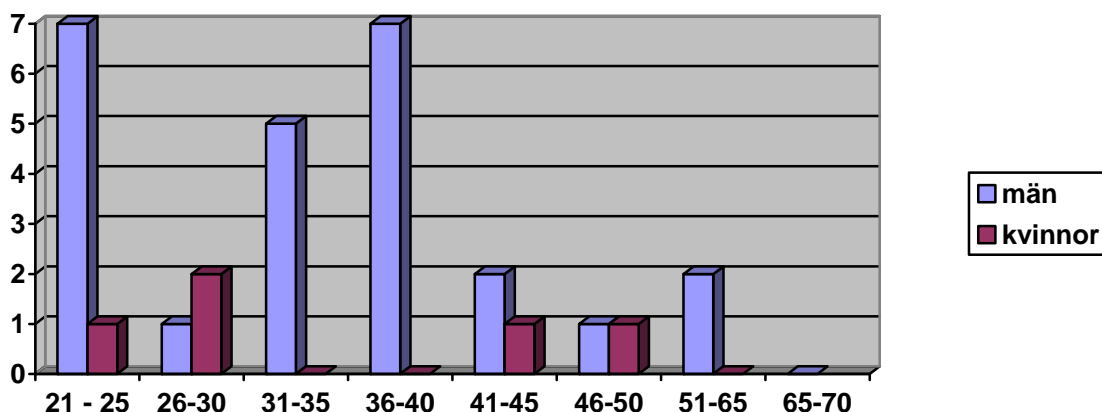
Andra skäl till avslag var att behandlingsinsatser som gavs i ordinarie verksamhet fungerade bra. Ett exempel på avslag, där det fanns upparbetade klientkontakter och ett fungerande nätverksarbete var en remiss, där klienten ingick i ett LARO-program. Det fanns en gemensam vårdplanering där beroendekliniken hade kallat till nätverksmöte. En remiss avslogs därför att klienten var inskriven på psykostemet, klienten hade en kontaktman där och arbetssättet runt klienten fungerade ungefär som ACT-teamet var tänkt. En annan remiss avslogs därför att klienten var föremål för en rad insatser från vård- och omsorgskontoret, socialtjänsten och psykiatrin. Samarbetet fungerade bra men klienten hade svårt att ta emot hjälpen. Klienten hade även ett personligt ombud.

Tre remisser har först fått avslag och därefter har klienten fått insatsen ACT beviljad. I ett fall hade klienten boendestöd, kontakt med öppenvården inom psykiatrin, socialtjänsten, försörjningsstöd, vård- och omsorgskontoret men klienten tog inte emot hjälp och stöd. Psykiatrin skrev och skickar en remiss, som avslogs med motivering att klienten hade stöd, det fanns ett nätverk. Senare fick klienten sin remiss beviljad och motiveringen var att samtliga organisationer arbetat länge med klienten utan att lyckas nå fram med sina insatser. Klienten tog inte emot den hjälp och det stöd som erbjöds utan isolerade sig.

Från början gjordes en muntlig återkoppling vid avslag på remissen. Senare skrevs ett remissvar vid avslag och i svaret gav även primärteamet förslag på andra insatser.

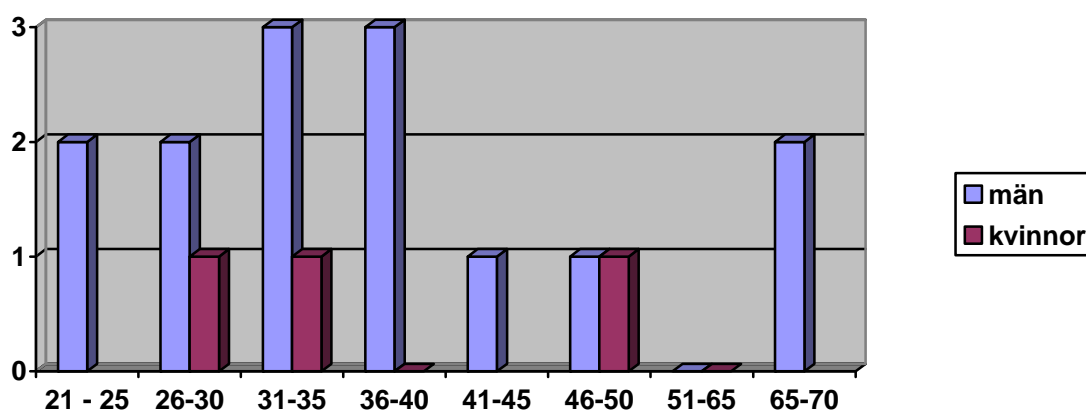
En köns- och åldersfördelning för de 30 klienter som är inskrivna i ACT-teamet redovisas i tabellen nedan.

Tabell 2. Klienter inskrivna i ACT med pågående insatser, köns- och åldersindelade



Könsfördelningen inom gruppen är 25 män och 5 kvinnor. Andelen kvinnor är endast ca 16% av hela klientgruppen. I andra undersökningar (Piuva & Lobos, 2008) utgör gruppen kvinnor ca 40% av målgruppen. Vilket sammanfaller mer med klientfördelningen i Söderköping om man tar med den klient som fått avslag och den klient som flyttat. I Finspång har ingen kvinna insatsen ACT och i Norrköping är gruppen kvinnor ca 25%.

Tabell 3 Ålders- och könsfördelning för de klienter som fått avslag på sin remiss



Tabellen visar köns och åldersfördelningen hos de klienter som fått avslag på sin remiss, (tabell 3), med undantag för de klienter som när de ansökt andra och tredje gången fått sin remiss beviljad. Det är tre klienter.

3.1.4 Fallbeskrivningar

Fallbeskrivningarna presenteras för att ge en bild av vilken typ av klienter som ingår i ACT-teamet. Klienterna är personer med personlighetsstörning, svår psykisk ohälsa och svåra traumatiska upplevelser som medför grava funktionsnedsättningar och de har samtliga en svår beroendeproblematik. Fallbeskrivningar är gjorda utifrån några av klienterna. De är verkliga

personer men födelsedata och viss information har kortats ner, ändrats för att undvika att personerna känns igen.

- 1) Man 26 år, diagnos personlighetsstörning med ett aktivt blandmissbruk, främst amfetamin. Är vid inskrivning i ACT bostadslös och övernattar ofta i olika trapphus. Har varit aktuell inom socialtjänsten sedan 14-års ålder, har ett mycket aggressivt beteende och har avtjänat ett flertal fängelsestraff för grov misshandel. Vid inskrivning inga pågående behandlingsinsatser från socialtjänsten eller psykiatrin. Har en dålig kontakt med sin familj efter att ha hotat syskon och föräldrar. Ingen sysselsättning, lever ett ensamt liv. Tidigare försök med olika behandlingshem har misslyckats. Efter att ha använt droger har mannen slagit sönder inredningen, hotat personalen och andra medboende, samt uppträtt hotfullt.
- 2) Man 28 år med tidigare opiatmissbruk tillhörande LARO-programmet, tvångsbeteende, isolering och depression. Stora behov att träna och öva ADL, sköta mathållning, öppna post, isolerar sig, stora sömnproblem, svårt med sociala kontakter. Långvarig kontakt med beroendekliniken, socialkontoret och psykiatriska öppenvården utan att ha lyckats tillgodogöra sig dessa insatser.
- 3) Man 20 år med svår socialbakgrund, svår beroendeproblematik, en psykisk störning med flera suicid försök. En komplex och mycket svår beteendestörning, tidigare kriminalitet. Långvarig kontakt med psykiatrin, socialkontoret, vård- och omsorgskontoret och frivården. Föremål för ett flertal tvångsåtgärder inom både psykiatrin och socialtjänsten. Flera misslyckade placeringar både utifrån personen och socialtjänsten.
- 4) Man 36 år med osjälvständig personlighetsstörning och blandmissbruk, tidigare kriminalitet. Föremål för rättspsykiatri sedan fem år tillbaka. Komplex problembild, relationsproblem till familj, flickvänner och barn. Svårt att se handling och konsekvens, vilket medför impulsiva kriminella handlingar.
- 5) Kvinna 29 år med svår social bakgrund, tvångsbeteende, suicid försök, självska debeteende, svår beroendeproblematik. Låg funktionsnivå, stora svårigheter att sköta ADL och hem. Accelererande självska debeteende, ligger i riskzonen för överdos eller suicid.
- 6) Man 31 år med svåra traumatiska upplevelser, anafalbet, tidigare kriminalitet, beroendeproblematik, hjälpsökande. Har stödkontrakt men hotas av att förlora det då han inte kan ta del av information, har barn i lägre åldrar. Svårt med sociala kontakter.
- 7) Man 34 år med mycket svår traumatisk uppväxt, Asperger, beroendeproblematik. Föremål för socialtjänstens insatser sedan födseln, flertalet placeringar både från socialtjänsten och vård och omsorgskontoret. Svårt med nya kontakter, svårigheter att lita på någon, utsätter sig själv för olämpliga miljöer och handlingar som medför bla kriminalitet och svårigheter att klara sin vardag.
- 8) Man 36 år med svår traumatisk bakgrund, stor beroendeproblematik och svår ADHD som påverkar livets alla områden, tidigare kriminalitet. Flera fängelsestraff. Långvarig kontakt med socialtjänsten, placeringar.

- 9) Man 21 år med multi- komplex problembild, somatisk och psykisk ohälsa, beroendeproblematik. Långvarig kontakt med psykiatrin och socialtjänsten. Depression och ångest, sömnproblem, epilepsi, missbruk. Stora svårigheter att klara vardagen, hotas att bli vräkt, obefintligt nätverk.
- 10) Man 25 år med beroendeproblematik, depression, suicid försök, panikångest. Långvarig kontakt med psykiatrin, socialtjänsten och vård- och omsorgskontoret, Många insatser under kortare tider men svårigheten har legat i att få till en hållbar lösning. Isolerar sig och har svårigheter med sociala kontakter.

3.1.4 CM

Norrköpings kommun har från våren 2010 tre case manager, CM på heltid (100%). CM arbetar med arton klienter. Arbetet startar med att CM kartlägger klientens behov. Målet är att försöka ta fram och samordna ”rätt” insatser till klienten så att klienten i största möjliga utsträckning kan börja arbeta med sitt eget förändringsarbete. Ofta behövs det en längre tids motivering eftersom klienten inte alltid, från första början är mogen att ta tag i sin tillvaro. Det handlar då om att skapa förutsättningar så att klienten får ett drägligt liv, klarar vardagen, dag för dag. Många klienter är i ett extremt dåligt skick när de skrivs in i ACT. De kan vara inne i ett pågående missbruk, eller vara inne i en psykos, och inlagda på psykkliniken. De kan även finnas inne på ett behandlingshem eller avtjäna ett fängelsestraff på en kriminalvårdsanstalt. Gemensamt för klienterna som kommer till ACT är att de tidigare har varit föremål för en rad andra insatser både inom kommunen och landstinget men insatserna har inte fungerat. CM´s uppdrag är nu att se till att de insatser som ges fungerar. Vända en negativ spiral och försöka få klienten på banan. Många av klienterna har också en traumatisk bakgrund, de har farit illa. De befinner sig vid inskrivningen i ACT oftast i ett utsatt läge och målgruppen är en av de kanske mest utsatta i samhället. CM har som uppgift att arbeta på olika nivåer med klienten. Det innebär att de arbetar med klienten, med dennes nätverk, med organisationerna. CM´s först uppgift är att skapa en relation till klienten, kartlägga klientens behov, samla nätverket för att få fram en gemensam handlingsplan med gemensamma mål. Målet och handlingsplanen ska även inkludera klienten. Därefter startar arbetet med att hitta olika alternativa individuella lösningar. En viktig aspekt är det långsiktiga arbetet. CM har inte mandat i teamet att fatta beslut, vilket innebär att mycket av CM´s arbetstid läggs på att gå ”rätt” vägar i organisationen för att få beslut fattade.

I Finspång utgörs ACT-team av en CM på halvtid och en skötare från psykiatrin på 25 procent. Samarbetet med psykiatrin fungerar, det finns en närhet. Närheten till de olika delarna inom kommunens verksamheter, vård- och omsorg och IFO är också en stor fördel, likväl som närheten till representanten i primärteamet. I Finspång finns idag fem klienter inskrivna i ACT. CM har sin andra halva av tjänsten i ett kommunalt behandlingsteam och arbets sättet som CM kommer även till användning i det ”andra” jobbet som behandlingspersonal. De brister som CM själv framför är att det är långt till ”teamet” de andra CM, men närhet till behandlingsteamet i Finspång. ACT-teamets teamarbetet fungerar enbart i den gemensamma handledningen då enskilda klienter diskuteras. Idag får CM stöd från behandlingsteamet där finns teamarbetet. CM´s roll blir tydlig då hon inte är på plats, CM´s klienter påverkar då behandlingsteamet. Idag är det som skiljer arbetet i de olika teamen antalet behandlare, personal i klientarbetet. Att arbeta som CM innebär att arbeta ensam, vara ”spindeln i nätet” för klienten, på så vis reduceras antalet kontakter för klienten. Nackdelen med att vara ensam som CM är att, om det skär sig med klienten finns det ingen annan att lämna över till.

Tillgänglighet

Inledningsvis arbetar CM med en hög grad av tillgänglighet för klienten, här skapas relationen. I det fortsatta arbetet när det finns någon form av insats, där det finns personal, backar CM tillbaka. Arbetet för CM övergår nu till att ha ett samordningsansvar för klienten. Intensiteten i arbetet med en klient varierar. Tillgängligheten är inte lika hög i alla skeden utan varierar beroende på var klienten befinner sig. Erfarenheten efter två år är att behovet av tillgänglighet växlar och det kan växla fort för vissa klienter. Tillgängligheten består i att ha daglig kontakt kanske under flera månader. För andra kan det räcka med en kontakt varje vecka eller var 14:de dag. Allt är individanpassat och beror på vad som händer med klienten, återfall i missbruk, psykisk hälsa, inläggning, mm. Tillgängligheten består i att vara tillgänglig på telefon, mobil att kunna prata in ett meddelande att kunna få svar direkt när det behövs. Däremot behöver inte tillgängligheten till klienten alltid vara med klienten själv, det kan även vara stöd till en kontaktperson, stöd till god man, handledning till personal.

Det sociala nätverket

Det sociala nätverket runt klienten är ofta torftigt. De flesta har tappat vänner och straffat ut sig ur sin biologiska familj. CM arbetar systematiskt för att förbättra och bygga upp det sociala nätverket igen.

Det professionella nätverket

CM har kontakt med klientens professionella nätverket som kan bestå av: enhetschefer inom vård- och omsorg, socialkontoret, beroendekliniken, psykiatriavdelningen, psykosenheten, biståndshandläggare inom både vård- och omsorg, socialsekreterare, frivårdshandläggare, handläggare inom försäkringskassan, gode män och förvaltare, polismyndigheten, personal på behandlingshem, boendestödspersonal, personal inom rehabiliteringsstödet, skötare, sjuksköterskor, arbetsterapeut, psykolog inom psykiatri samt personal inom missbruksvården.

3.1.5 Nätverksmöten

Teamarbetet i ACT bedrivs i nätverksarbetet runt klienten. Varje klient har sitt eget nätverk och det är i huvudsak där som behandlingsarbetet med klienten bedrivs. CM's uppgift är att kartlägga klientens behov, samt samordna insatserna. Samtliga klienter har komplexa vårdbehov och behov av insatser i vardagen. Om insatserna ska fungera måste dessa samordnas. Detta är också huvudsyftet med ett samordnat samhällsstöd. Klienternas problembild kräver en hög och intensiv insats i inledningsskedet, vilket är CM's första arbetsuppgift. CM har arbetat med att upprätta en personlig kontakt med klienten och arbetat även hårt för att försöka samordna klientens alla kontakter. Målsättningen har varit att få en gemensam samsyn och att upprätta en gemensam målplan tillsammans med klienten. CM har fått rollen som sambandscentral och de håller i nätverksmöten. Deras egen upplevelse är att de har en bra samverkan med andra delar i organisationen. CM upplever att de avlastar t.ex. socialsekreteraren, de har hittat former som kan fungera. CM uppger att det bästa med ACT är att, *kunna ha möjlighet till det samlade arbete runt klienten, att verka för en samsyn och aktivt involvera klienten och i möjligaste mån även familjen* (citat ur enkätsvar).

4. Uppföljning ur ett klientperspektiv

4.1 Klienter

I oktober 2010 har ACT-teamet 30 klienter inskrivna med pågående insatser. Bakgrundsdata från 22 av 30 klienter har dokumenterats i datastödet för Integrerad utvärdering, IU. I Finspång har uppgifter om fyra klienter matats in i systemet. CM har genomfört tre intervjuer med en klient och fyra intervjuer med tre klienter (inklusive bakgrundsintervju). I Valdemarsvik har uppgifter om en klient matats in i systemet och CM har genomfört tre intervjuer, två uppföljande intervjuer och en bakgrundsintervju med klienten. Söderköping har sex klienter. Av dessa har bakgrundsuppgifter om hälften, tre klienter lagts in i systemet. Inga data från uppföljande intervjuer har dock matats in. Norrköping har arton klienter, varav insatsen för en klient varit vilande under mer än ett år, varför inte uppföljningsdata från denna klient tagits med.

Resultatet utgår från data från genomförda uppföljande intervjuer, vid minst tre tillfällen med femton klienter. För att kunna göra en uppföljning med hjälp av Integrerad utvärdering, IU krävs att klienten medverkat vid minst två intervjutillfällen samt att klienten har en pågående insats. Resultatet i uppföljningen bygger på intervjuer gjorda vid två, tre och även fyra tillfällen med femton klienter. Lägesredovisningen, situation vid start bygger på 22 klienter. Av dessa 22 klienter har sex klienter bara varit med om en inledande intervju, varför slutsatser om förändringar i dessa klienters upplevelse av måluppfyllelse inte går att göra. En av klienterna har, som tidigare nämnts haft sina insatser vilande och klientens intervju finns därför inte med i resultatet. Resultatet ur ett klientperspektiv bygger på klienternas egen upplevelse av måluppfyllelse inom livsområden socialt, relationer, personligt och egen insats.

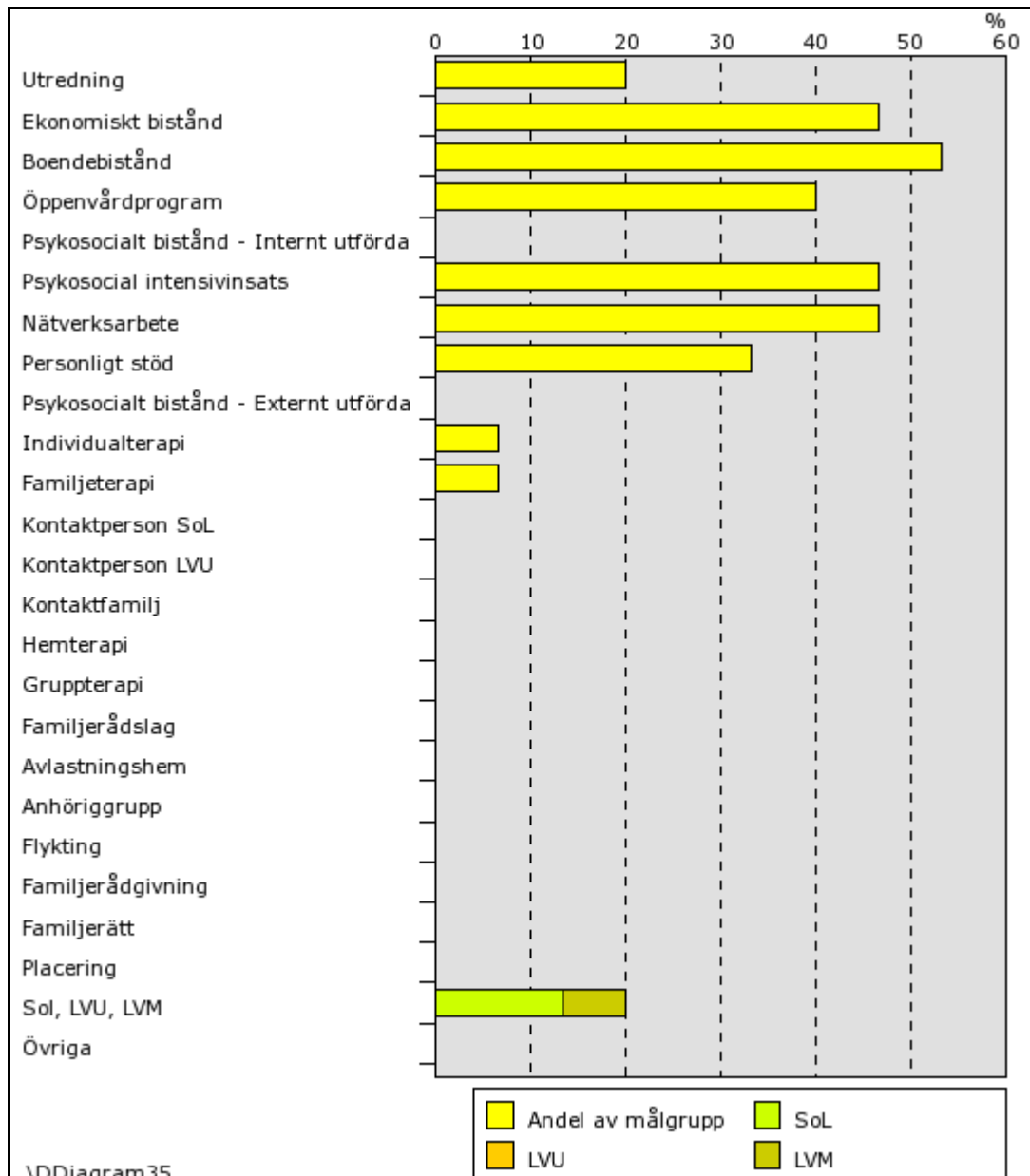
4.1.1 Insatser IFO

Vid utgångsläget hade ca 28% av de 22 klienterna en utredning inom IFO, 46 % hade ekonomiskt bistånd, 41 % hade ett boendebistånd, 32 % hade en placering, 32% deltog i ett öppenvårdsprogram. 32 % hade insatsen personligt stöd. Två personer, (9%) fick individualterapi och en person hade familjeterapi. En person hade även en insats från flyktingmottagningen. 28% av klienterna var placerade enligt LVM (2 personer) eller Sol, HVB- hem (4 personer).

Resultat

Vid uppföljningen har 20% fått en utredning. Sju personer (47%) av femton har insatsen ekonomiskt bistånd, sex klienter har helt och en har delvis ekonomiskt bistånd. 53% av klienterna har boendebeslut. 40% ingår i ett öppenvårdsprogram. 47% eller sju personer har psykosocial intensivinsats (ACT) och för 47% eller sju personer arbetar man med nätverksarbete. 33% har insatsen personligt stöd. En person (7%) får familjeterapi och en person får individualterapi.

Tabell 4 Utvärdering Aktörer och insatser IFO för 15 klienter



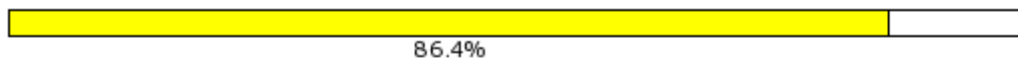
4.1.2 Insatser andra organisationer

Psykiatri

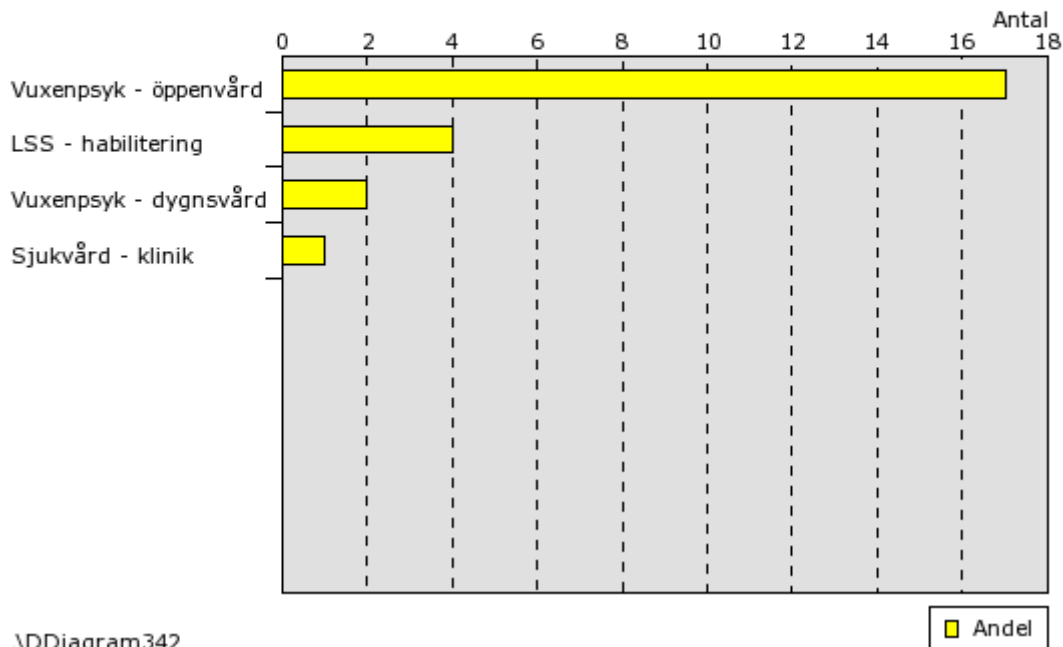
Av de 22 klienterna hade sjutton vid utgångsläget kontakt med vuxenpsyki öppenvården. Två klienter hade psykiatrisk dygnsvård, en klient vistades på sjukhus av annan anledning och fyra klienter hade LSS insatser.

Tabell 5 Insatser andra organisationer vid start 22 klienter

Andel



Fördelning



Kriminalvården

Två klienter var vid start aktuella inom kriminalvården.

Försäkringskassan

Två klienter var aktuella för försäkringskassans rehabilitering.

Arbetsförmedlingen

En klient var aktuell på arbetsförmedlingen.

Det sociala nätverket

Vid start har tre klienter stöd från NA/AA. Två klienter har stöd från en religiös- kristen organisation.

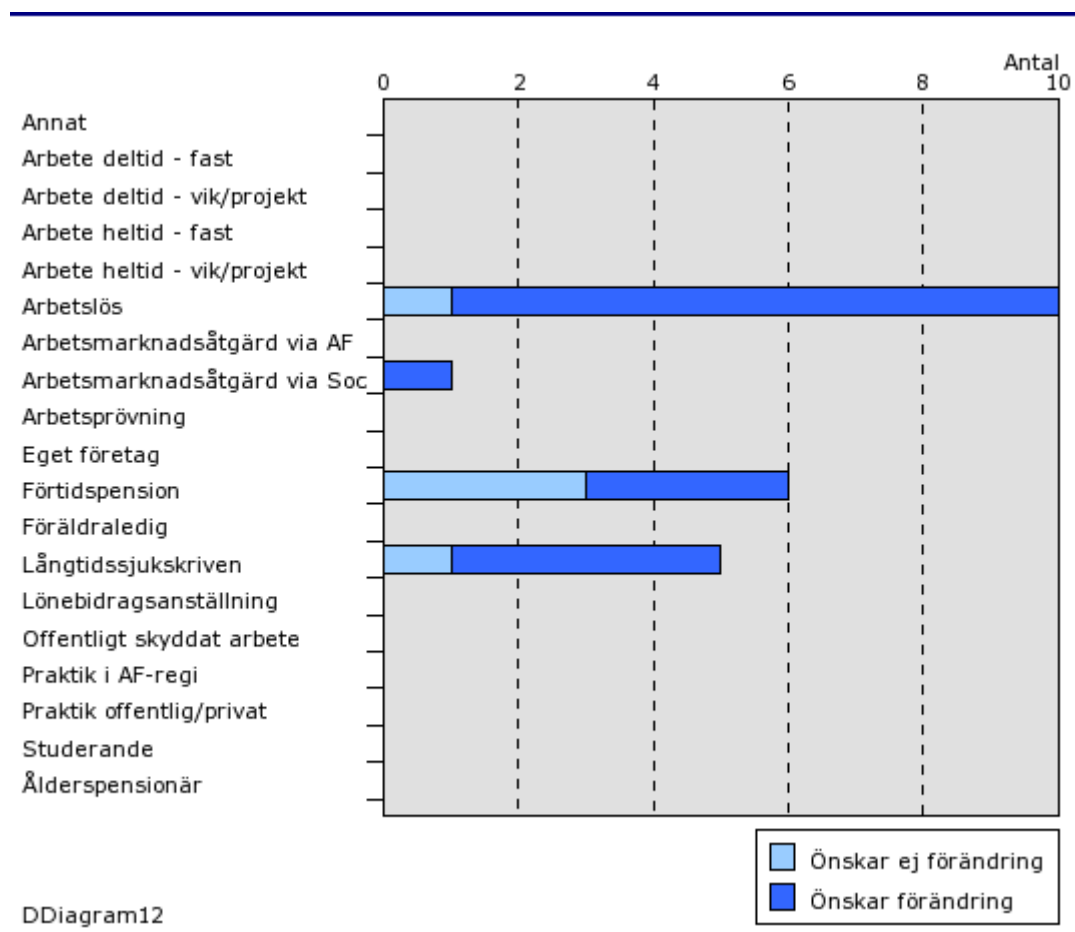
4.2 Förändring och måluppfyllelse för klienterna Social situation

4.2.1 Sysselsättning

Inom området sysselsättning kan klienten välja ett av följande alternativ, arbete heltid fast, arbete heltid vikariat, arbete deltid fast, arbete deltid vikariat, arbetslös, arbetsmarknadsåtgärd via AF, arbetsmarknadsåtgärd via Soc, arbetsprövning, eget företag, förtidspension, föräldraledig, långtidssjukskriven, lönebidrag, OSA (offentligt skyddad anställning), praktik i AF's regi, praktik i offentlig regi, studerande, eller ålderspensionär.

Vid starten var tio klienter arbetslösa, sex klienter hade förtidspension, fem klienter var långtidssjukskrivna, en klient hade en arbetsmarknadsåtgärd via socialförvaltningen. Sjutton av 22 klienter önskade en förändring av sin sociala situation.

Tabell 6 Lägesredovisning, situation vid start för 22 klienter sysselsättning

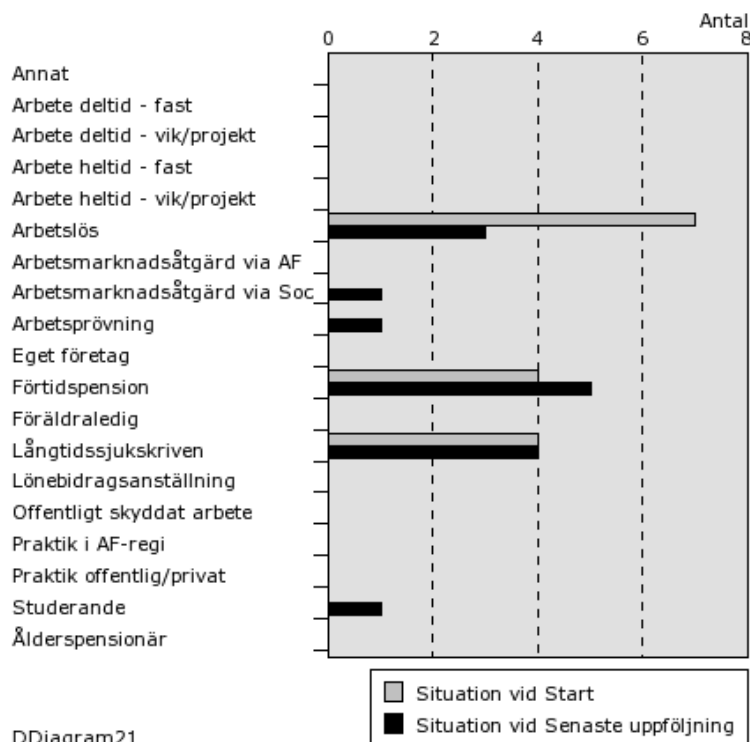


Resultat

Efter den senaste uppföljningen, vilken sker efter cirka två år upplever 55% av klienterna en förändring. 36% upplever en god måluppfyllelse och 18% upplever en delvis måluppfyllelse. Tre personer är fortfarande arbetslösa, fem personer har förtidspension och fyra personer är långtidssjukskrivna. En person arbetsprövar, en person studerar och en person har en arbetsmarknadsåtgärd via socialtjänsten.

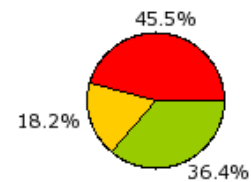
Tabell 7 Utvärdering, förändring måluppfyllelse social situation/sysselsättning för 15 klienter

Förändring



DDiagram21

Måluppfyllelse

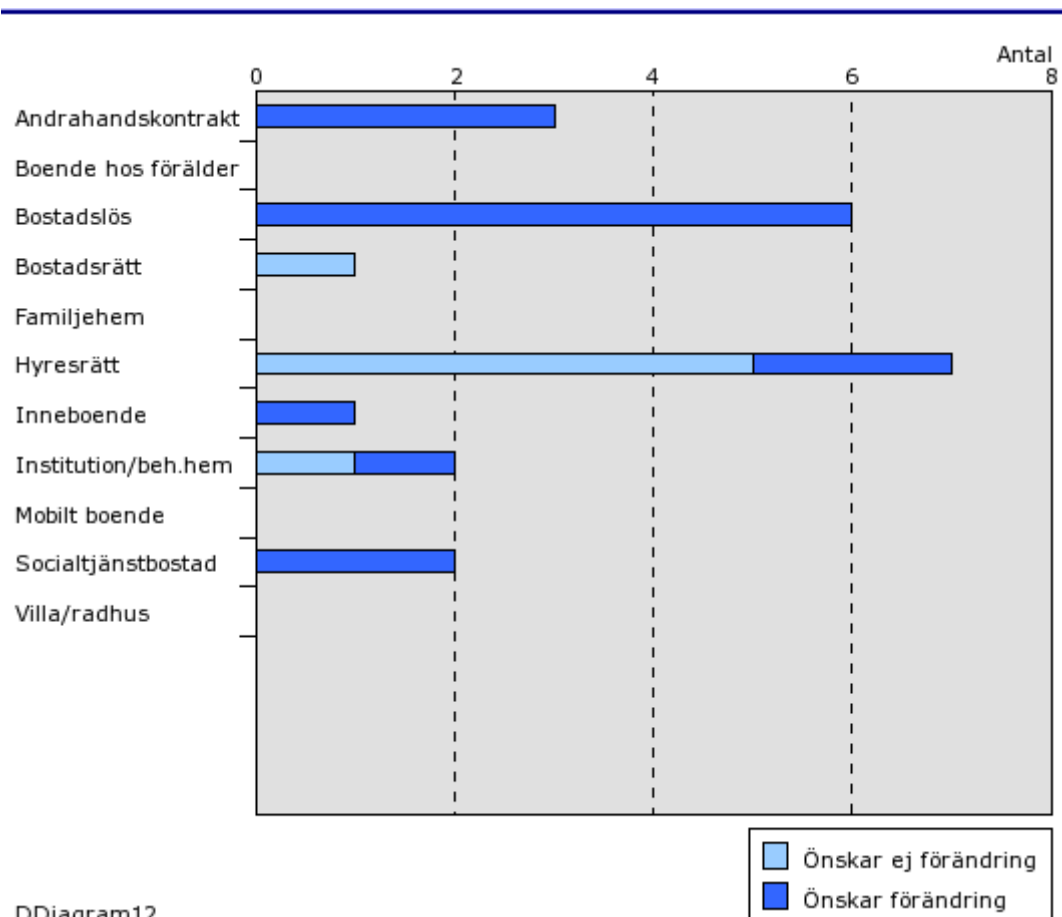


DDiagram21

4.2.2 Boende

Vid start var sex av 22 klienter bostadslösa, tre hade en andrahands lägenhet, sju hade hyresrätt, en var inneboende, två bodde på en institution och två hade en socialtjänstbostad. Femton av 22 klienter önskade en förändring.

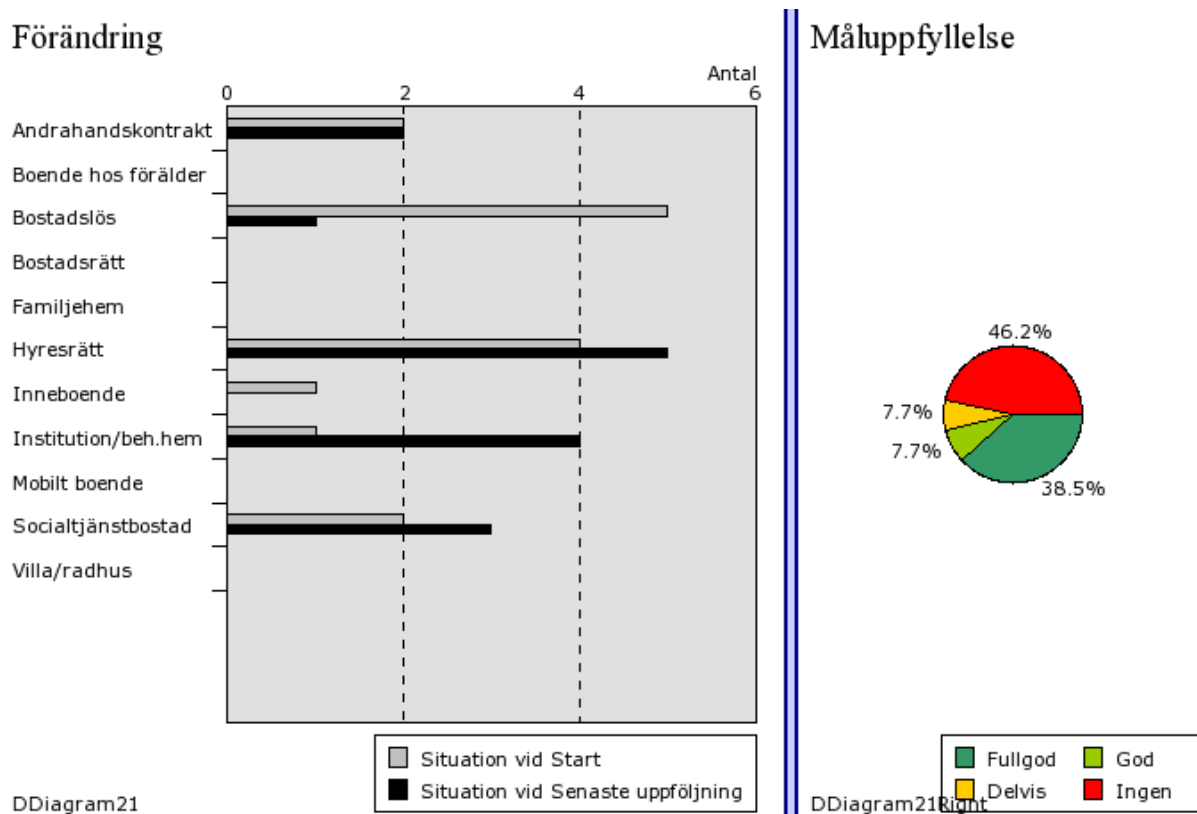
Tabell 8 Lägesredovisning social situation boende vid start för 22 klienter



Resultat

Utvärderingsperioden visar att för de femton klienter som intervjuats fler än en gång har det skett en förändring. 54% upplever en förändring. 38,5% upplever en fullgod måluppfyllelse, 8% en god och 8% en delvis måluppfyllelse. Endast en person saknar bostad, ytterligare en klient har fått en hyresrätt, en klient har fått en socialtjänstbostad och fyra klienter bor nu på hem för vård- och behandling.

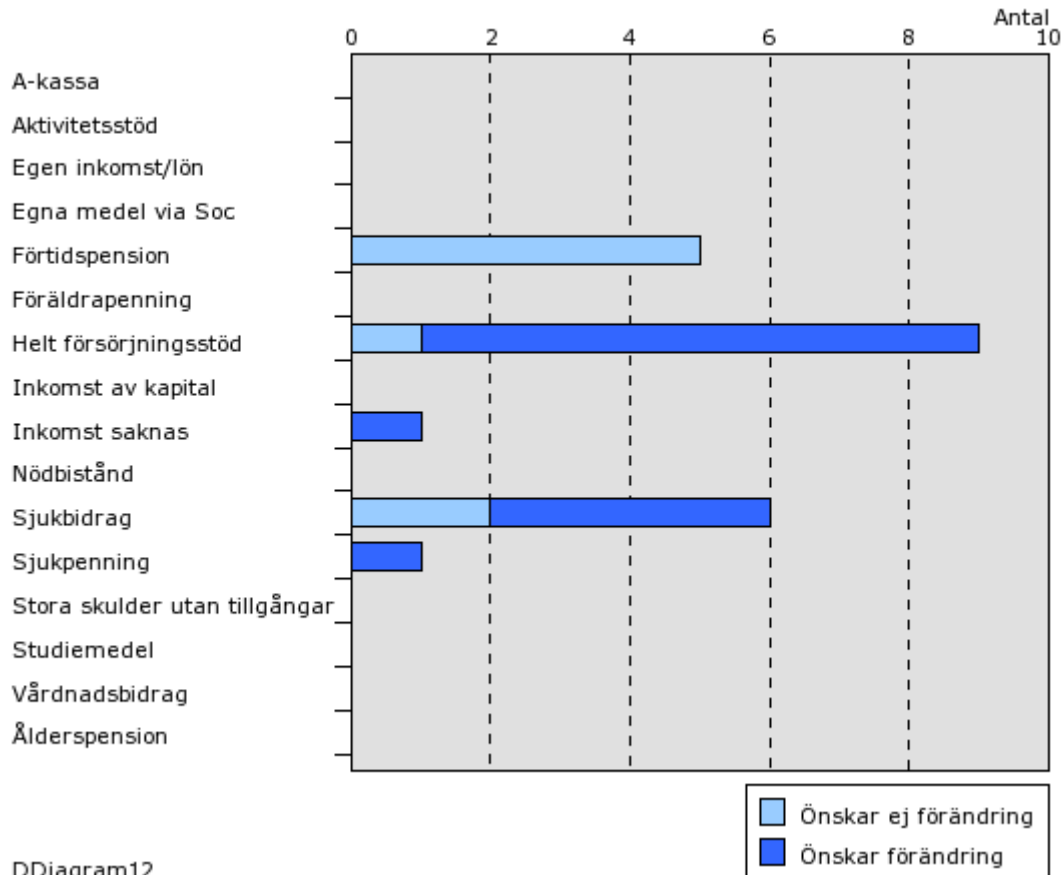
Tabell 9 Utvärdering, förändring måluppfyllelse social situation/boende för 15 klienter



4.2.3 Ekonomi

Utgångsläget för 22 klienten innebar att fem klienter hade förtidspension, ingen av dessa önskade någon förändring. Nio klienter hade försörjningsstöd, åtta önskade en förändring. En klient saknade inkomst helt, sex hade sjukbidrag och en hade sjukersättning. Totalt önskade fjorton av 22 klienter en förändring.

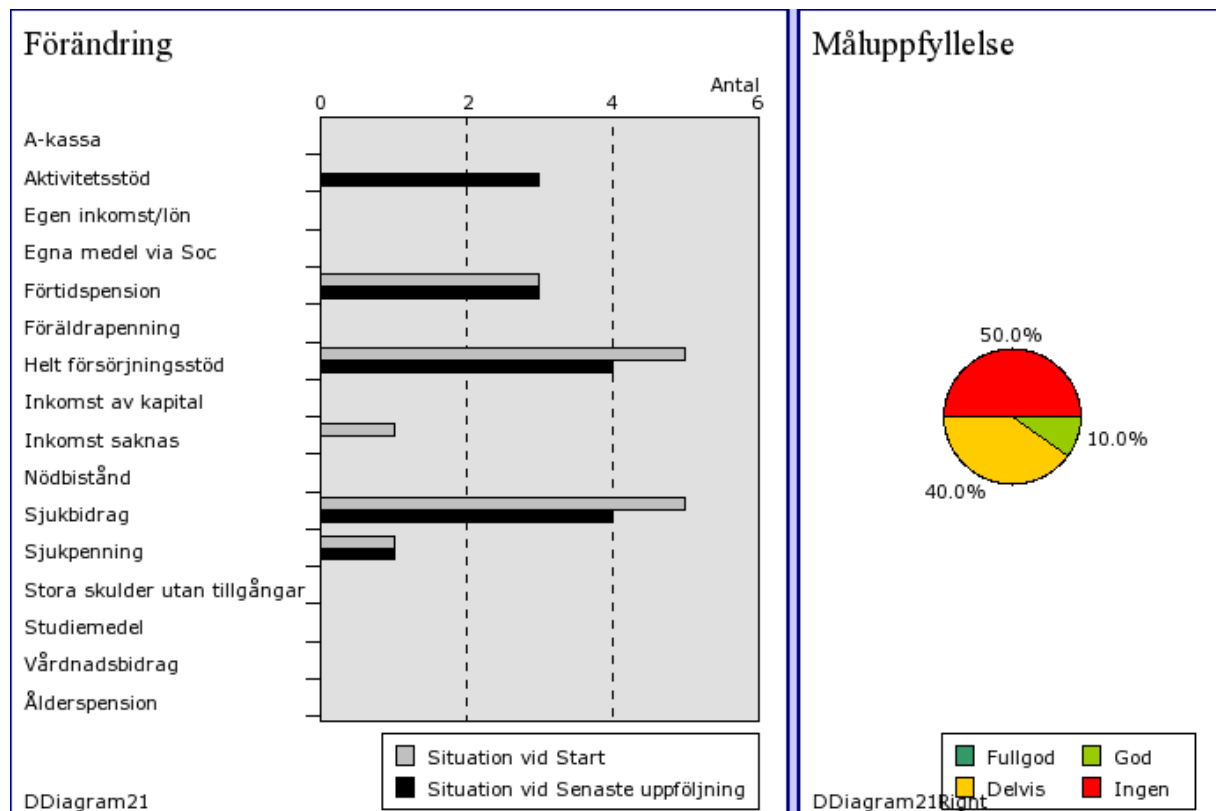
Tabell 10 Lägesredovisning social situation ekonomi vid start för 22 klienter



Resultat

Utvärderingsperioden visar att 50% av klienterna har nått en måluppfyllelse, 40% delvis och 10% god. Uppföljningen innefattar femton klienter. Tre personer har fått aktivitetsstöd. En person mindre har helt försörjningsstöd och sjukbidrag. Ingen av klienterna saknar inkomst.

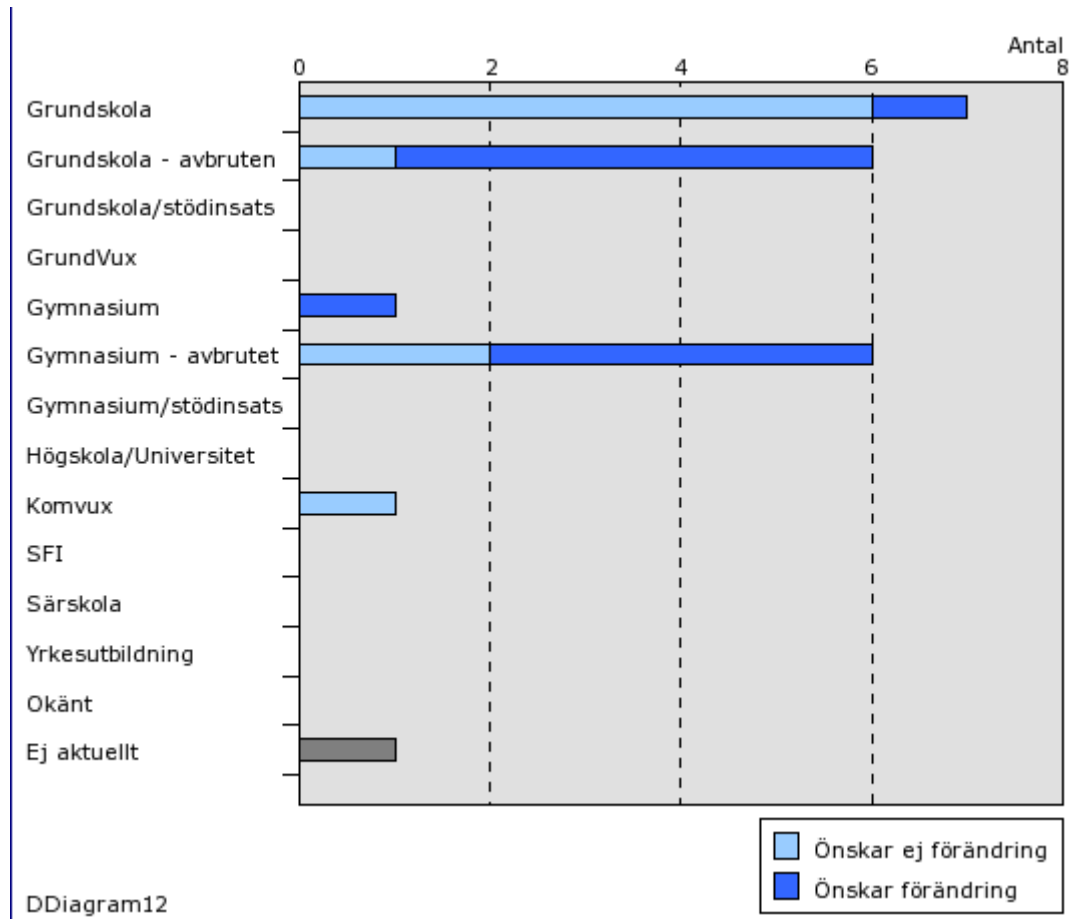
Tabell 11 Utvärdering, förändring måluppfyllelse social situation/ekonomi för 15 klienter



4.2.4 Utbildning

Utgångsläget visar att sju klienter, av 22 har genomgått grundskolan. Sex klienter har en avbruten grundskoleutbildning, en klient har fullgjort sin gymnasieutbildning. Sex klienter har avbrutit sin gymnasieutbildningen. En klient har studerat på komvux och en saknar svensk utbildning. Hälften, (50%) elva av 22 önskar en förändring.

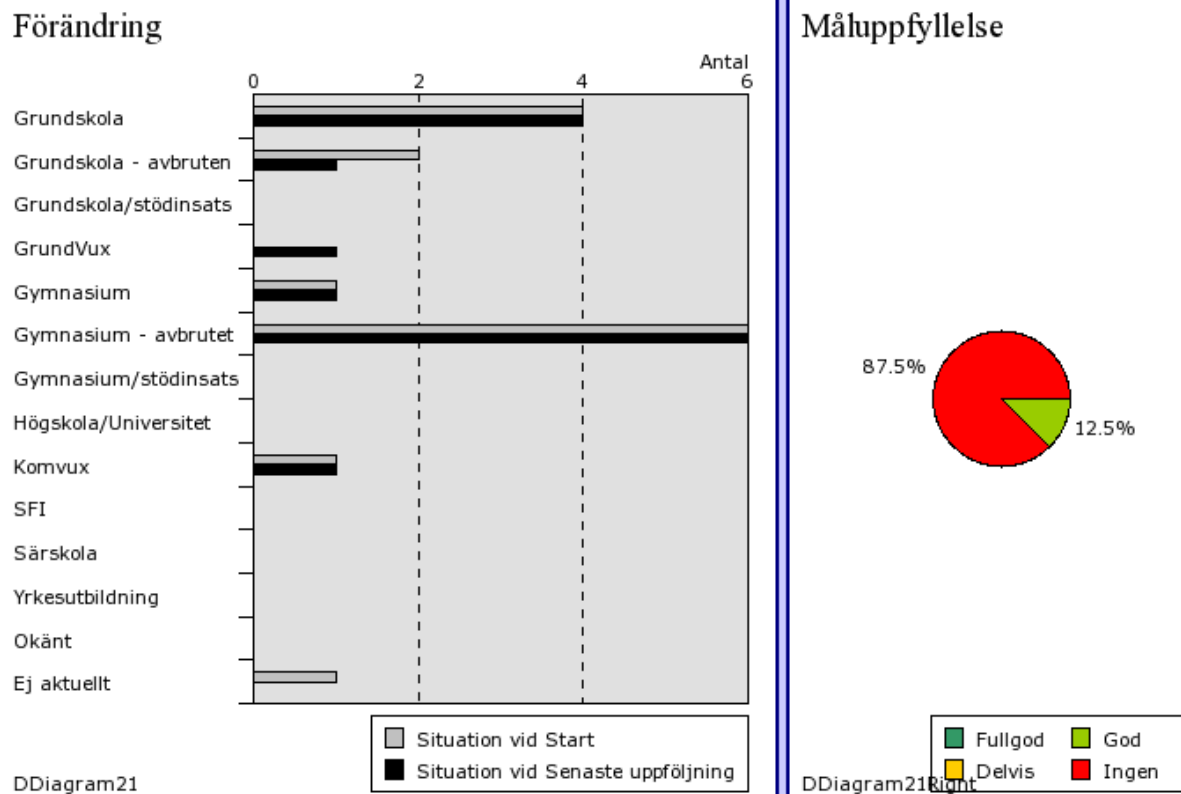
Tabell 12 Lägesredovisning social situation utbildning vid start för 22 klienter



Resultat

Av de klienter, femton vid uppföljningen som medverkat vid fler än intervju och som önskade en förändring går det att se att endast 12,5% har fått en god måluppfyllelse. En person har upptagit sin grundskoleutbildning.

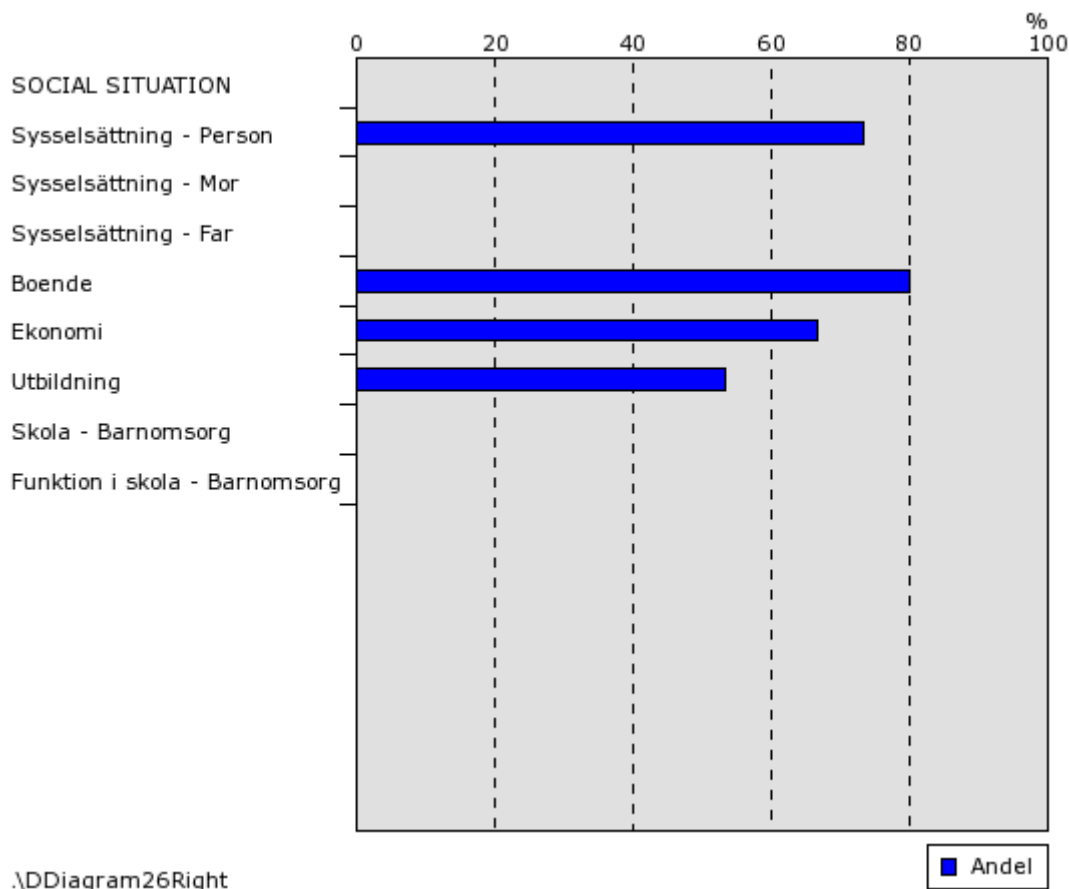
Tabell 13 Utvärdering, förändring måluppfyllelse social situation/utbildning för 15 klienter



4.2.5 Sammanfattning – Måluppfyllelse social situation

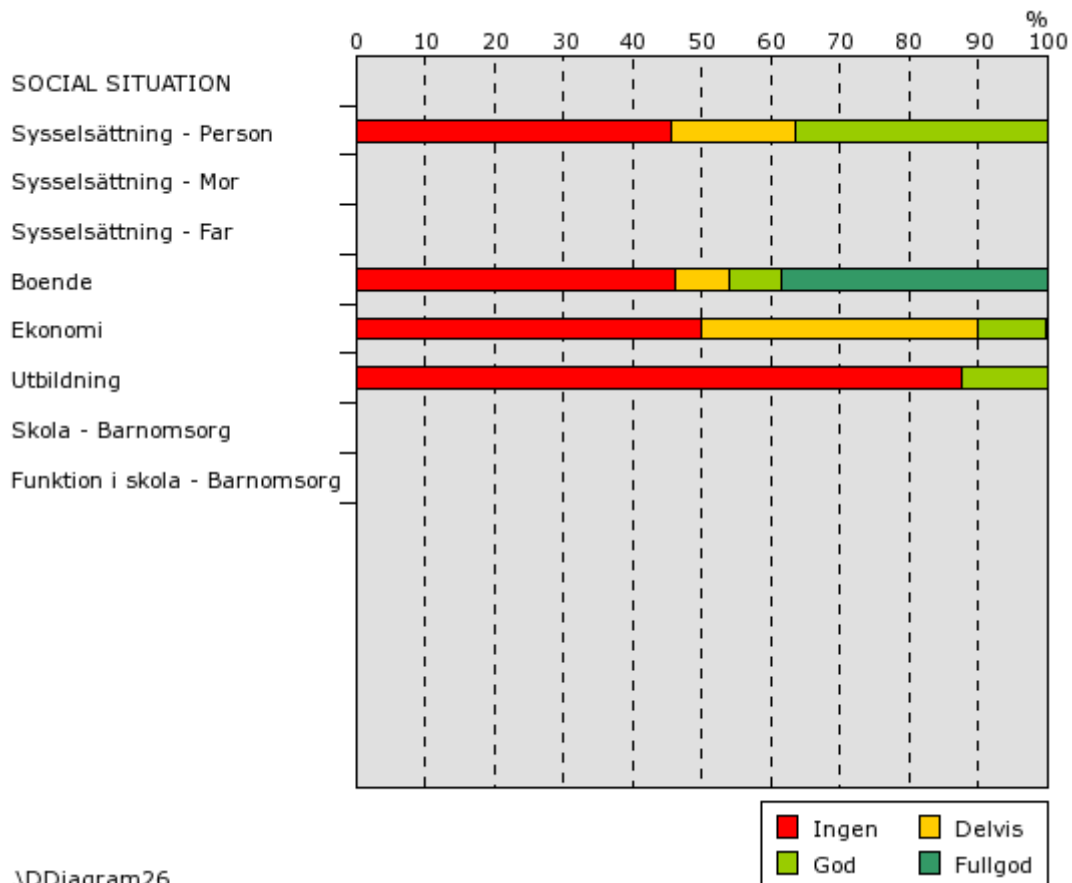
Diagrammet visar den andel av målgruppen som uttryckt förändringsbehov inom respektive livsområde i termer av ”mål för önskad förändring”. Här visas andelen i procent som nått måluppfyllelse, 75% har nått en måluppfyllelse vad gäller sysselsättning, 80% när det gäller boende, ca 65% när det gäller ekonomi och 55% när det gäller utbildning.

Tabell 14 Måluppfyllelse samtliga livsområden/social situation för 15 klienter



Diagrammet tabell 15 visar grad av förändring, förbättring. 55% av klienterna upplever en god (ljusgrönt fält 38%) eller delvis (gult fält 17%) måluppfyllelse vad gäller sysselsättning, 55% av klienterna upplever att det har skett en fullgod (mörkgrönt fält 39%), god (ljusgrönt 7%) eller delvis (gult 9%) måluppfyllelse när det gäller boendesituationen och 50% av klienterna upplever en delvis (40%) eller god (10%) måluppfyllelse vad det gäller den ekonomiska situationen. På livsområdet utbildning upplever ca 12% av klienterna att de nått en god måluppfyllelse.

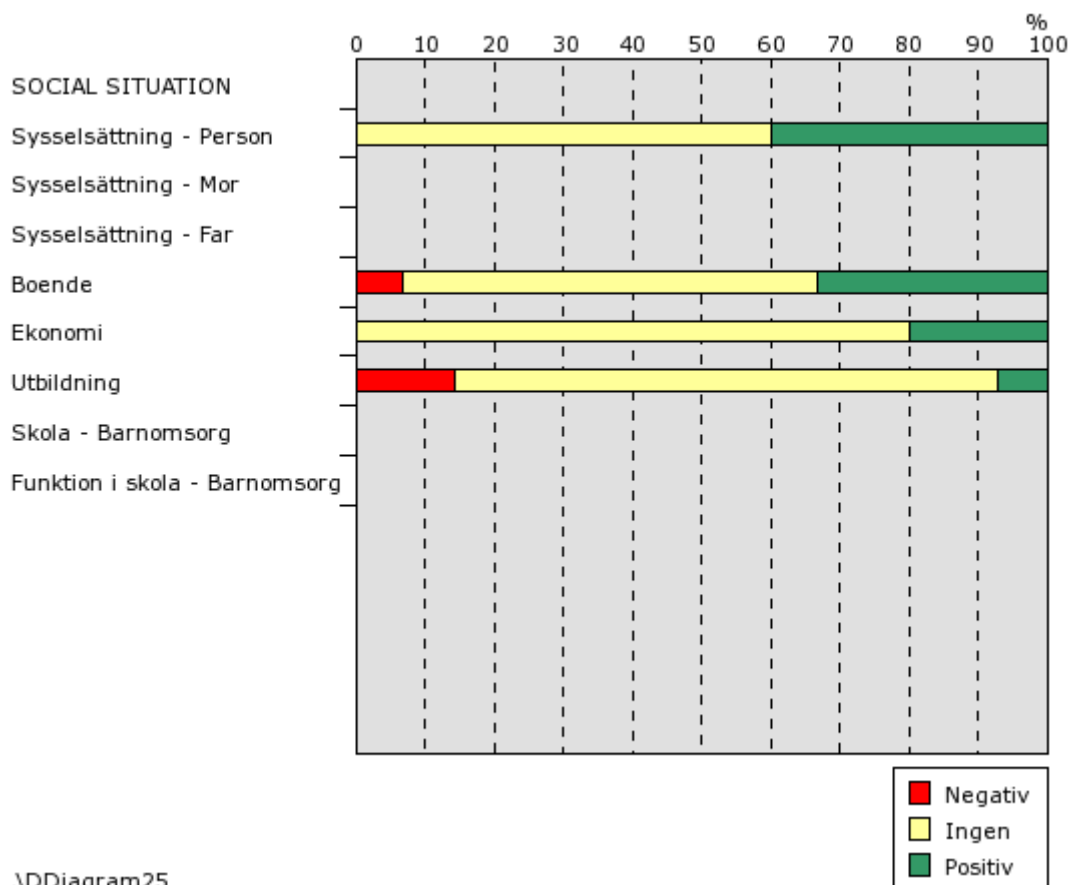
Tabell 15 Måluppfyllelse samtliga livsområden/social situation för 15 klienter



.\DDiagram26

Det har skett en förändring inom samtliga livsområden. Diagrammet visar positiva förändringar, grönt fält inom samtliga områden. Främst inom sysselsättning men även inom boende, ekonomi och utbildning. Det röda fältet visar en negativ förändring. Det gäller framför allt utbildning, men det finns även ett negativt fält när det gäller boende. Det gula fältet visar ingen förändring.

Tabell 16 Förändring samtliga livsområden/Social situation för 15 klienter

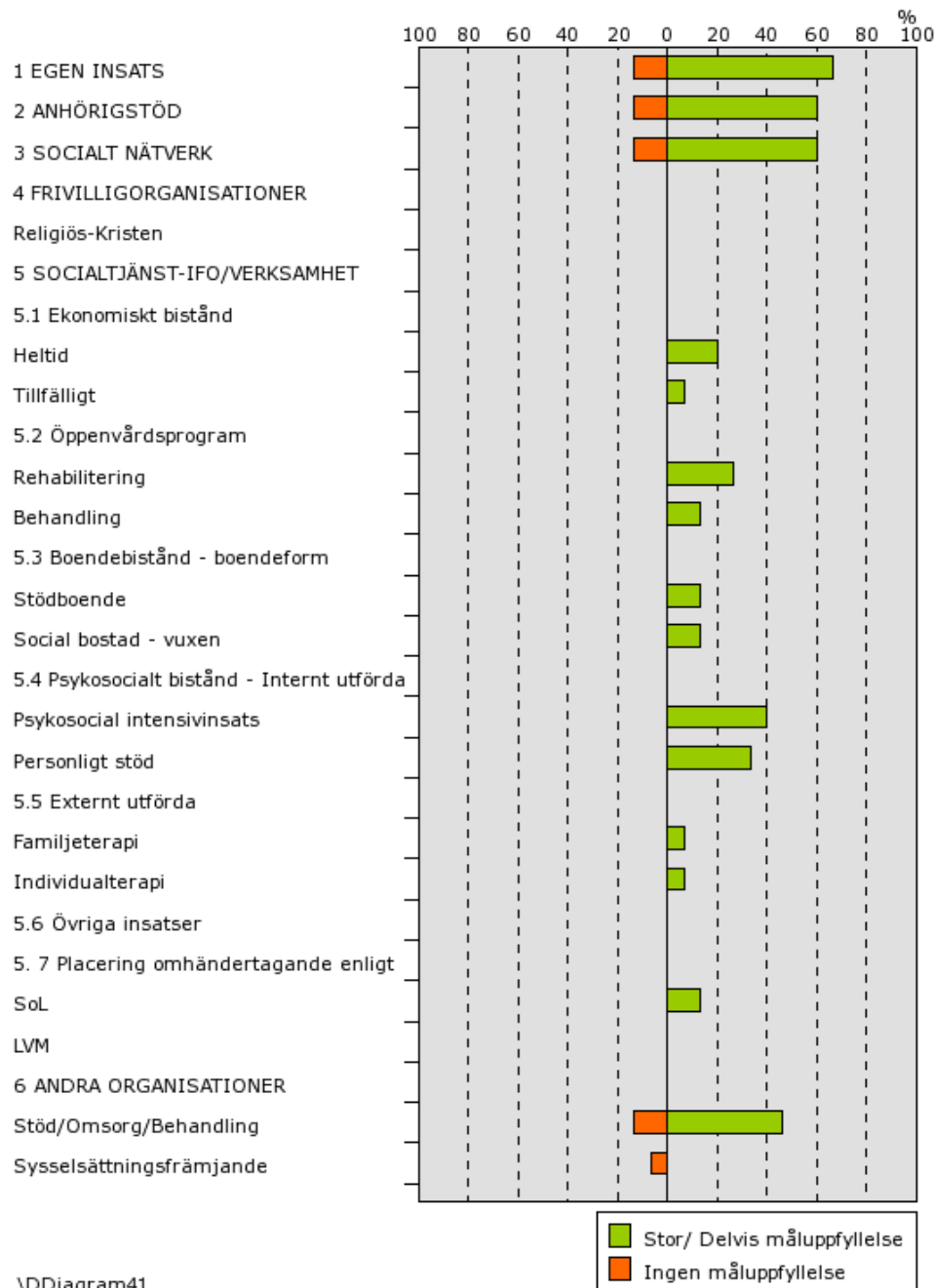


.\DDiagram25

Mönsteranalys – social situation

När klienten själv får avgöra vad som främst påverkat förändringen inom livsområdet social situation, så framkommer den egna insatsen (65%), anhörigstödet (60%) och det sociala nätverket (60%). Därefter framkommer stöd, omsorg och behandling (45%) den psykosociala intensivinsatsen, ACT (40%), personligt stöd (35%) som viktiga för måluppfyllelsen.

Tabell 17 Mönsteranalys social situation för 15 klienter



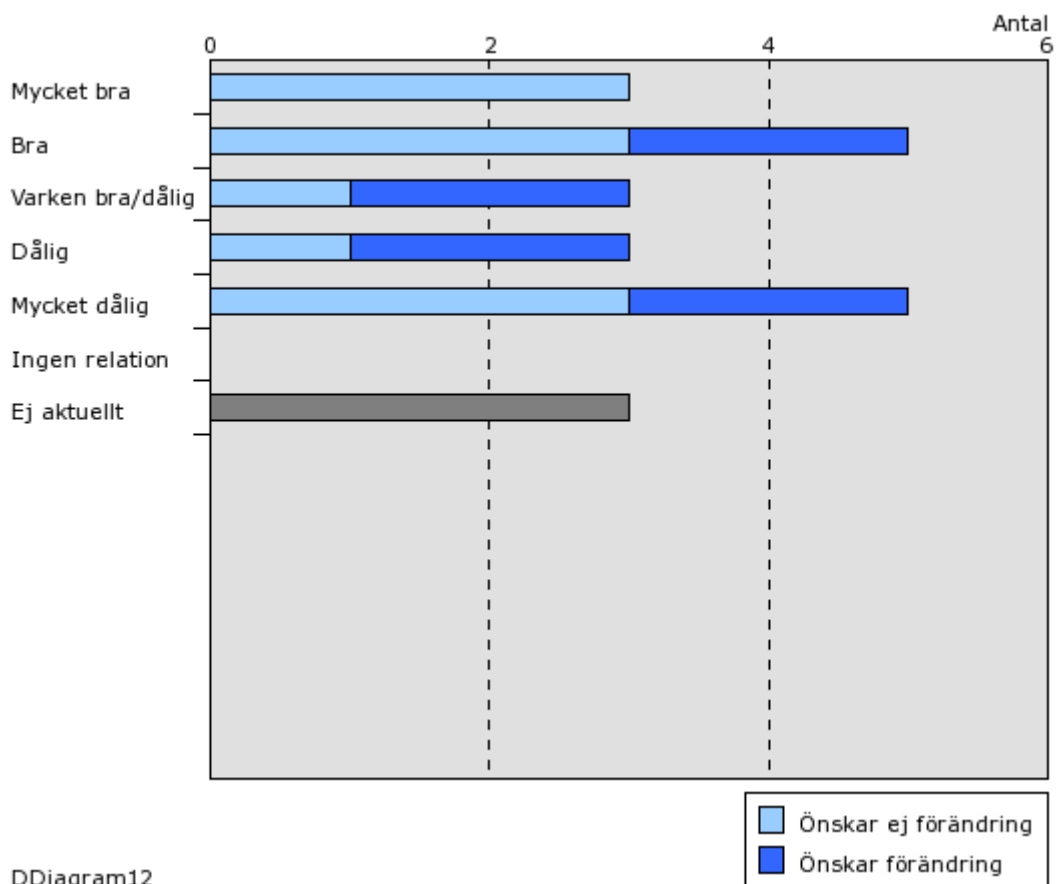
Diagrammet visar de olika förändringsaktörernas insatser till målgruppen inom olika aktuella livsområden och hur dessa samvarierar med måluppfyllelsen. Insatser som samvarierar med fullgod, god måluppfyllelse, antas bidra mer till en positiv förändring, jämfört med insatser som samvarierar med ingen måluppfyllelse. Staplarna till höger visar god måluppfyllelse staplarna till vänster ingen måluppfyllelse.

4.3 Relationer

4.3.1 Relationen till mor

Från start har tre klienter av 22, en mycket bra, eller bra, fem klienter relation till sin mor. Tre klienter har en varken bra eller dålig relation med modern, tre klienter har en dålig relation och fem klienter har en mycket dålig relation till sin mor. För tre klienter är inte relationen till modern aktuell. Åtta klienter önskar själva få till stånd en förändring.

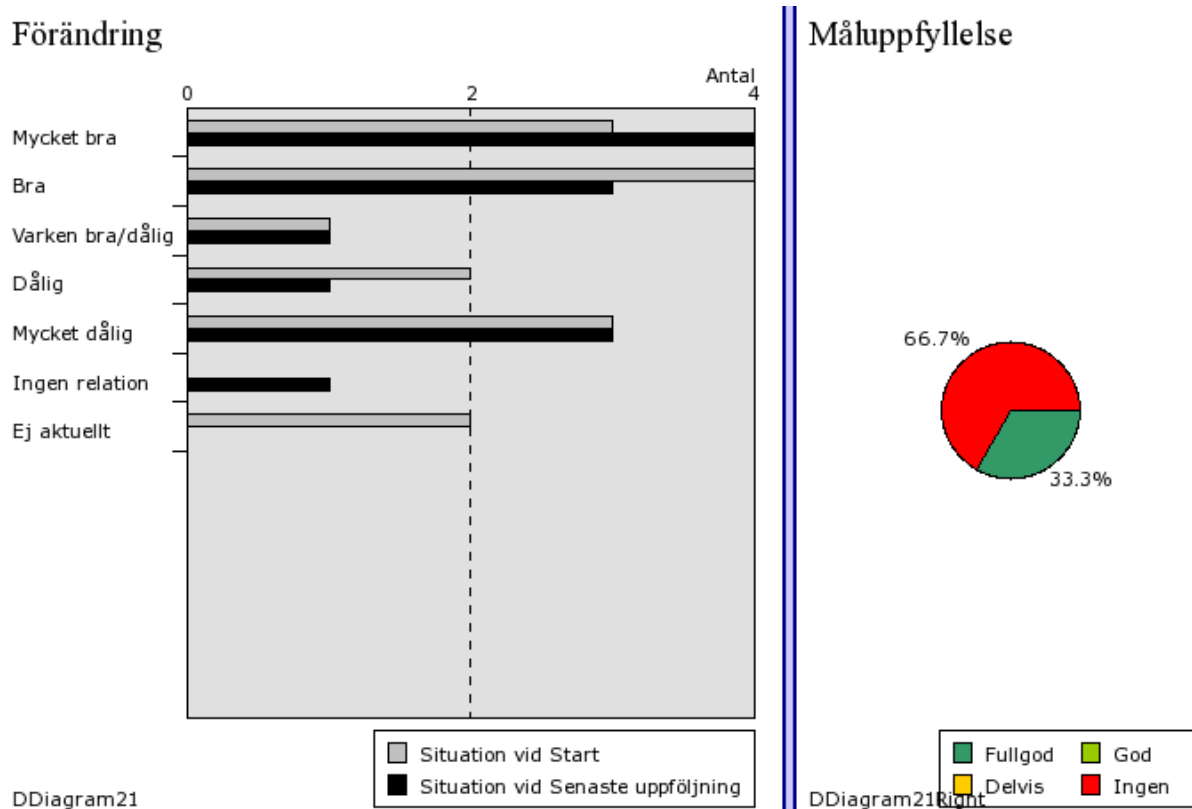
Tabell 18 Lägesredovisning relationer/mor vid start för 22 klienter



Resultat

Vid uppföljningen för femton klienter har 33,3%, dvs. en tredjedel av de klienter som önskade en förändring, fått en fullgod förändring. Klienternas relationer till modern har förbättrats. Fyra klienter upplever nu att de har en mycket bra relation. Två upplever att de har en bra relation och en person, klient upplever sig ha en dålig relation till modern. Det är fortfarande tre klienter som upplever att de har en mycket dålig relation till sin mor.

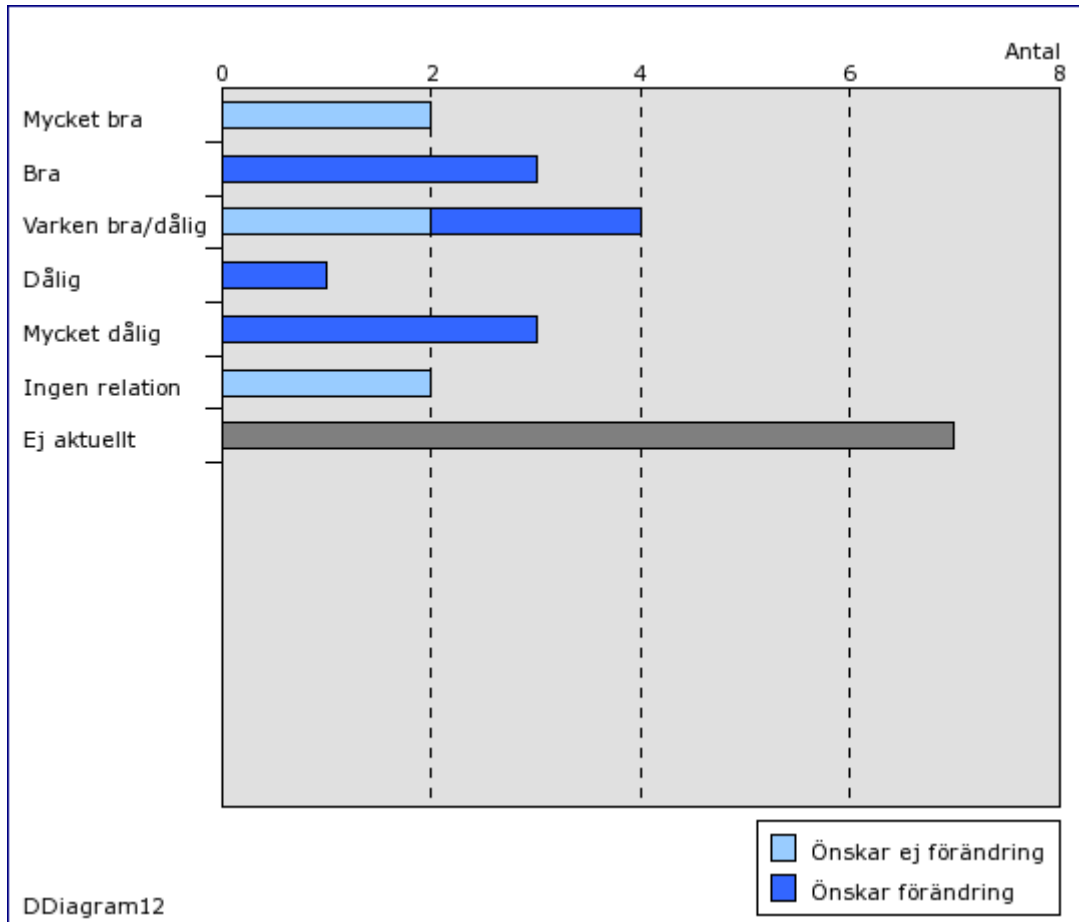
Tabell 19 Utvärderingsperiod förändring och måluppfyllelse relationer/mor för 15 klienter



4.3.2 Relationen till far

Klienternas relation till sin far var vid start följande, två klient uppgav att de hade en mycket bra relation med sin far. Tre klienter hade en bra relation, en klient hade en dålig relation och tre klienter hade en mycket dålig relation till sin far. Av 22 klienter hade två ingen relation till sin far och sju uppgav att det inte var aktuellt. Nio av 22 klienter önskade en förändring.

Tabell 20 Lägesredovisning relationer/far vid start för 22 klienter



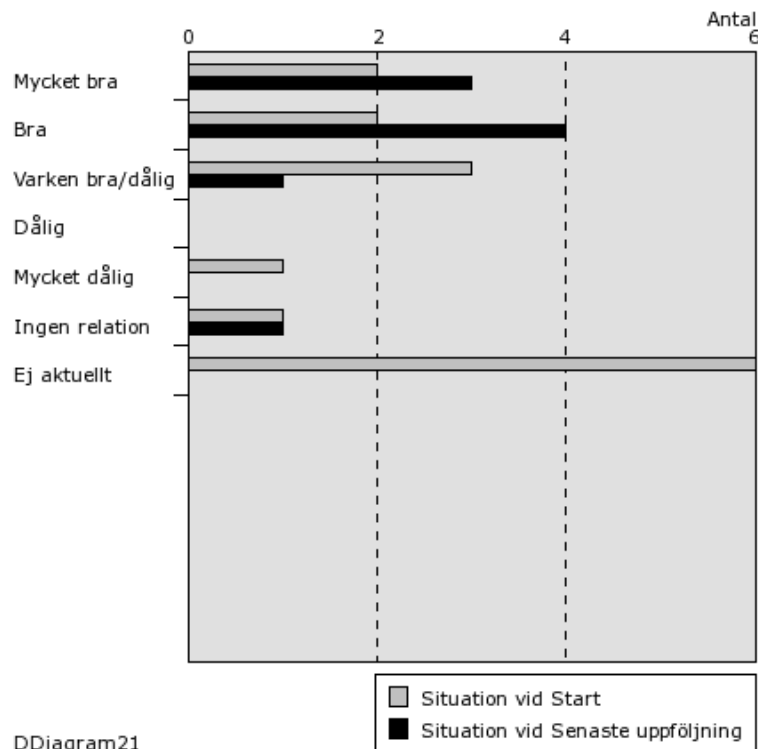
DDiagram12

Resultat

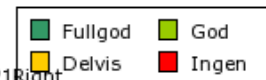
Utvärderingsperioden som utgår från femton klienter visar att 75% av klienterna upplever en förändring av olika grad. 25% av klienterna upplever en fullgod förändring, 25% upplever en god och 25% upplever en delvis förändring, förbättring i sin relation med fadern. Tre klienter har nu en mycket bra relation till sin far, fyra klienter har en bra relation och en klient har en varken bra eller dålig relation. Det är fortfarande sex klienter som uppger att det inte är aktuellt och en klient som inte har någon relation till fadern.

Tabell 21 Utvärderingsperiod förändring och måluppfyllelse relationer/far för 15 klienter

Förändring



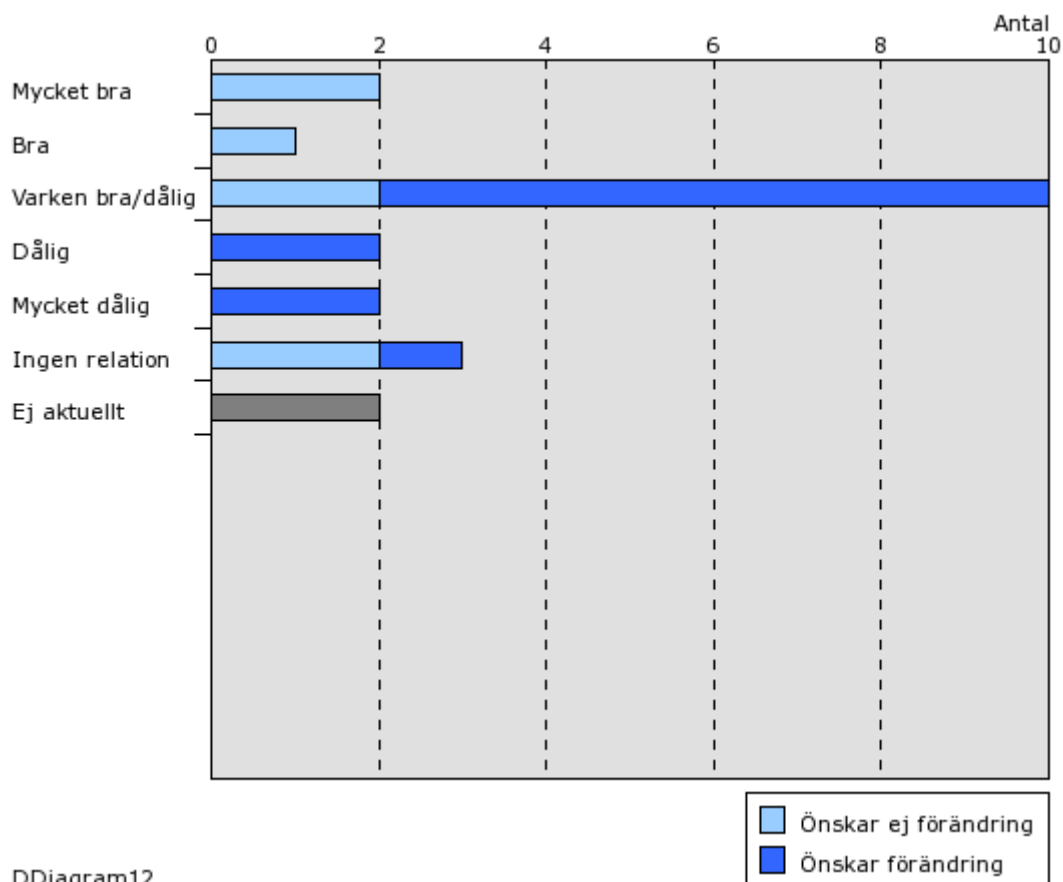
Måluppfyllelse



4.3.3 Relationen till syskon

Situationen vid start för 22 klienter visar att klienternas relation till syskon är, för tio klienter varken bra eller dålig. Två klienter har en mycket bra relation, en klient har en bra relation med syskonen. Två klienter har en dålig relation till sina syskon och för två är relationen mycket dålig. Tre klienter uppger att de inte har någon relation med sina syskon och två uppger att det ej är aktuellt. Tretton av 22 klienter vill ha en förändring.

Tabell 22 Lägesredovisning relationer/syskon vid start för 22 klienter



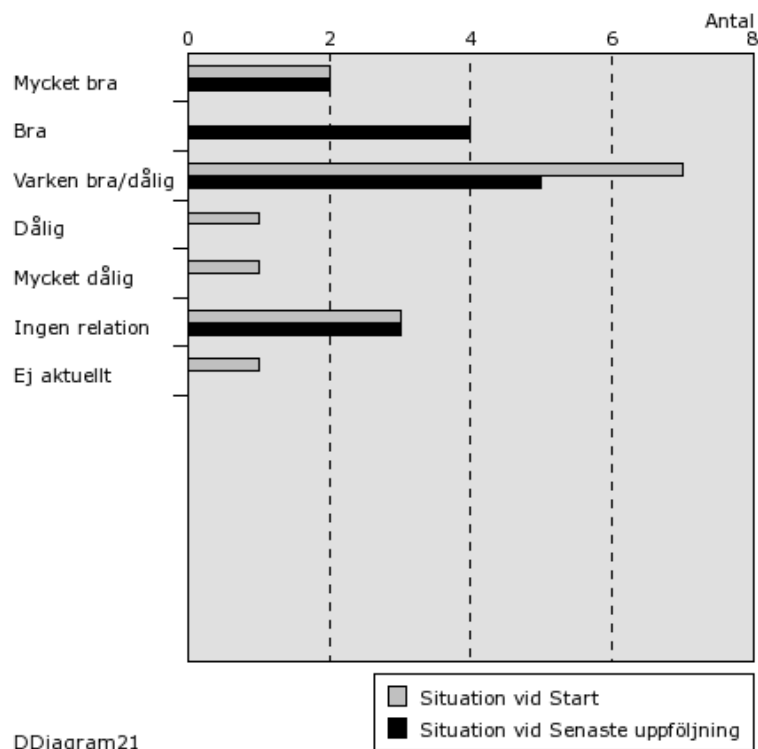
DDiagram12

Resultat

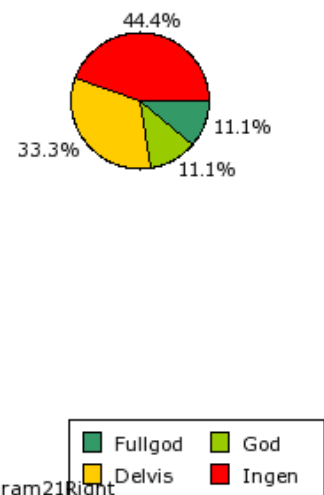
Relationen till syskon har förändrats vid utvärderingsperiodens slut och nu upplever 55% av klienterna en förändring av varierade grad. 11% upplever en fullgod måluppfyllelse, 11% en god måluppfyllelse och 33% en delvis måluppfyllelse. Av femton klienter upplever två en mycket god relation med sina syskon, fyra klienter upplever en bra relation. Fem klienter upplever nu att de har en varken bra eller dålig relation och tre uppger att det ej är aktuellt. Uppgifter från den femtonde klienten saknas.

Tabell 23 Utvärderingsperiod förändring och måluppfyllelse relationer/syskon för 15 klienter.

Förändring



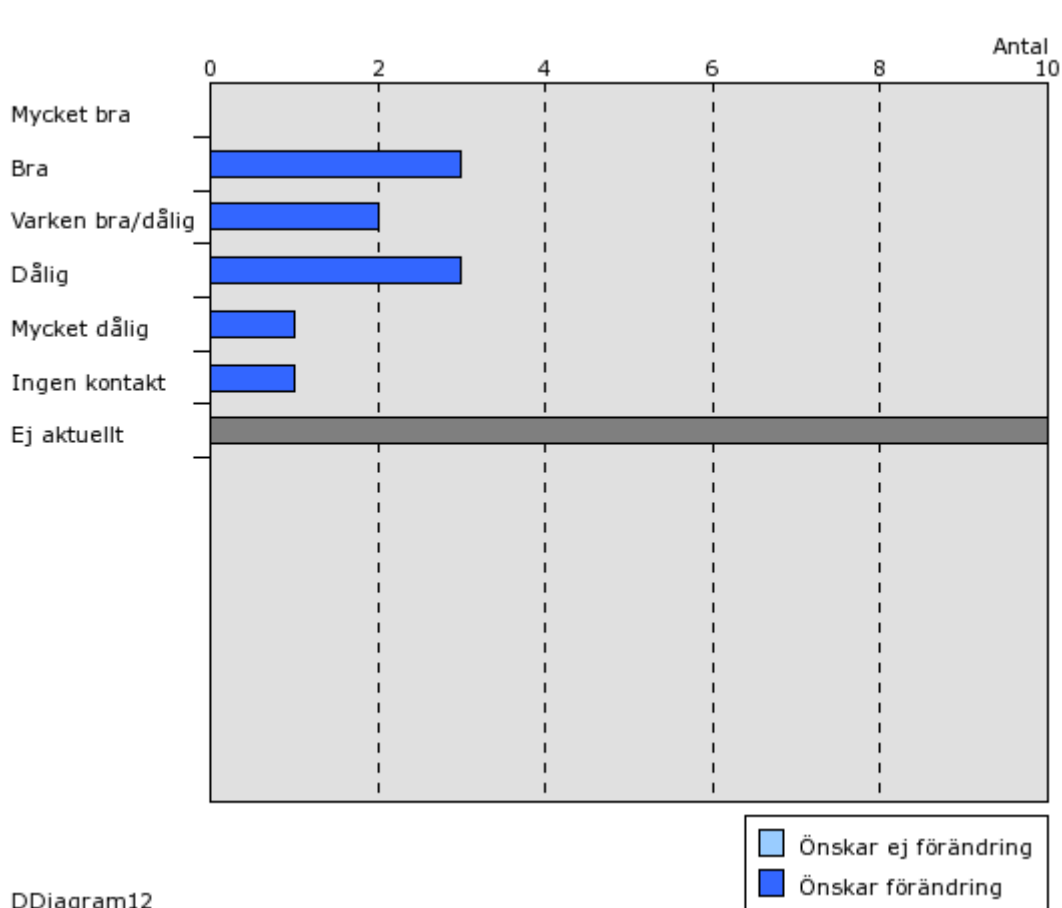
Måluppfyllelse



4.3.4 Relationen till barn

Utgångsläget var att av 20 klienter har hälften, tio klienter barn. Tre klienter har en bra relation till sina barn. Två uppger en varken bra eller dålig relation. Tre uppger en dålig relation och en klient upplever en mycket dålig relation med sitt barn. En klient har ingen kontakt med sitt barn. Samtliga tio klienter som har barn önskar en förändring, en förbättrad relation.

Tabell 24 Lägesredovisning relationer/barn vid start för 20 klienter

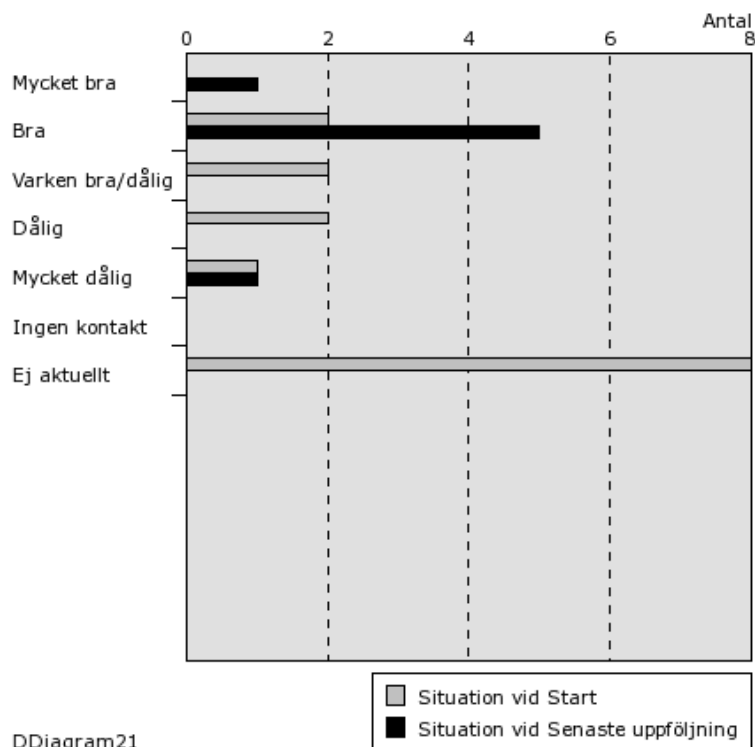


Resultat

Av de femton klienter som har pågående insatser och som varit med om att svara på minst två intervjuer har sju klienter barn. Av dessa sju har 71 procent förbättrat sin relation till sitt eller sina barn sedan de fick insatsen ACT. De har fått en fullgod måluppfyllelse (29%), en god måluppfyllelse (14%) och en delvis nådd måluppfyllelse (29%). Fem personer, klienter har en bra relation till sitt barn, en person har en mycket bra relation till sitt barn. En klient har fortfarande en mycket dålig relation till sitt barn.

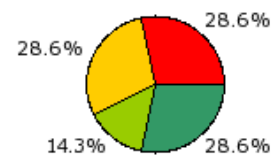
Tabell 25 Utvärderingsperiod förändring och måluppfyllelse relationer/barn för 15 klienter

Förändring



DDiagram21

Måluppfyllelse

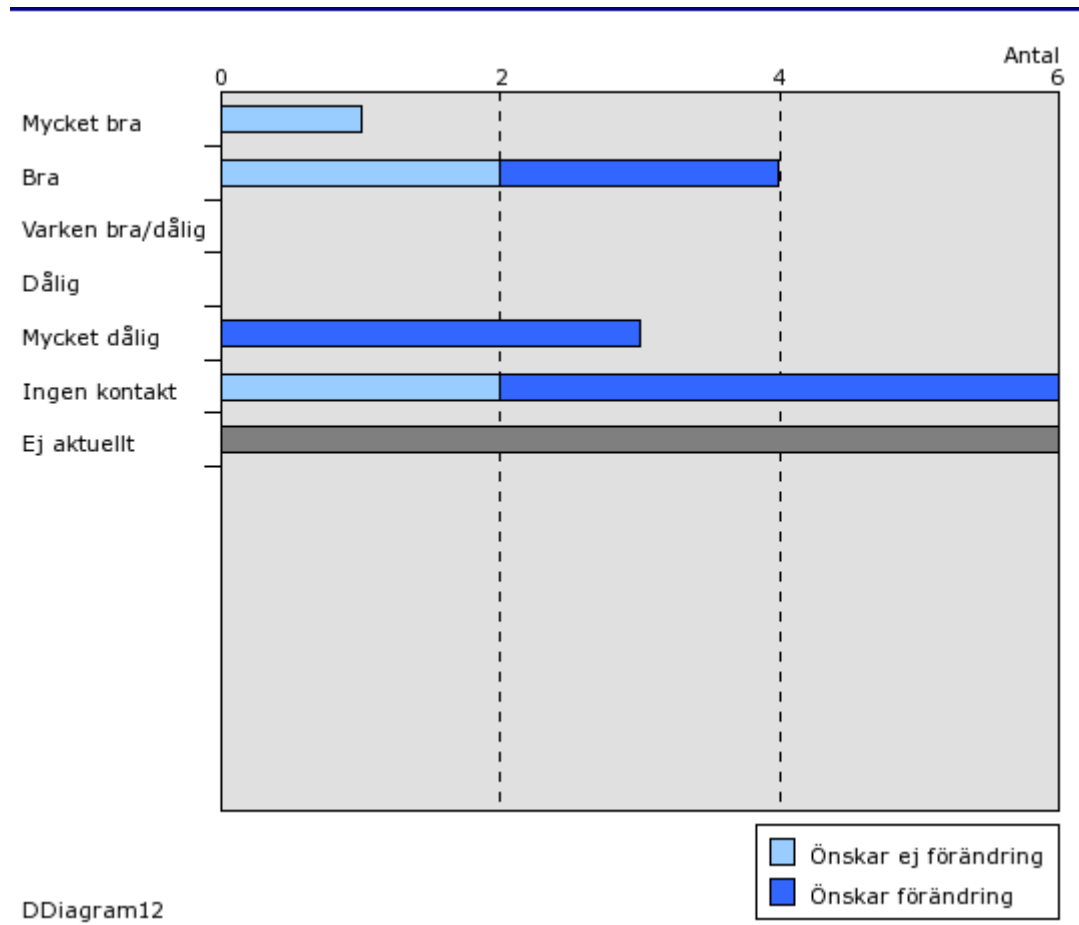


DDiagram21Right

4.3.5 Parrelationen

Vid utvärderingsperiodens början hade fjorton av tjugo klienter en parrelation. En klient uppgav sig ha en mycket bra relation med sin partner. Fyra klienter hade en bra relation, tre klienter hade en mycket dålig relation och sex klienter uppgav att de inte hade någon kontakt. För sex klienter var det ej aktuellt med en parrelation, vid start. Nio av fjorton klienter önskade en förändring, en förbättrad relation. Två klienter har inte besvarat frågan. Nio av fjorton klienter önskar en förändring.

Tabell 26 Lägesredovisning relationer/parrelationen vid start för 20 klienter

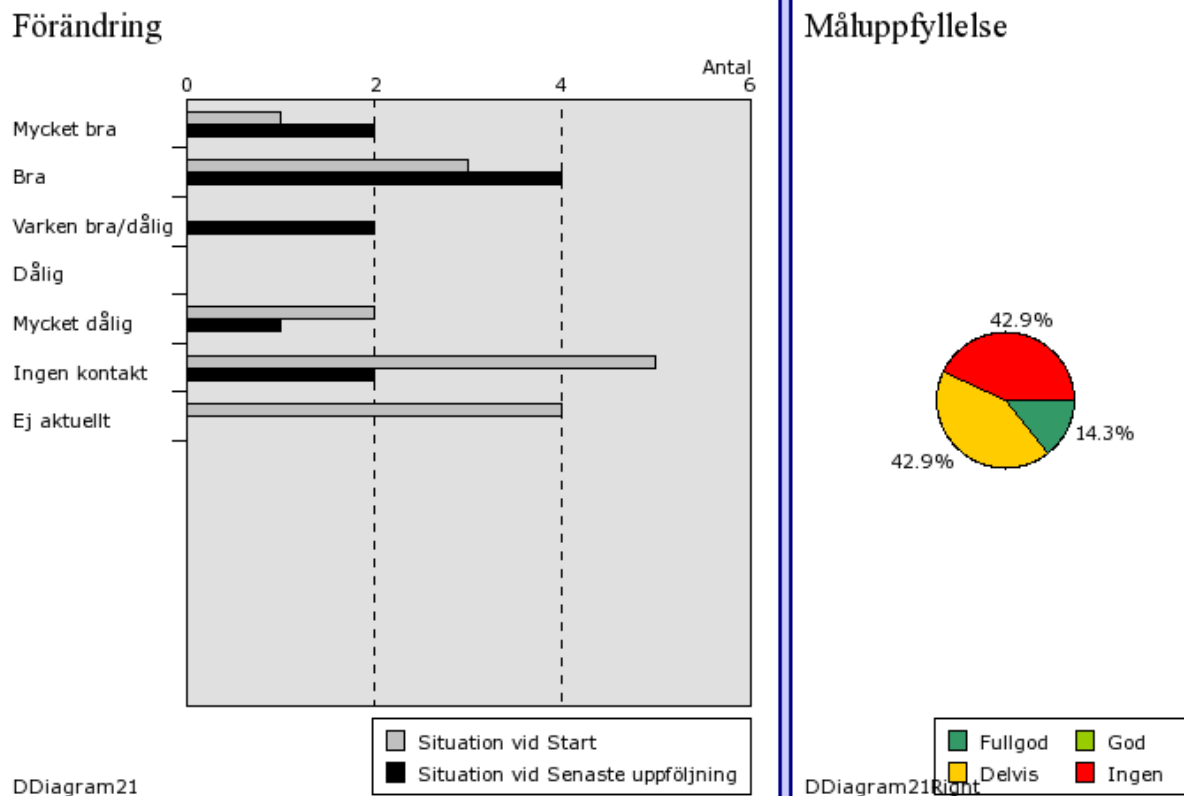


DDiagram12

Resultat

Uppföljningen visar att 43% har nått en delvis måluppfyllelse och 14% av de klienter som önskade en förändring, har fått en fullgod måluppfyllelse. Av femton klienter har två nu en mycket bra relation, fyra har en bra relation och två har en varken bra eller dålig relation. För en klient är relationen fortsatt dålig och två klienter har ingen kontakt.

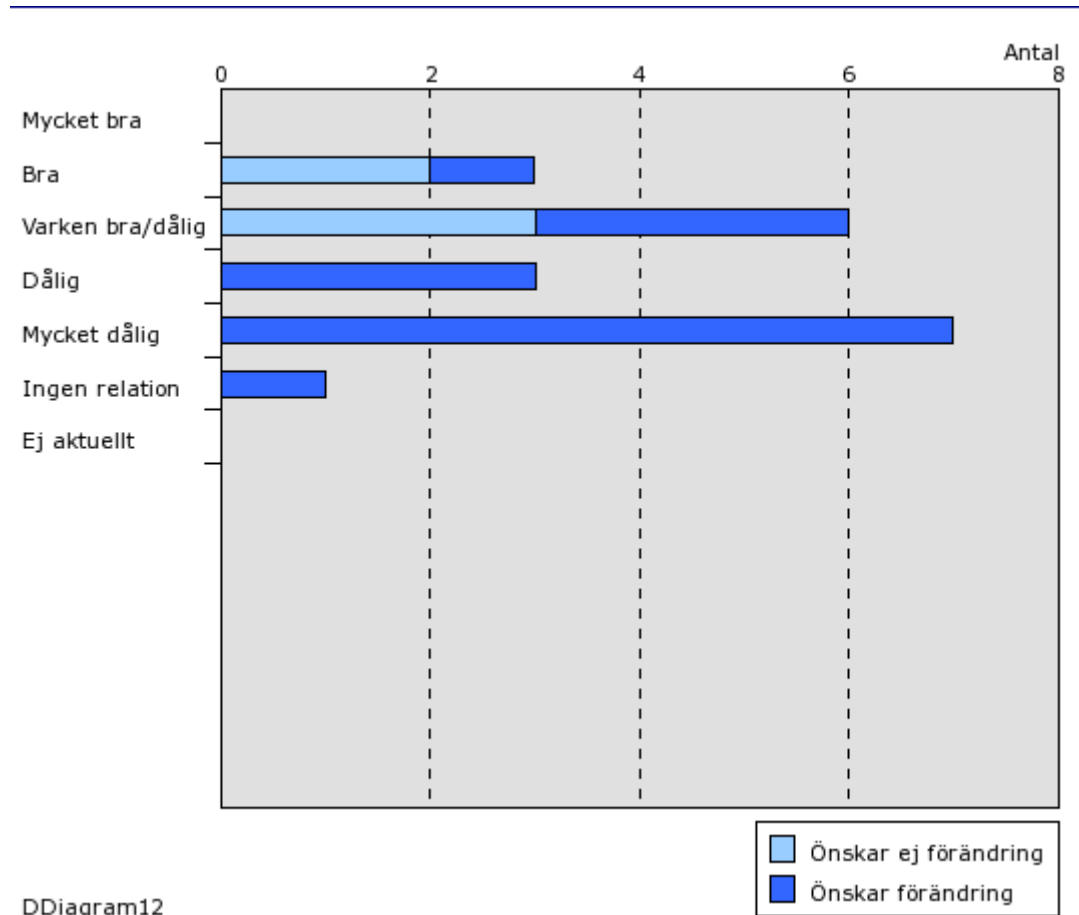
Tabell 27 Utvärderingsperiod förändring och måluppfyllelse relationer/parrelationer för 15 klienter



4.3.6 Relationer - Sociala nätverket

Utgångsläget var att tre klienter upplevde en bra relation till sitt sociala nätverk. Sex klienter upplevde relationen som varken bra, eller dålig. Tre klienter uppgav att de hade en dålig relation och sju klienter att de hade en mycket dålig relation, med sitt sociala nätverk. En klient uppgav sig inte ha någon relation till ett socialt nätverk. Två klienter har inte svarat på frågan. Femton av tjugo klienter (75%) vill ha en förändring.

Tabell 28 Lägesredovisning relationer/sociala nätverket vid start för 20 klienter

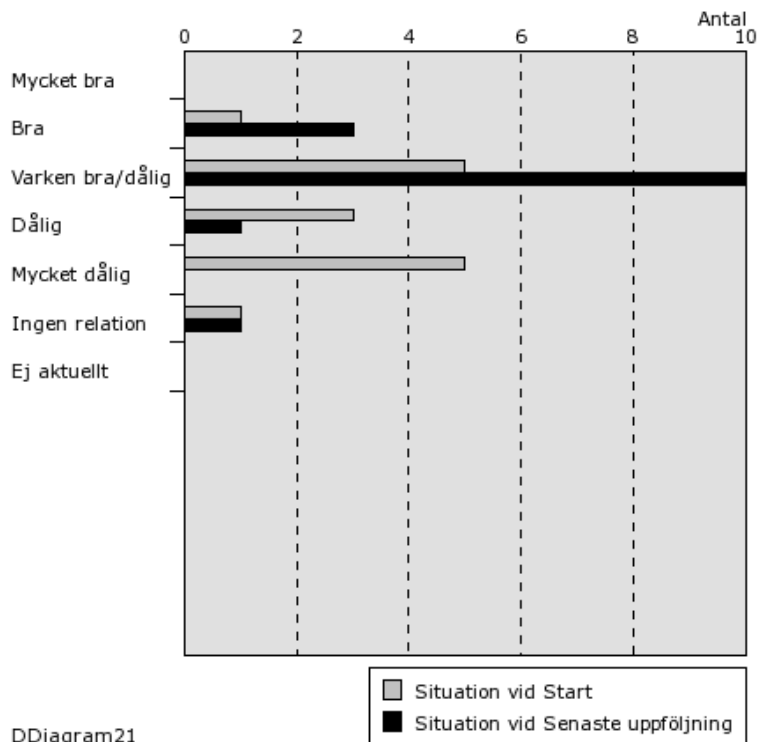


Resultat

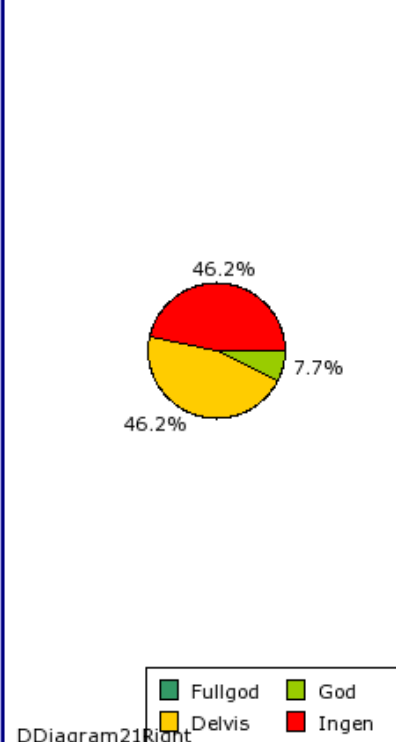
Utvärderingen visar att för mer än 50 procent av de klienter som sa sig vilja ha en förändring så har de nu förbättrat sin relation till det sociala nätverket. Klienterna upplever en god (8%) eller delvis (46%) måluppfyllelse. Tre klienter upplever en bra relation, tio upplever att de har en varken bra eller dålig relation, en klient upplever sig ha en dålig relation. Ingen har en mycket dålig relation, men en klient upplever sig inte ha någon relation, med det sociala nätverket.

Tabell 29 Utvärderingsperiod förändring och måluppfyllelse relationer/sociala nätverket för 15 klienter

Förändring



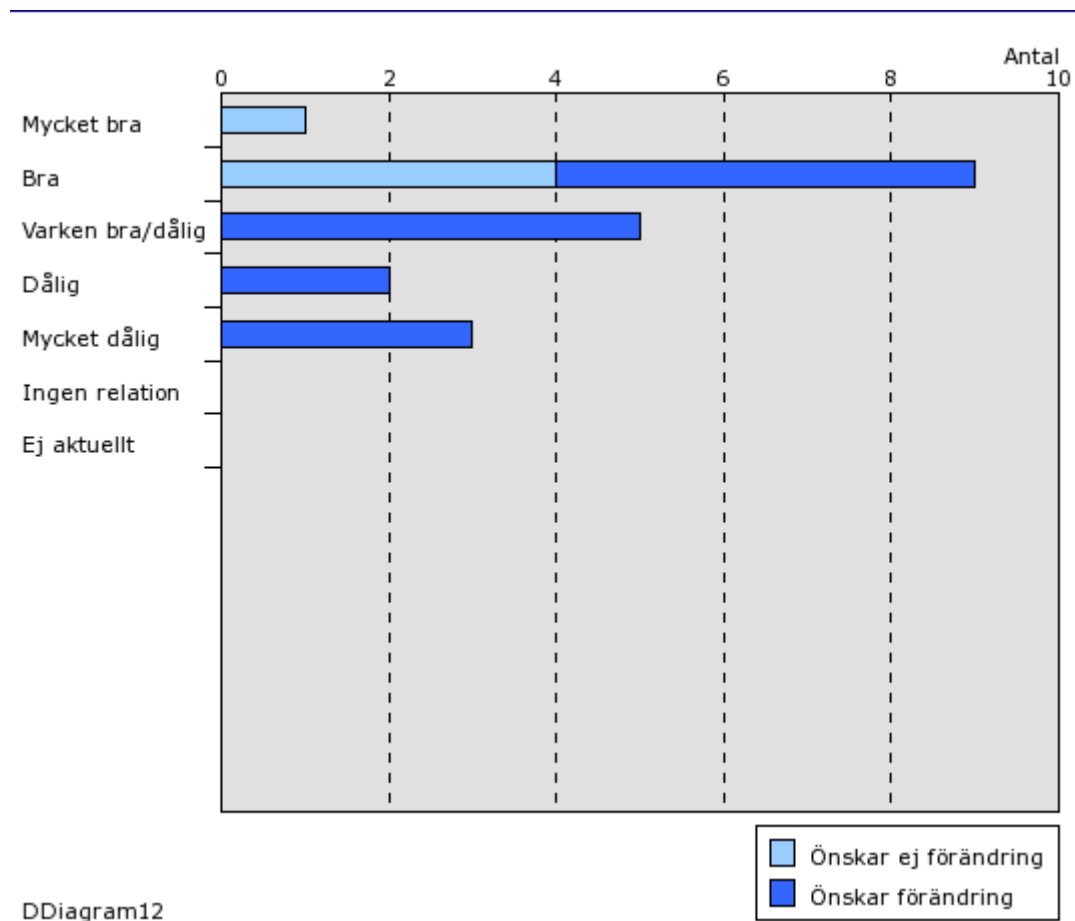
Måluppfyllelse



4.3.7 Relationer – Professionella nätverket

Utgångsläget var att en klient upplevde en mycket bra, nio klienter upplevde en bra relation med sitt professionella nätverk. Fem klienter upplevde att de varken hade en bra eller dålig relation till sitt professionella nätverk. Två klienter hade en dålig relation och tre klienter hade en mycket dålig relation. Två klienter har inte besvarat frågan. Femton av tjugo klienter önskade en förändring, förbättring.

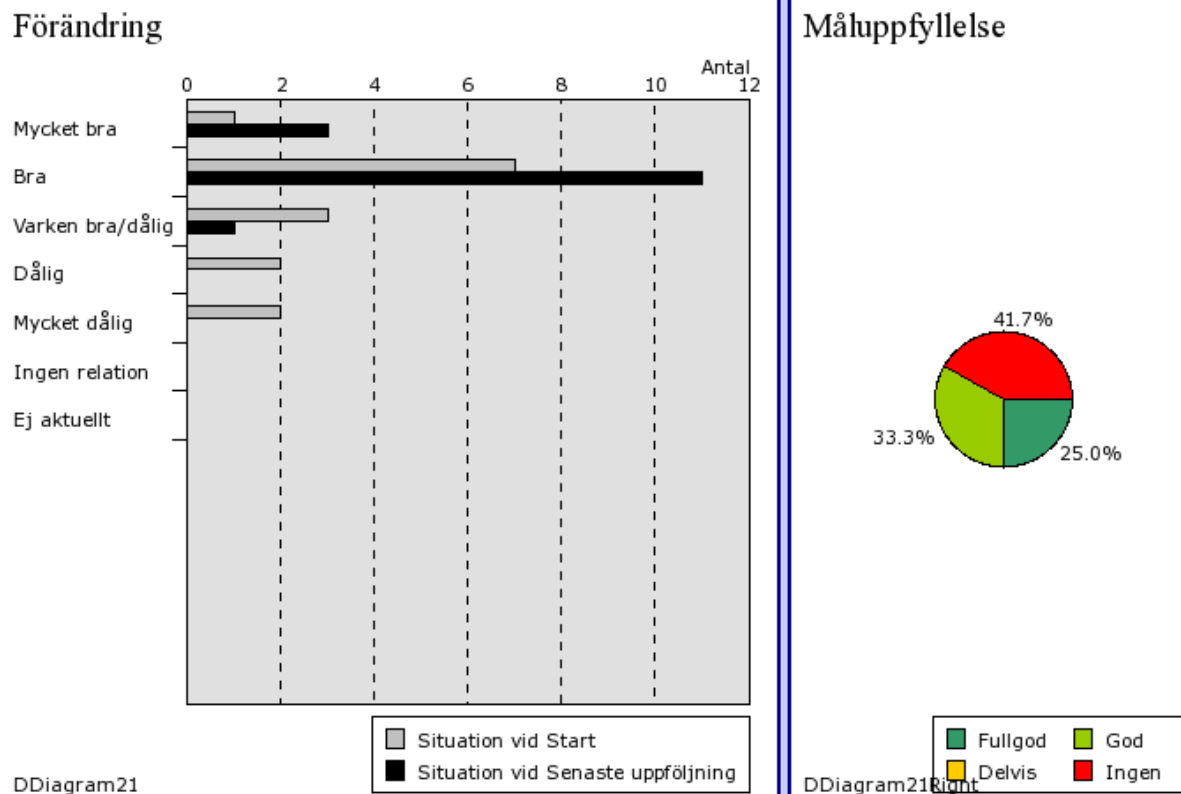
Tabell 30 Lägesredovisning relationer/professionella nätverket vid start för 20 klienter



Resultat

Vid uppföljningen har femton klienter medverkat vid fler än två intervjuer och uppföljningen visar att, mer än 58% av de klienter, som önskade en förändring (15 klienter), har fått en förändring. 25% har fått en fullgod måluppfyllelse, 33% har fått en god måluppfyllelse. Tre klienter har fått en mycket bra relation. Elva klienter upplever att de har en bra relation och en klient upplever att relationen till det professionella nätverket varken är bra eller dålig.

Tabell 31 Förändring och måluppfyllelse relationer/professionella nätverket för 15 klienter



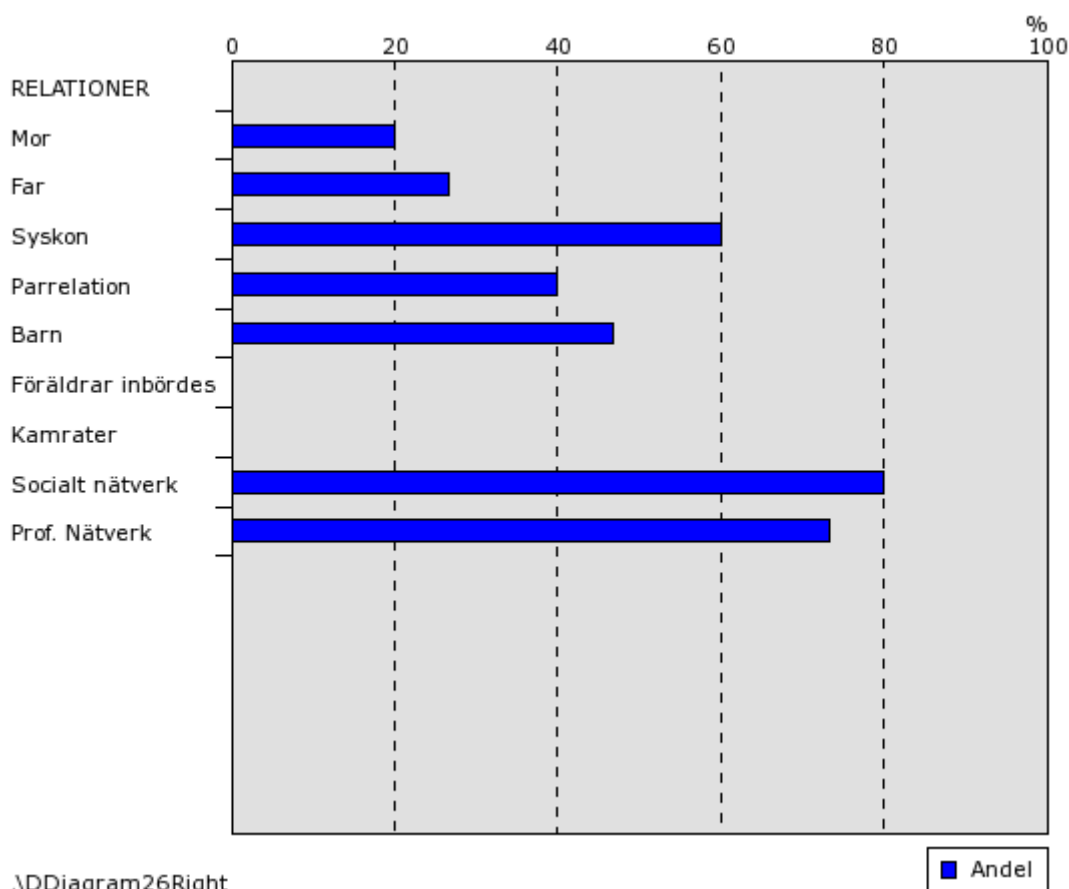
DDiagram21

DDiagram21 Right

4.3.8 Sammanfattning måluppfyllelse relationer

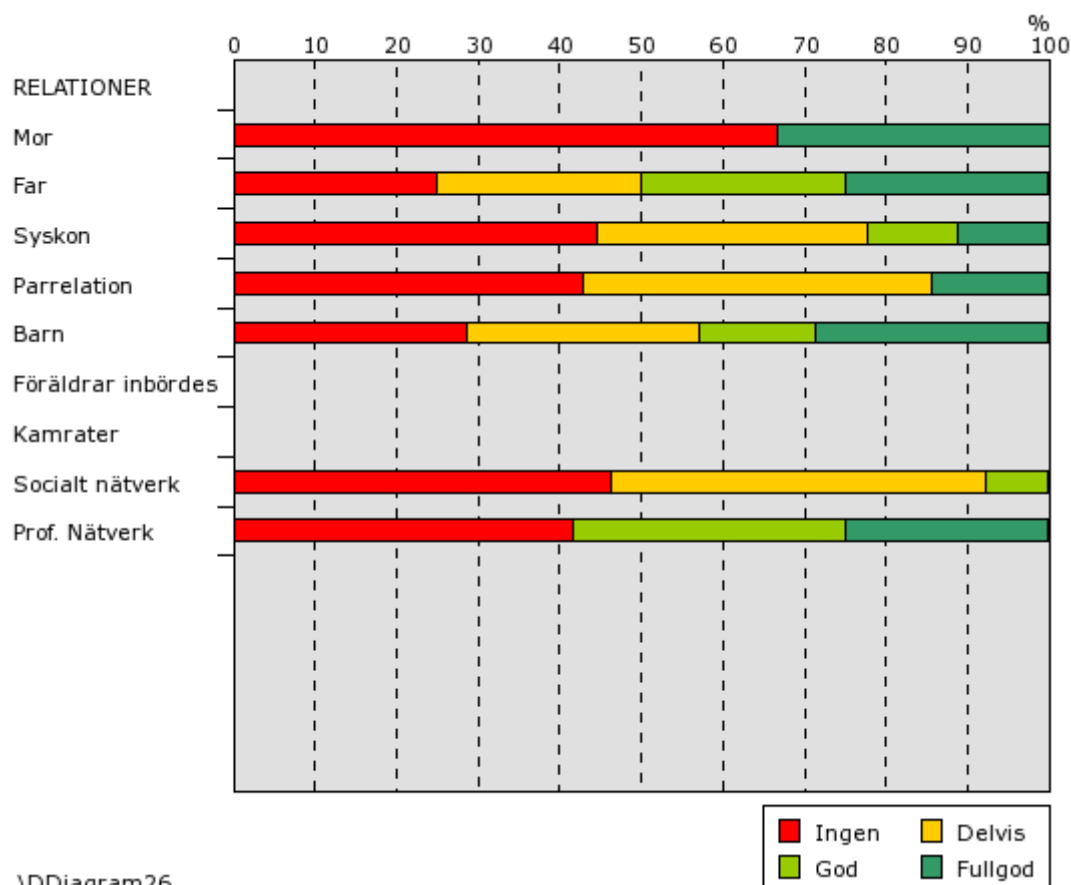
Diagrammet i tabell 32, de blå staplarna visar andelen i procent av klienterna som önskar en förändring, en förbättrad relation till mor, far, syskon, barn, partner, det sociala och det professionella nätverket. Av de femton klienter som uttryckt ett förändringsbehov har hela 80% önskat en förändring i relationen till det sociala nätverket, 75% till det professionella nätverket, 60% önskar en förändring i relationen till syskonen. Nästan 50% vill ha en förbättrad relation till sina barn och 40% önskar en förändrad, förbättrad relation till sin partner. En förbättrad relation till fadern önskar ca 28% och till modern ca 20% av klienterna.

Tabell 32 Förändring måluppfyllelse för de 15 klienter som önskat en förändring– Samtliga livsområden/relationer



Diagrammet i tabell 33 visar vilken grad av måluppfyllelse, inom livsområdet relationer, som uppnått för klienterna. Den största förändringen sker när det gäller klientens relation till fadern och till barn. Därefter kommer relationen till det professionella nätverket och parrelationen, relationen till syskon, till det sociala nätverket och relationen till modern. En fullgod (mörkgröna fältet) måluppfyllelse nås av ca 32% av klienterna när det gäller relation till mor och för nästan 30% när det gäller relationen till barn. Måluppfyllelsen beskrivs även i tabell 34 sid. 49.

Tabell 33 Förändring måluppfyllelse – Samtliga livsområden/relationer för 15 klienter

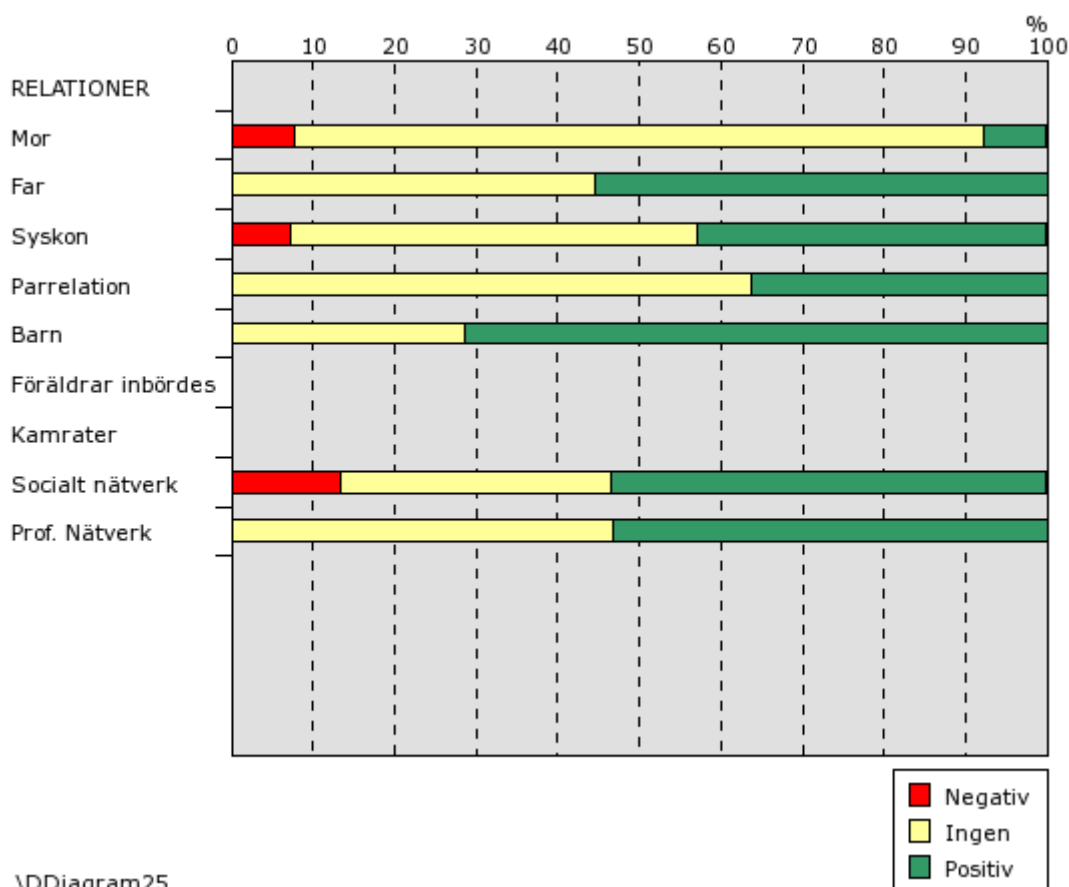


Cirka 75% av klienterna önskade en förändrad, förbättrad relation till det professionella nätverket, för 25% har det skett en fullgod måluppfyllelse, för ca 32% en god måluppfyllelse. Av de 80% som önskade en förändrad, förbättrad relation till det sociala nätverket har mindre än 10% fått en god måluppfyllelse, men 45% har fått en delvis förbättring, en delvis måluppfyllelse. När det gäller relationen till barn har 45% önskat en bättre relation och 71% har även nått en delvis (29%), en god (12%) eller en fullgod (30%) måluppfyllelse. Även relationen till fadern har förbättrats, 75% av klienterna har fått en delvis (25%), en god (25%) eller en fullgod (25%) måluppfyllelse. Relationen till modern har förbättrats för ca 35% av klienterna och relationen till syskon och partner har förbättrats för ca 55% av de femton klienterna.

De förändringar som lett till måluppfyllelse inom livsområdet relationer visas i tabell 34. De gröna fälten betyder en positiv förändring och de röda betyder att det skett en negativ förändring. Gult fält betyder att det inte skett någon förändring. Inom området förbättrade relationer har över 70% av klienterna förbättrat sin relation med barn. Över 50% har förbättrat sin relation med fadern och drygt 40% har förbättrat relationen med syskonen. När det gäller relationen till modern och syskonen finns det även en liten, mindre än 10% negativ förändring.

Relationen till det professionella och till det sociala nätverket har förbättrats med mer än 50% för klienterna. Även om det finns en mindre ca 12% negativ förändring gällande det sociala nätverket.

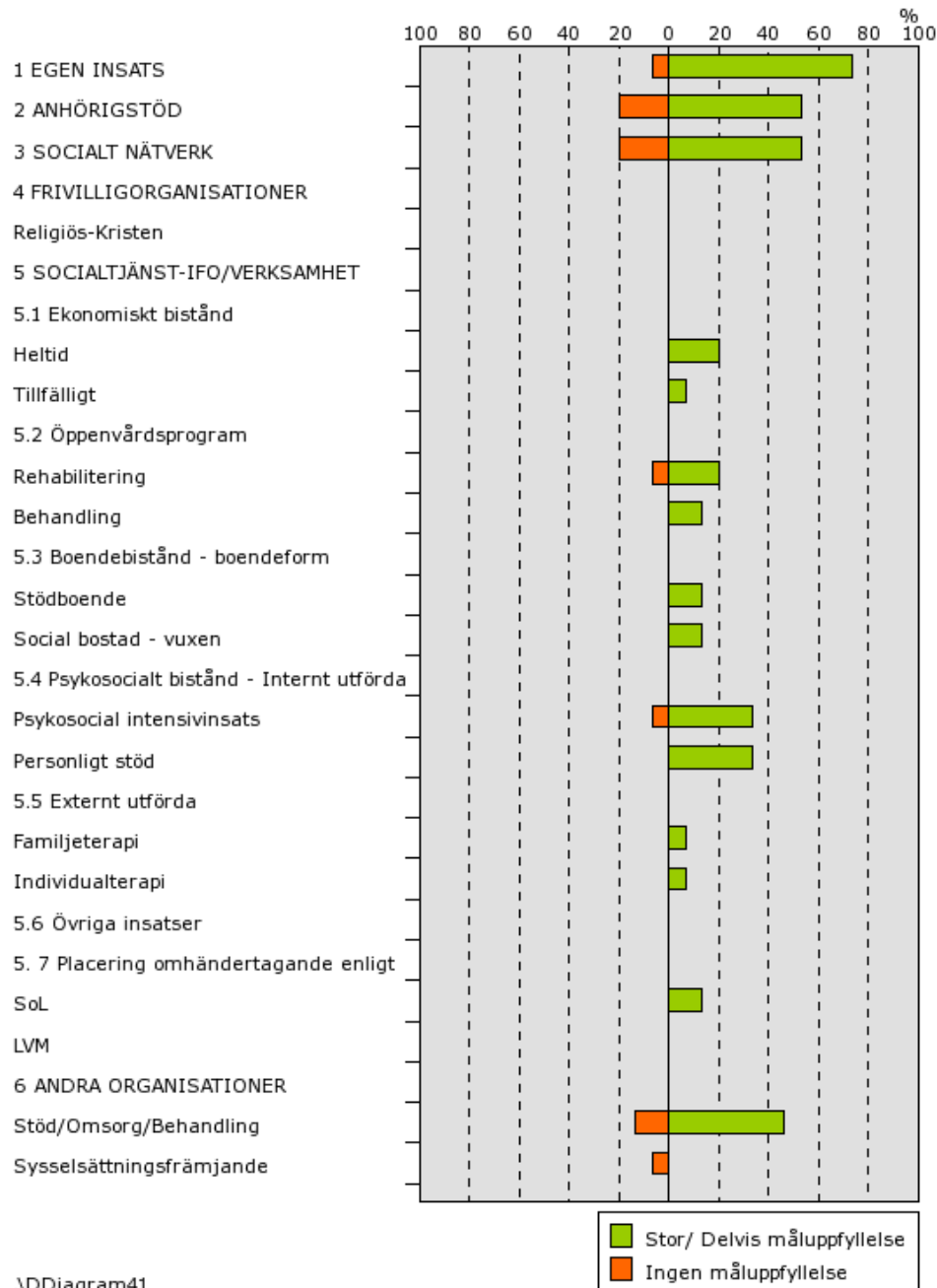
Tabell 34 Förändring måluppfyllelse – samtliga livsområden relationer för 15 klienter



.\DDiagram25

Diagrammet tabell 35 mönsteranalys, visar klientens egen upplevelse av vad som påverkat måluppfyllelsen, dvs. de förbättrade relationerna. Mer än 75% upplever att den egna insatsen påverkat och 55% av klienterna upplever att anhörigstödet och det sociala nätverket påverkat positivt. Inom anhörigstöd och socialt nätverk finns även några (20%) som upplever en negativ påverkan. 45% av klienterna upplever att stöd, omsorg och behandling har bidragit till måluppfyllelsen. 35% upplever även att den psykosociala intensiv insatsen och det personliga stödet har bidragit.

Tabell 35 Mönsteranalys relationer för 15 klienter



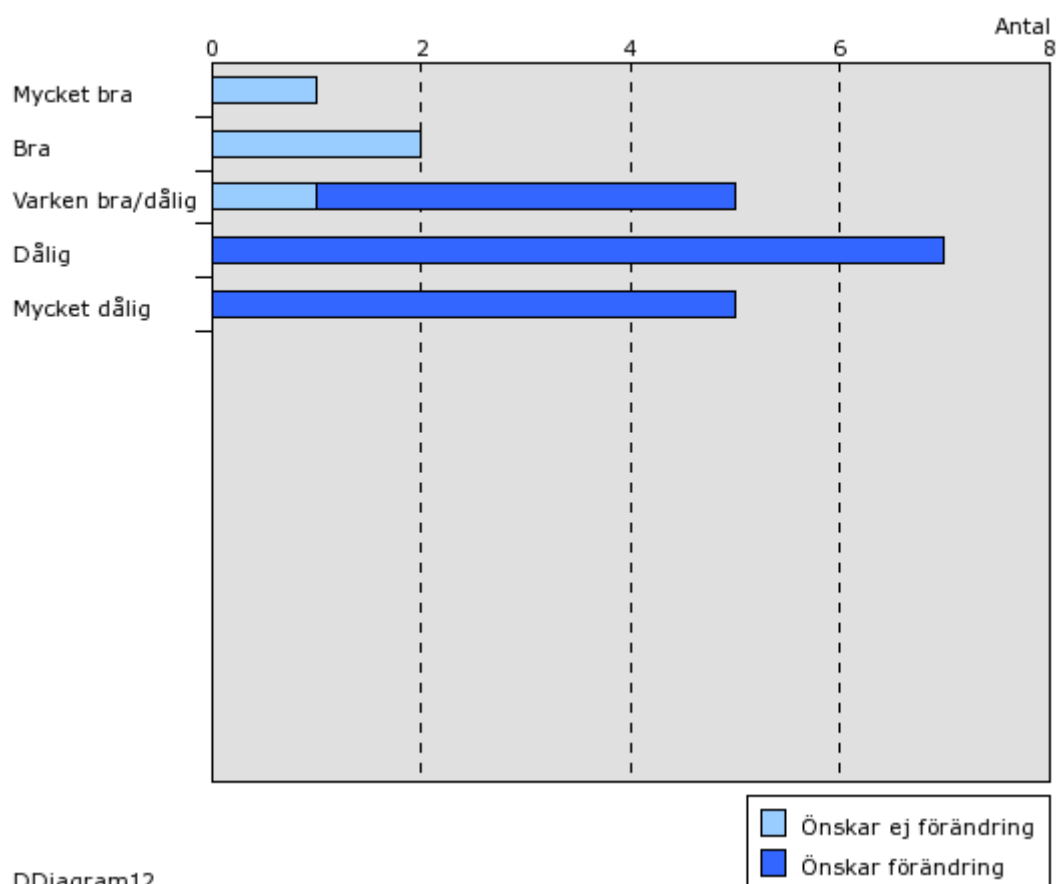
.\DDiagram41

4.4 Personligt

4.4.1 Fysisk hälsa

Utgångsläget visade att merparten, tolv av tjugo av klienterna uppgav att de hade en dålig fysisk eller väldigt dålig fysisk hälsa. Sexton klienter uppgav även att de hade en önskan att förändra sin situation. Förändringsmålet sätts av klienten vid den första intervjun. Den mörka stapeln visar andelen som önskar en förändring.

Tabell 36 Lägesredovisning personligt – fysisk hälsa situation vid start för 20 klienter

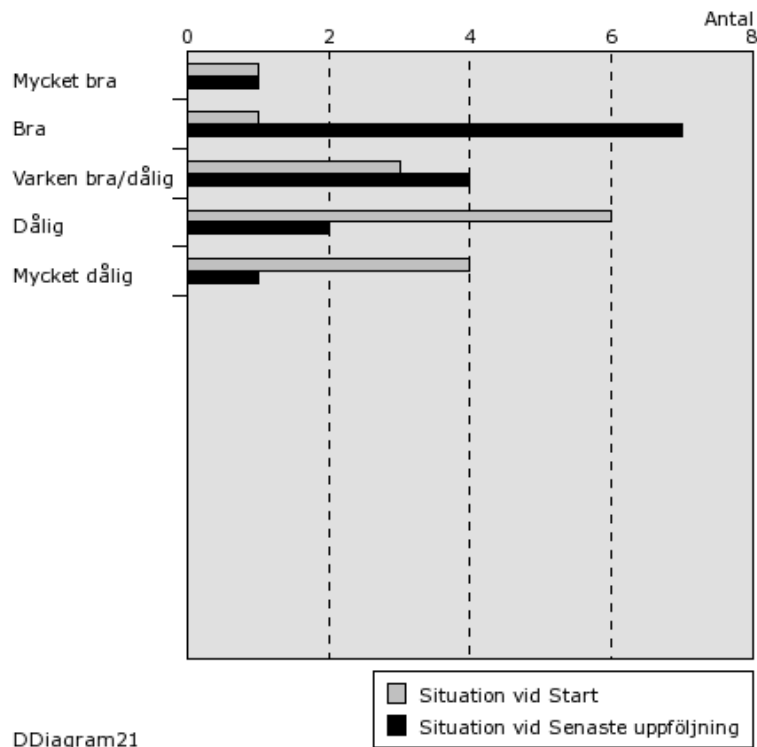


Resultat

Vid utvärderingen upplevs den fysiska hälsan som mycket bra för en person, en person upplevde sin fysiska hälsa som bra även inledningsvis. Sju personer upplever nu sin fysiska hälsa som bra. Tidigare en person. Fyra personer upplever sin fysiska hälsa som varken bra eller dålig, mot tidigare tre personer. Två personer upplever den fysiska hälsan som dålig. Tidigare upplevde sex personer att de hade en dålig fysisk hälsa. Vid senaste uppföljning är det en person som upplever sin fysiska hälsa som mycket dålig. Från början var det fyra personer som upplevde den fysiska hälsan som mycket dålig. I procent visar diagrammet att 23% har en fullgod måluppfyllelse. 15,4% har en god måluppfyllelse och 15,4% har delvis fått sitt mål uppfyllt. 54% har fått en förändring.

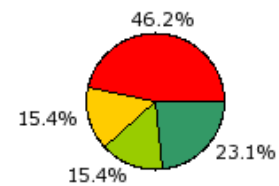
Tabell 37 Förändring måluppfyllelse personligt fysisk hälsa för 15 klienter

Förändring



DDiagram21

Måluppfyllelse

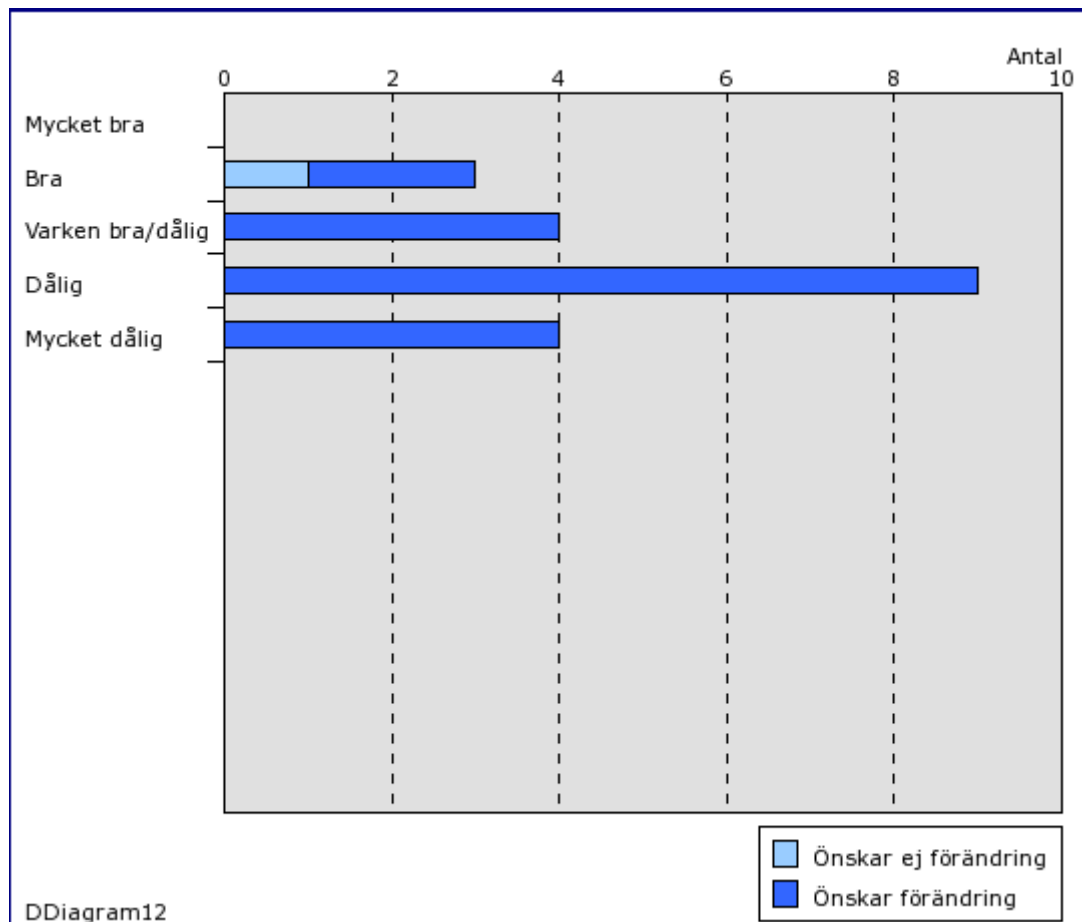


DDiagram21

4.4.2 Psykisk hälsa

Vid den första intervjun uppgav tre klienter av 20 att de mådde bra psykiskt, fyra mådde varken bra eller dåligt, nio mådde dåligt psykiskt och fyra mådde väldigt dåligt. Alla utom en ville ha en förändring.

Tabell 38 Situation vid start för 20 klienter psykisk hälsa



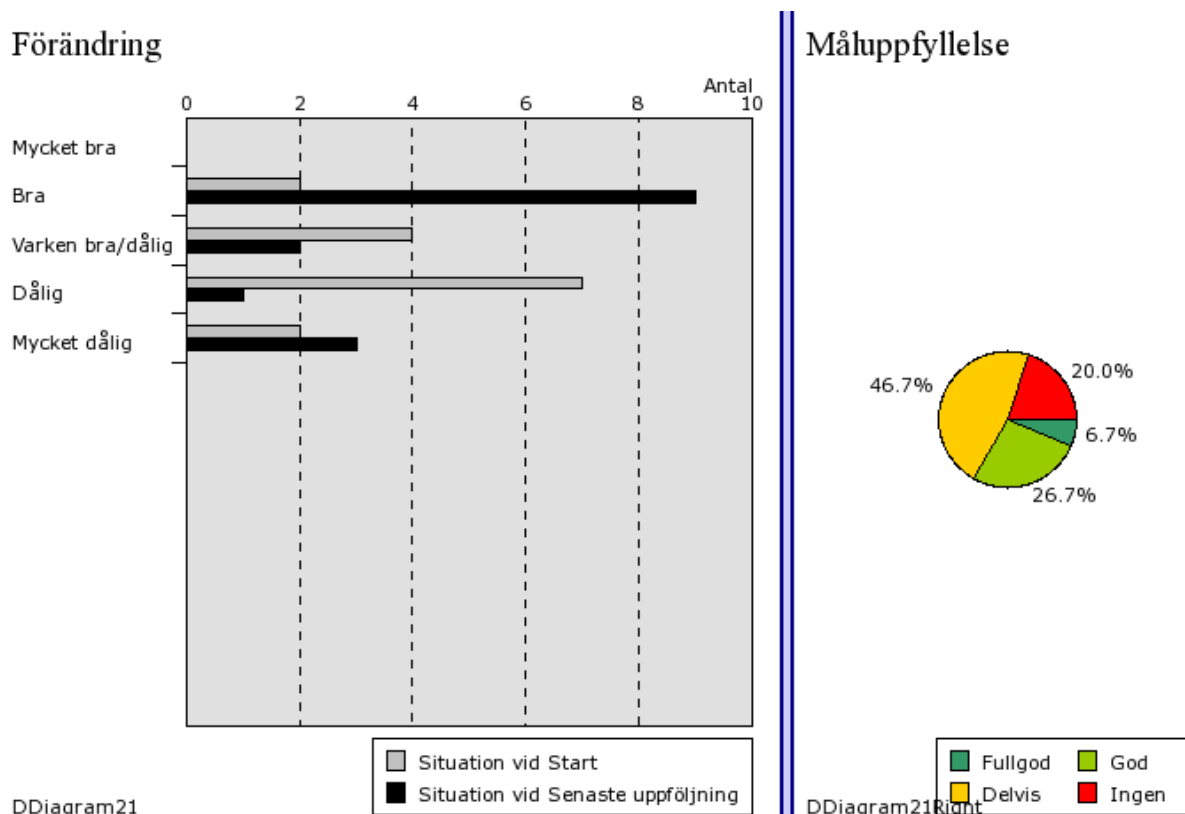
DDiagram12

Resultat

Vid den senaste uppföljningen har 80% fått en förändring. Fördelningen är 46,7% upplever själva att de har fått en delvis förbättrad psykisk hälsa, 26,7% upplever att de fått en god måluppfyllelse och 6,7% upplever en fullgod måluppfyllelse när det gäller den psykiska hälsan. Det innebär att nio personer av femton säger att de mår bra idag, två mår varken bra eller dåligt, en mår dåligt och tre mår mycket dåligt.

Det vänstra diagrammet visar faktiska förändringar i hela målgruppens livssituation – oavsett om förändringsmål uppställt eller insatser genomförts. Staplarnas längd visar andel, antal personer av målgruppen. Den ljusa stapeln visar situation vid start och den mörka visar andel, antal personers situation vid uppföljning. Cirkeldiagrammet visar måluppfyllelse inom aktuellt livsområde, här upplevelse av bra eller dålig fysisk hälsa. Måluppfyllelsen visas bara för de personer som uppgett att de har ett förändringsmål.

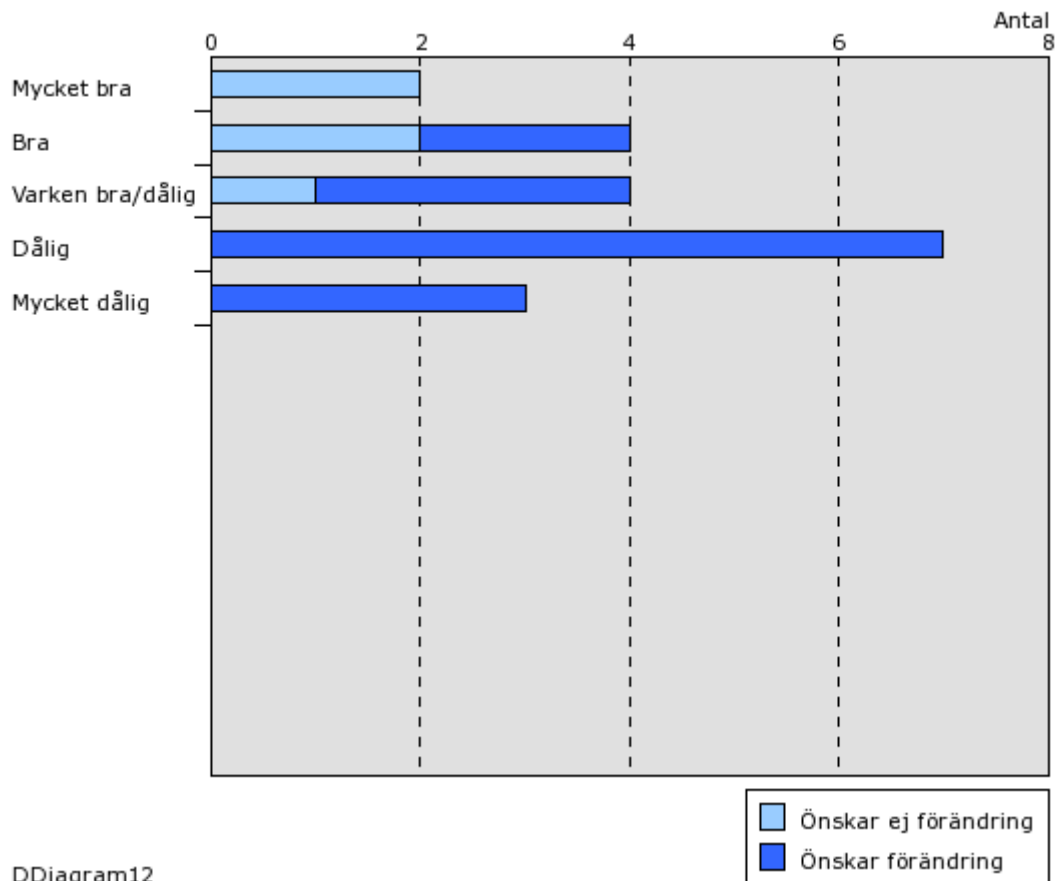
Tabell 39 Förändring måluppfyllelse personligt psykisk hälsa för 15 klienter



4.2.4 Självuppfattning

Inledningsvis upplever två av tjugo klienter att de har en mycket bra självuppfattning, fyra upplever att de har en bra, fyra att de har en varken bra eller dålig självuppfattning och sju klienter har en dålig och tre klienter en väldigt dålig självuppfattning. Två klienter har inte svarat på frågan. Femton av tjugo klienter (75%) önskar en förändring.

Tabell 40 Självuppfattning vid start för 20 klienter



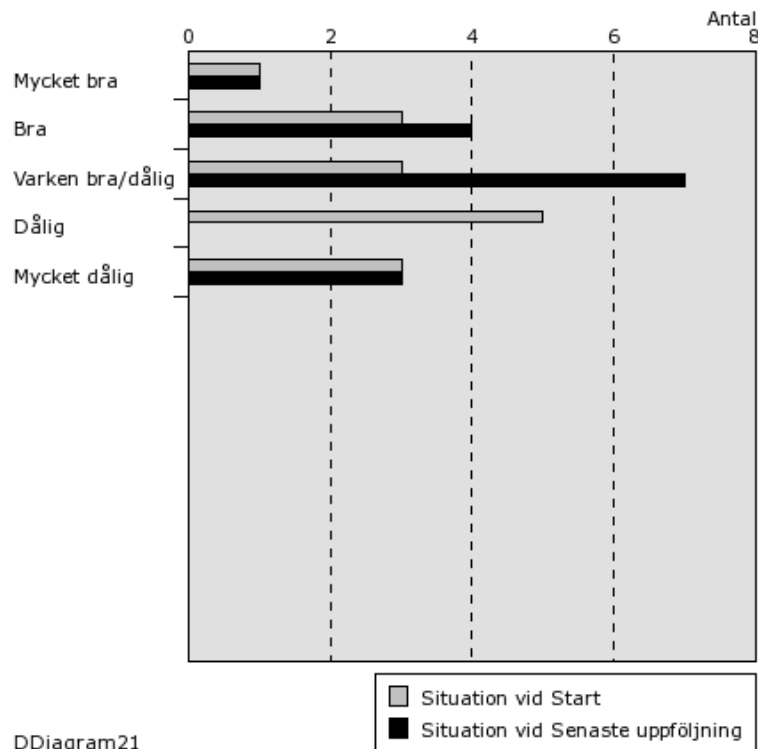
Resultat

Vid uppföljningen visar det sig att en klient upplever sig ha en mycket bra självuppfattning, fyra en bra, sju klienter upplever sig varken ha en bra eller dålig självuppfattning och tre upplever sig ha en dålig självuppfattning.

Över 60% av de klienter som önskar förändring når en varierad grad av måluppfyllelse, 46 % av klienterna upplever en delvis måluppfyllelse, 8% upplever en god måluppfyllelse. 8% upplever en fullgod måluppfyllelse och 39% upplever ingen måluppfyllelse.

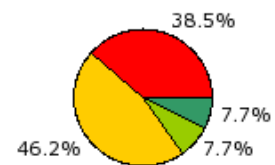
Tabell 41 Förändring måluppfyllelse, självuppfattning för 15 klienter

Förändring



DDiagram21

Måluppfyllelse



DDiagram21

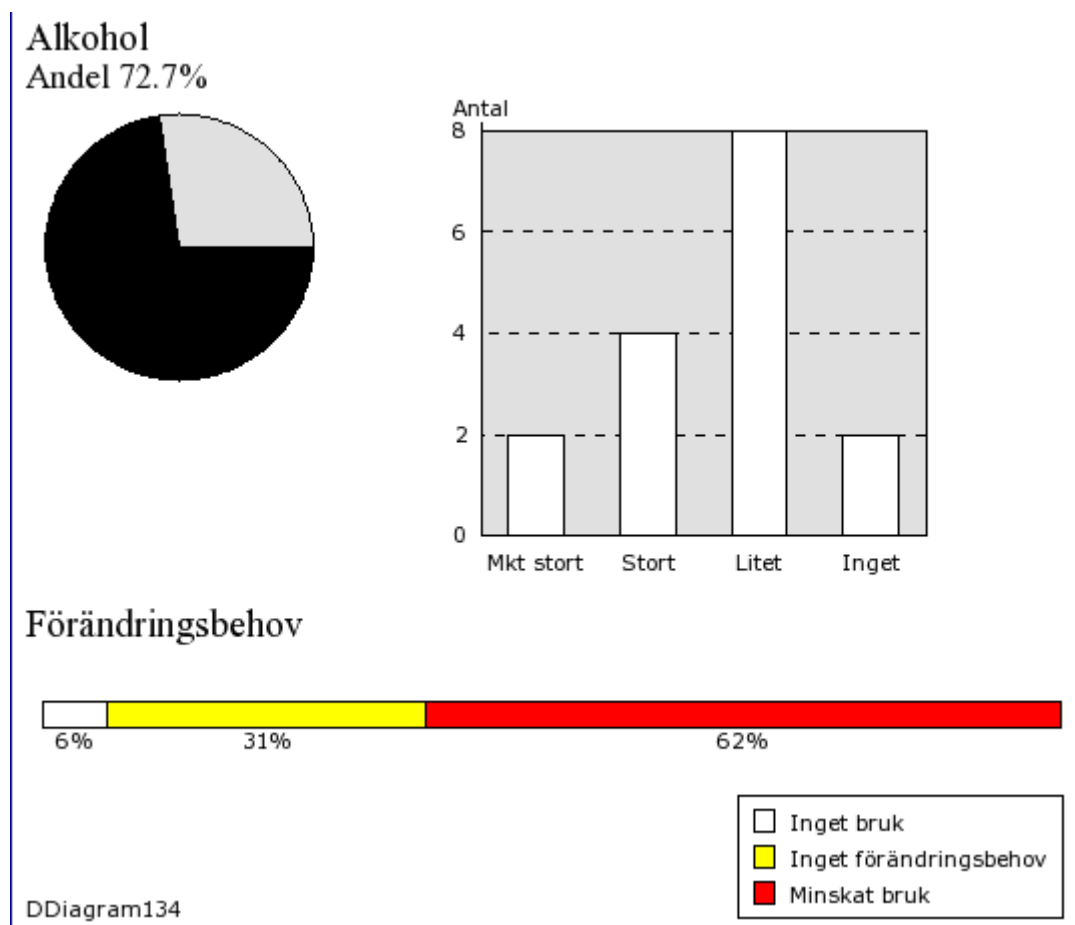
4.4.5 Beroende

Inom området beroende skattar klienten sin upplevelse av att använda, bruka olika typer av droger, alkohol, psykofarmaka, andra mediciner och narkotika.

4.4.5.1 Alkohol

Utgångsläget var att 73% uppgav att de hade ett litet, stort eller mycket stort bruk av alkohol. Åtta personer uppgav att de upplevde att de hade ett litet bruk, fyra ett stort och två ett mycket stort bruk. Fyra personer upplevde inget bruk av alkohol och sex personer har inte svarat. 62% av klienterna ville ha ett förändrat bruk.

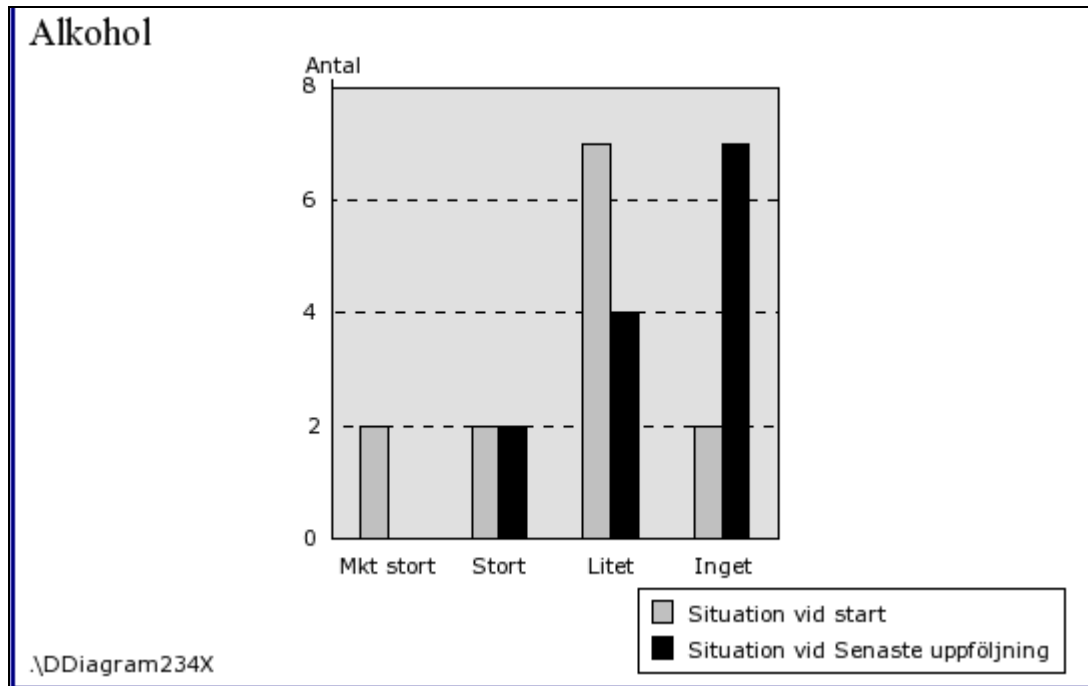
Tabell 42 Lägesredovisning, situation vid start för 16 klienter förändringsbehov bruk av alkohol



Resultat

Klienternas upplevelse av ett förändrat bruk av alkohol visas genom att ingen upplever ett mycket stort bruk. Fyra istället för sju har endast ett litet bruk. Sju har nu, mot tidigare två har inget bruk av alkohol.

Tabell 43 Måluppfyllelse för 13 klienter när det gäller beroende/alkohol



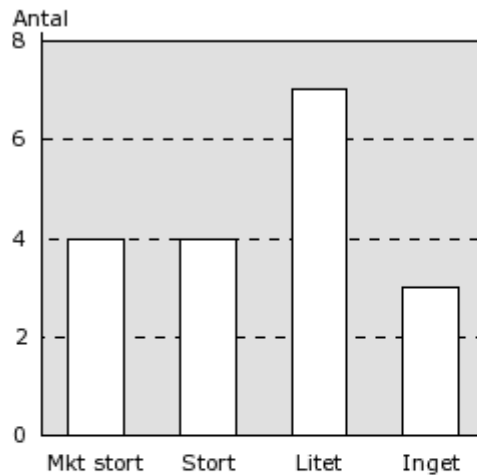
4.4.5.2 Droger narkotika

Utgångsläget var att 82% av klienterna använde droger, narkotika. 50% ville ha en förändring. Fyra klienter upplevde att de hade ett mycket stort bruk, Fyra hade ett stort bruk. Sju ett litet bruk och tre upplevde inte att de hade något bruk. Fyra klienter har inte svarat.

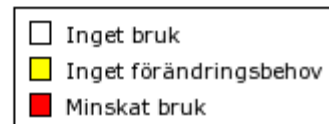
Tabell 44 Lägesredovisning, situation vid start för 18 klienter beroende/droger/narkotika

Droger/narkotika

Andel 81.8%



Förändringsbehov

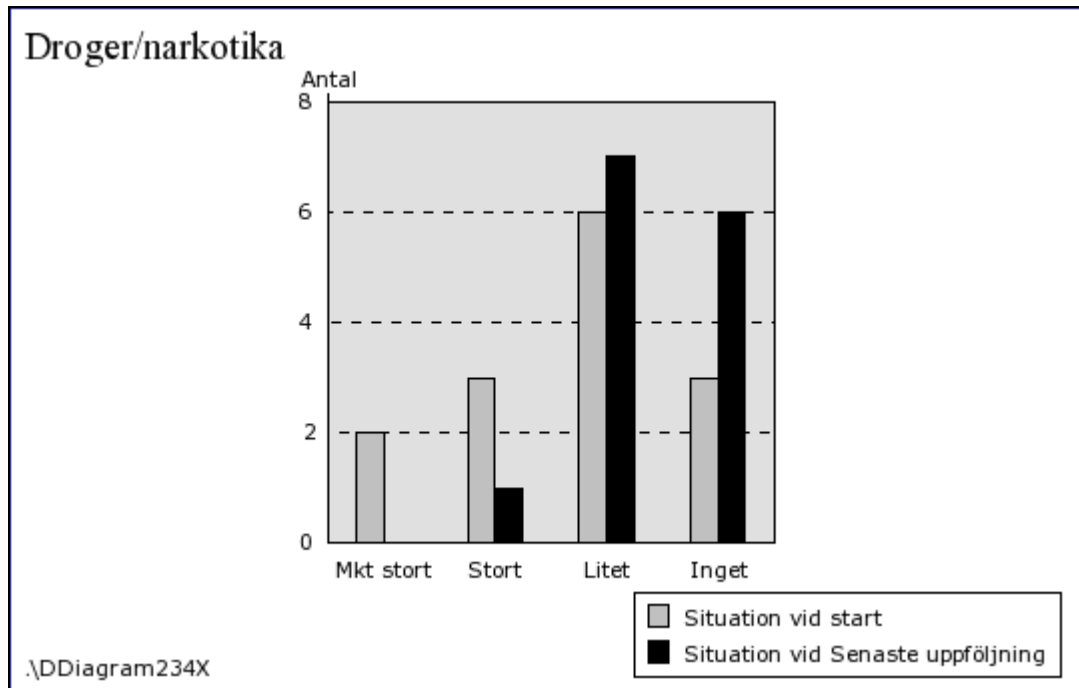


DDiagram134

Resultat

Utvärderingsperioden visar att det har skett en förändring av bruk av droger, narkotika för flera av klienterna. Sex klienter har nu inget bruk av droger eller narkotika. Sju klienter har nu ett litet bruk, mot tidigare sex. En klient har ett stort bruk, mot tidigare tre. Ingen klient har ett mycket stort bruk, mot att det från början var två personer som hade ett mycket stort bruk av droger, narkotika.

Tabell 45 Uppföljning bruk av droger, narkotika 14 klienter



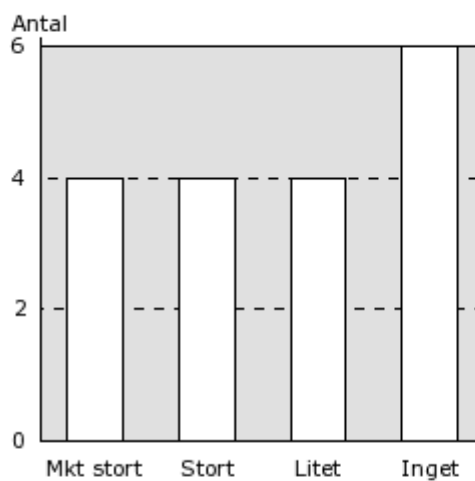
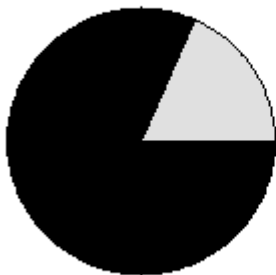
Utvärderingsperioden visar att det har skett en positiv förändring inom livsområdet beroende. 67% upplever en delvis (33%) god (25%) eller fullgod (8%) måluppfyllelse.

4.4.5.3 Psykofarmaka

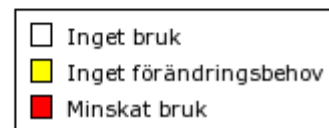
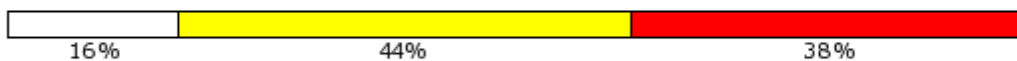
Vid första intervjun uppgav 82% av klienterna att de använde psykofarmaka. Om preparaten som används har förskrivits till klienten eller inte framgår ej. Lägesredovisning samt resultat bygger enbart på klientens egen bedömning. Fyra klienter hade ett mycket stort bruk, fyra klienter hade ett stort bruk, fyra hade ett litet bruk och sex klienter uppgav att de inte hade något bruk av psykofarmaka. 38% uppgav att de önskade ett minskat psykofarmaka bruk. Lägesredovisningen utgår från hur klienten upplever sitt bruk av psykofarmaka.

Tabell 46 Lägesredovisning, situation vid start för 18 klienter beroende/psykofarmaka

Psykofarmaka Andel 81.8%



Förändringsbehov

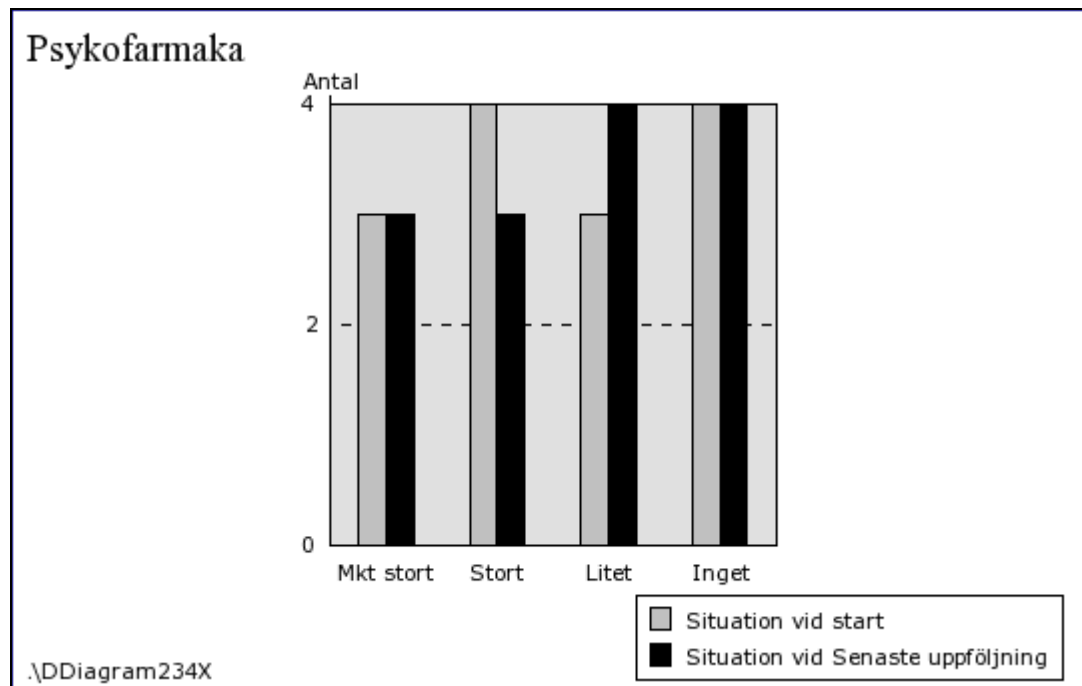


DDiagram134

Resultat

Vid senaste uppföljningen för femton klienter har fjorton klienter svarat. Det har skett en liten förändring. Två klienter har minskat sitt bruk från ett stort till ett litet bruk. Att förändringen är så liten behöver inte betyda att den är negativ.

Tabell 47 Uppföljning bruk av psykofarmaka 14 klienter



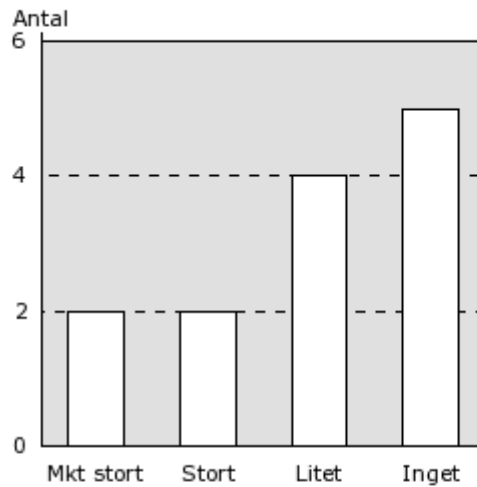
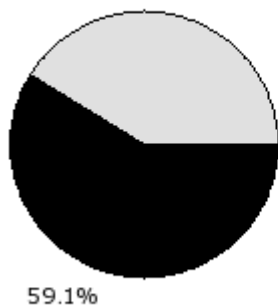
4.4.5.4 Andra mediciner

Situationen vid start visar att 59% använder andra förskrivna mediciner än psykofarmaka och 30% önskar en förändring, ett minskat bruk. Två personer har ett mycket stort bruk av andra mediciner, två personer har ett stort bruk, fyra ett litet och fem använder inte andra mediciner. Sju personer har inte svarat. Lägesredovisningen utgår från hur klienten upplever sitt bruk av andra mediciner. Att använda andra förskrivna mediciner behöver inte tolkas som något negativt.

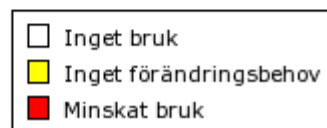
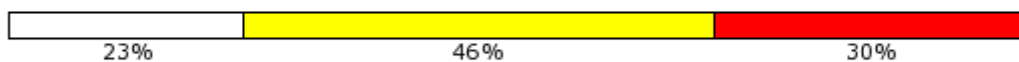
Tabell 48 Lägesredovisning, situation vid start för 13 klienter beroende/andra mediciner

Andra mediciner

Andel 59.1%



Förändringsbehov

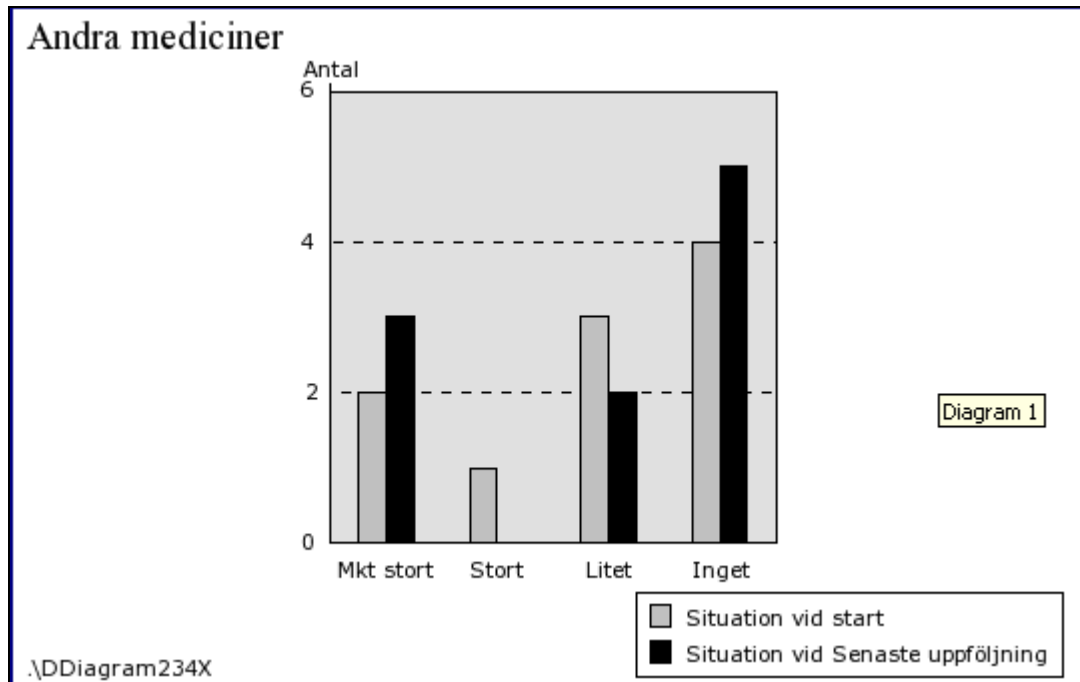


DDiagram134

Resultat

Uppföljningen visar att tre personer nu har ett mycket stort bruk av andra mediciner, två har ett litet bruk och fem har inget bruk av andra mediciner. Fem personer har inte svarat på frågorna.

Tabell 49 Uppföljning bruk av andra mediciner, 10 klienter

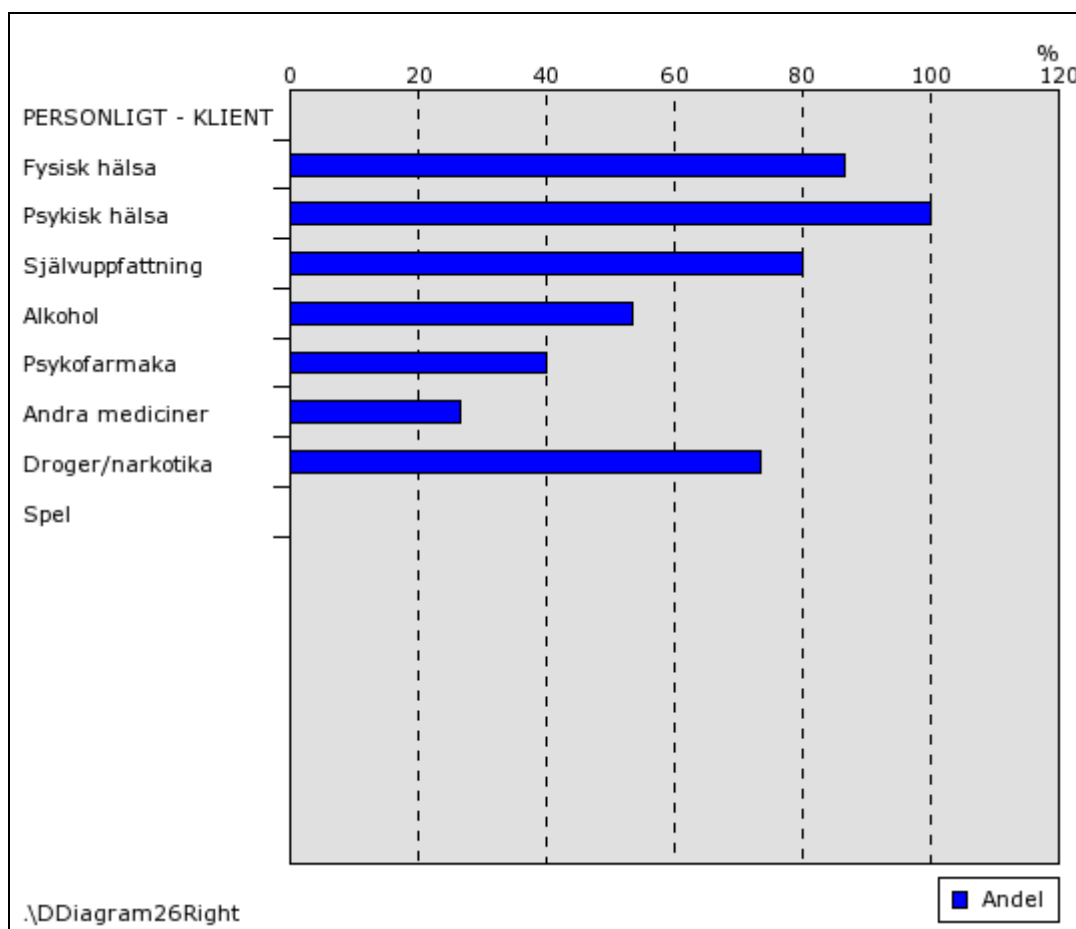


När det gäller området beroende och här ingår även användning av andra mediciner visa resultatet vid uppföljningen att 67% av klienterna har nått en förändring av varierad grad. 8% en fullgod måluppfyllelse, 25% en god måluppfyllelse och 33% en delvis måluppfyllelse inom området beroende.

4.4.6 Sammanfattning – Måluppfyllelse samtliga livsområden/personligt

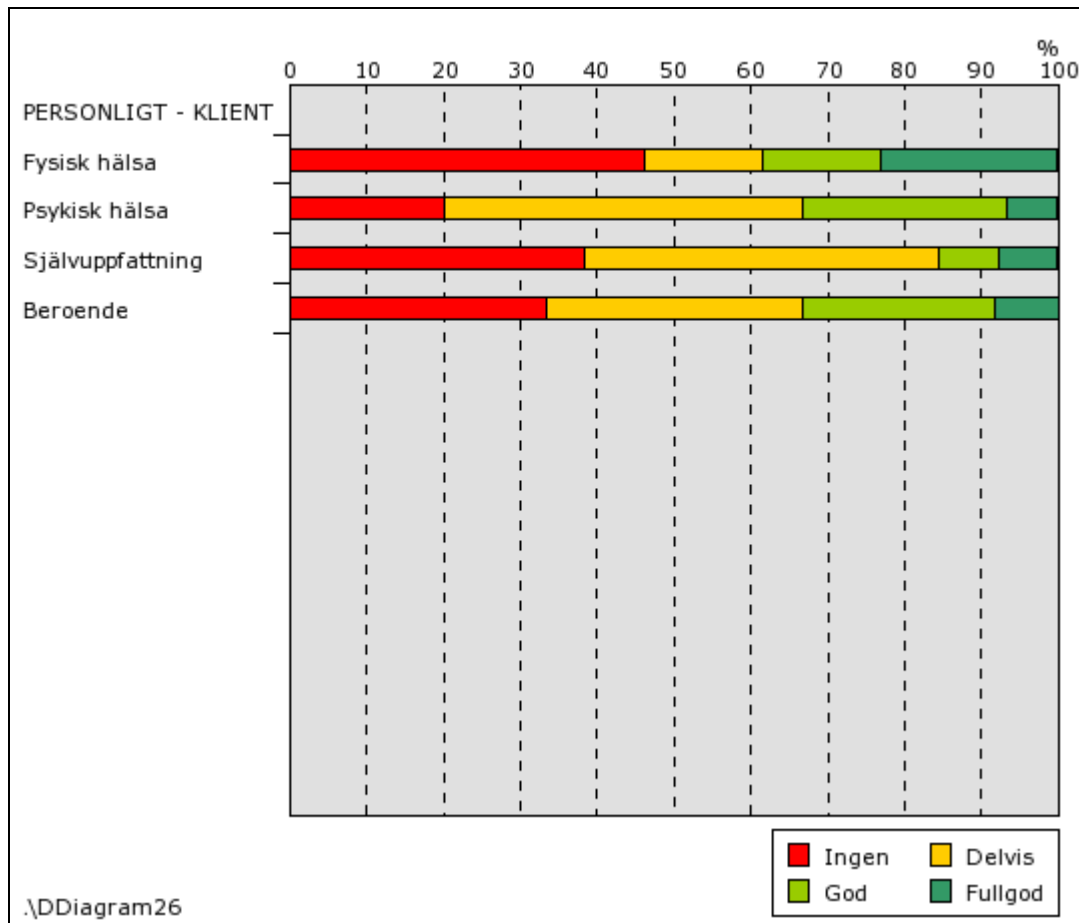
Diagrammet visar andelen av de personer som önskade en förändring som fått en förändring. Här har 100% av klienterna som önskade förändring, fått en förändring när det gäller upplevelsen av förbättrad psykisk hälsa. Mer än 80% upplever en förbättrad fysisk hälsa, 80% upplever en förbättrad självuppfattning och mer än 70% upplever en förbättring när det gäller bruk av droger, narkotika.

Tabell 50 Måluppfyllelse samtliga livsområden/personligt för de klienter som önskat en förändring



Diagrammen visar graden av måluppfyllelse. Om klienterna upplever att det har skett en fullgod, god eller delvis måluppfyllelse. För ca 52% upplevs måluppfyllelsen som fullgod (22%) god (15%) och delvis (15%) när det gäller fysisk hälsa. 80% av klienterna upplever en fullgod (8%), god (25%) eller delvis (47%) måluppfyllelse gällande den psykiska hälsan. Mer än 60% av klienterna upplever en fullgod (8%), god (8%) eller delvis (45%) måluppfyllelse vad det gäller sin självuppfattning. När det gäller beroende upplever 68% en måluppfyllelse av varierad grad, fullgod (9%), god (24%) och delvis (35%).

Tabell 51 Måluppfyllelse samtliga livsområden/personligt för 15 klienter



Måluppfyllelsen för klienten kan även visas utifrån dennes egen upplevelse av om förändringen är positiv, negativ eller om det inte är någon förändring. De gröna staplarna visar att klienten upplever en positiv förändring. De gula fälten visar ingen förändring och de röda en negativt upplevd förändring.

Tabell 52 Förändring måluppfyllelse samtliga livsområden personligt för 15 klienter

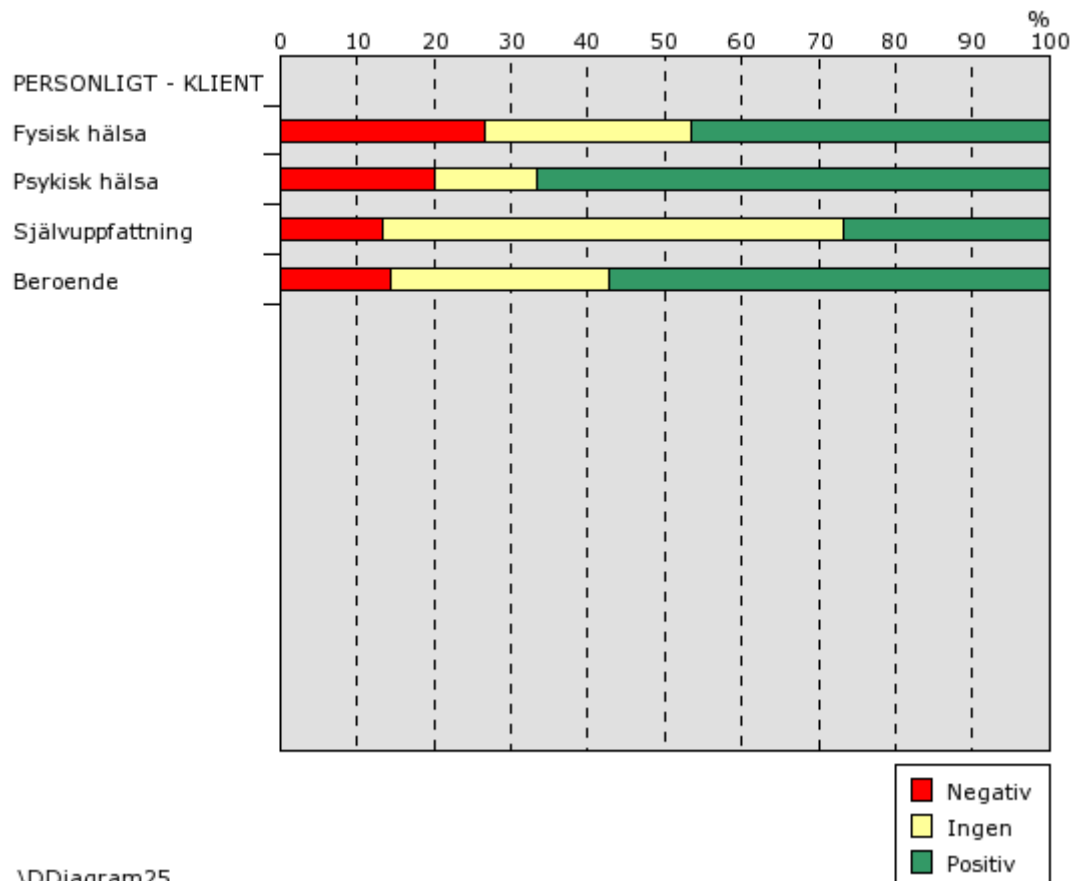
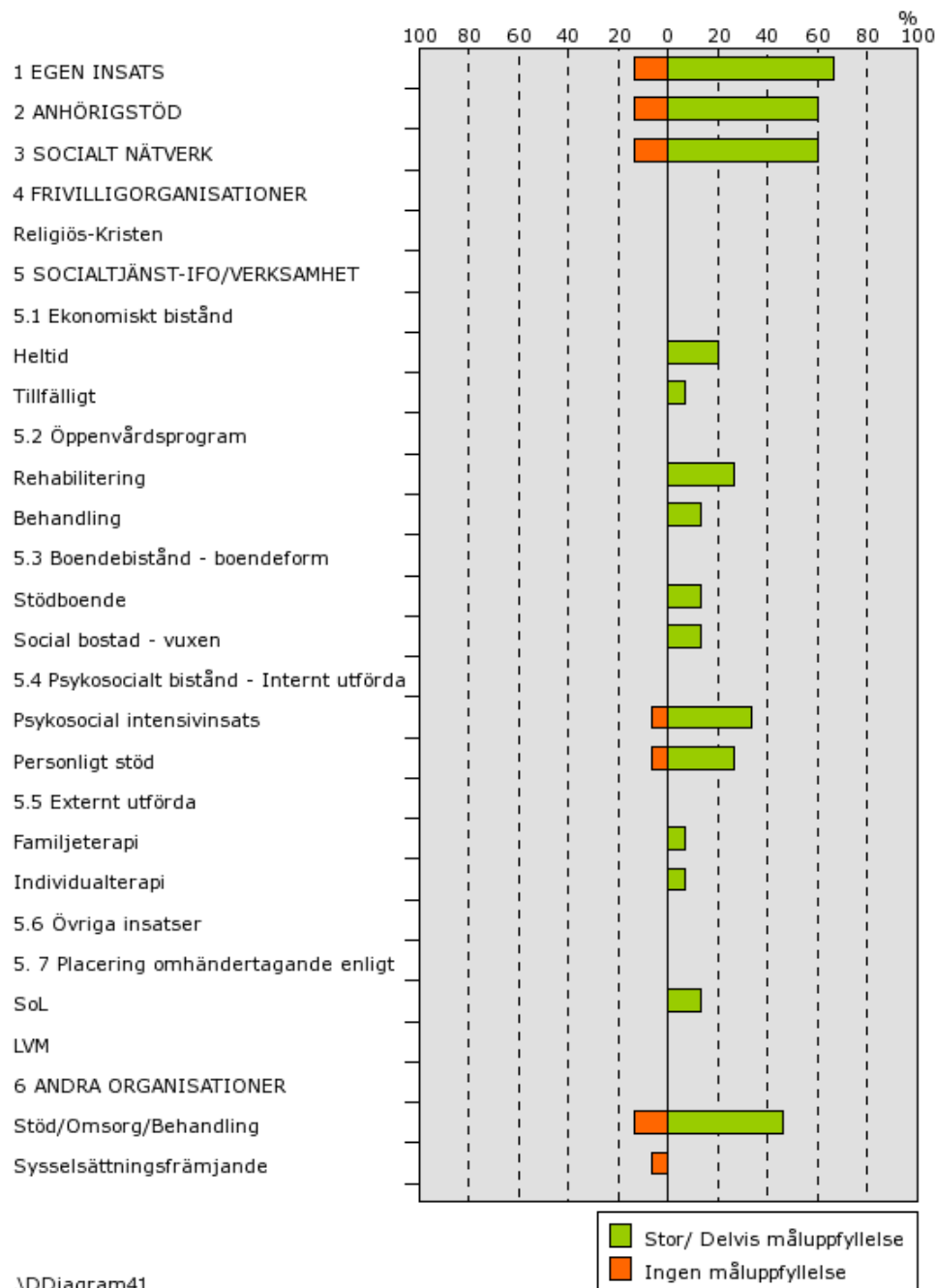


Diagram25

Mönsteranalys Personligt – Klient

Diagrammet visar klientens egen upplevelse av vad som påverkar en måluppfyllelse. 65% av klienterna upplever att det är deras egen insats som haft betydelse för att nå förändring. 60% uppger anhörigstöd respektive stöd från det sociala nätverket. 45% upplever att stöd, omsorg och behandling påverkat. Även den psykosociala intensiv insatsen, ACT (38%) personligt stöd och rehabilitering (25%) upplevs ha påverkat förändringen.

Tabell 53 Mönsteranalys Personligt – klient för 15 klienter



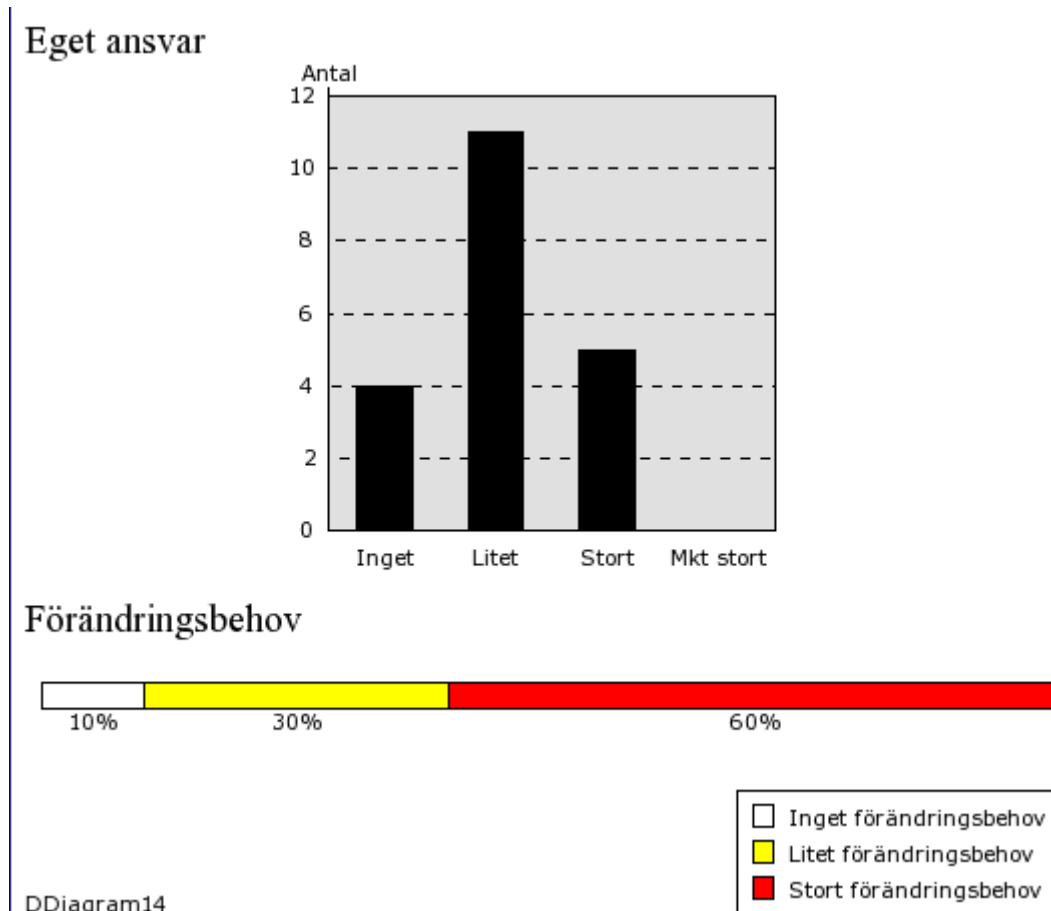
.\DDiagram41

4.5 Egna resurser

4.5.1 Eget ansvar

Lägesredovisningen visar på att av 20 klienter upplevde elva att de hade ett mycket litet eget ansvar för sin situation. Fyra upplevde inget eget ansvar för sin situation. Fem upplevde att de hade ett stort ansvar.

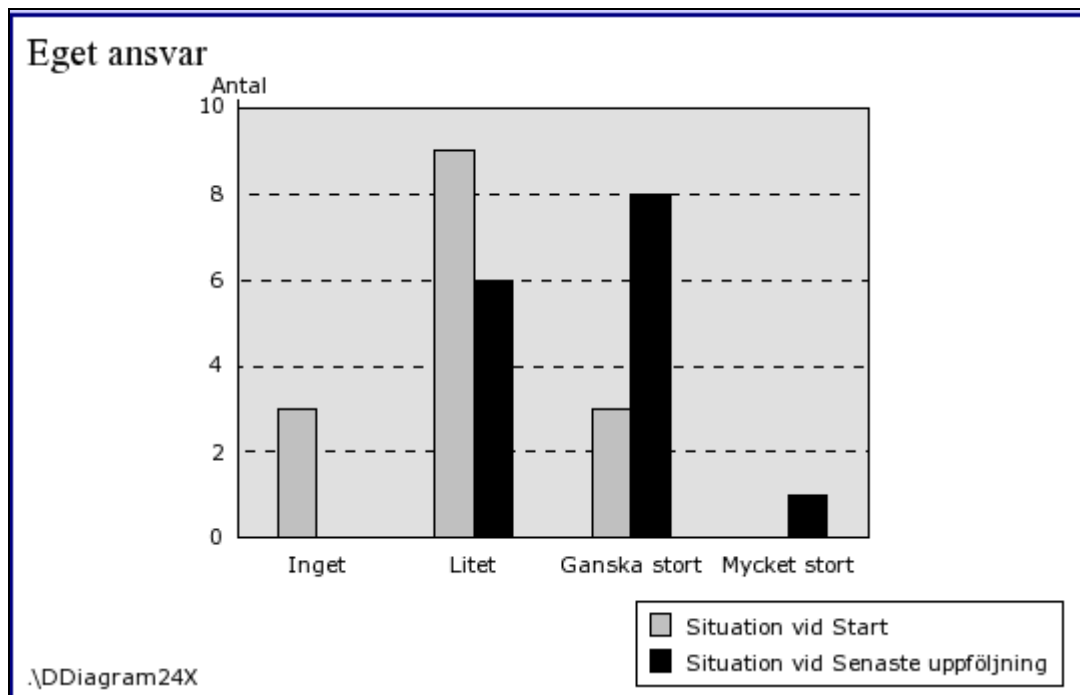
Tabell 54 Lägesredovisning 20 klienter situation vid start - Eget ansvar



Resultat

Resultatet visade att av femton klienter upplevde nu åtta klienter att de hade ett ganska stort eget ansvar. En klient upplevde sig ha ett mycket stort eget ansvar och sex klienter upplevde ett litet ansvar. Ingen upplevde att de inte hade ansvar.

Tabell 55 Förändring måluppfyllelse för 15 klienter – Eget ansvar.

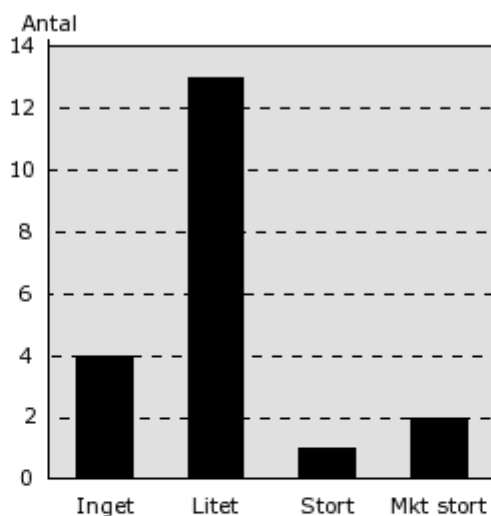


4.5.2 Meningsfullhet

Utgångsläget för arton av de 22 klienter som deltagit vid en första intervju var att de fyra klienter inte upplevde någon meningsfullhet. Elva klienter upplevde en liten meningsfullhet. En klient upplevde en stor meningsfullhet och två en mycket stor meningsfullhet. 65% av klienterna uppgav att de hade ett stort förändringsbehov (röd stapel). 20% av klienterna uppgav att de hade ett litet (gul stapel) förändringsbehov och 15% uppgav inget förändringsbehov.

Tabell 56 Lägesredovisning situation vid start för 20 klienter – upplevelse av Meningsfullhet

Meningsfullhet



Förändringsbehov

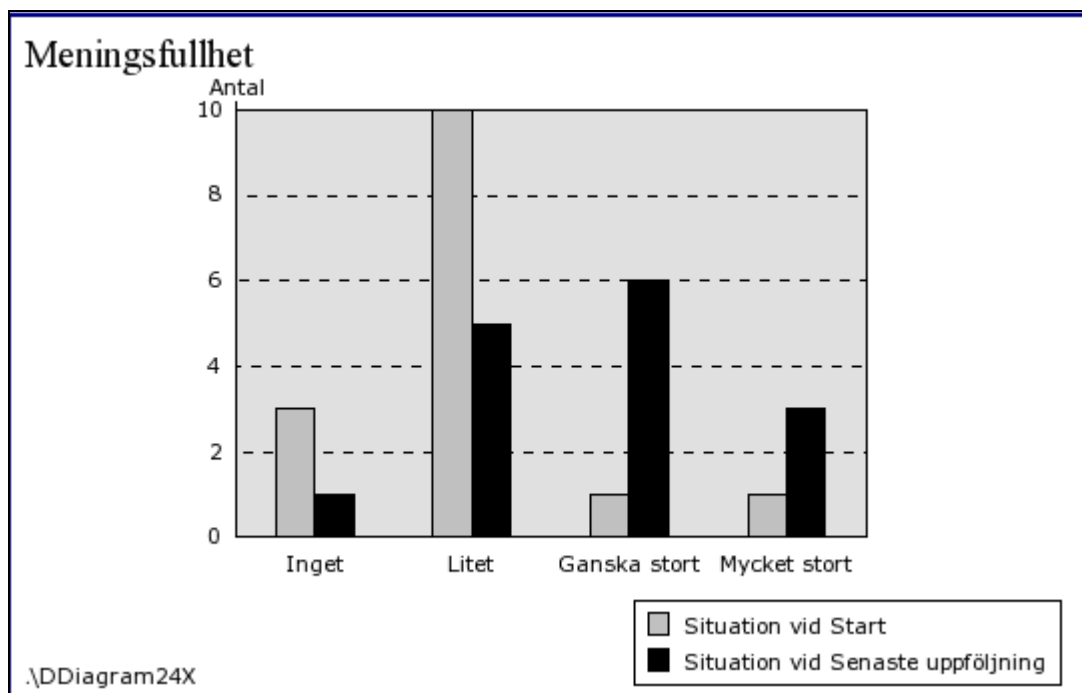


DDiagram14

Resultat

Vid uppföljningen för femton klienter upplever sex klienter en ganska stor meningsfullhet, tre klienter upplever en mycket stor meningsfullhet. En klient upplever ingen meningsfullhet och fem klienter upplever en liten meningsfullhet. Diagrammet visar förändringen, de ljusa staplarna visar situation vid start de mörka situation vid uppföljning.

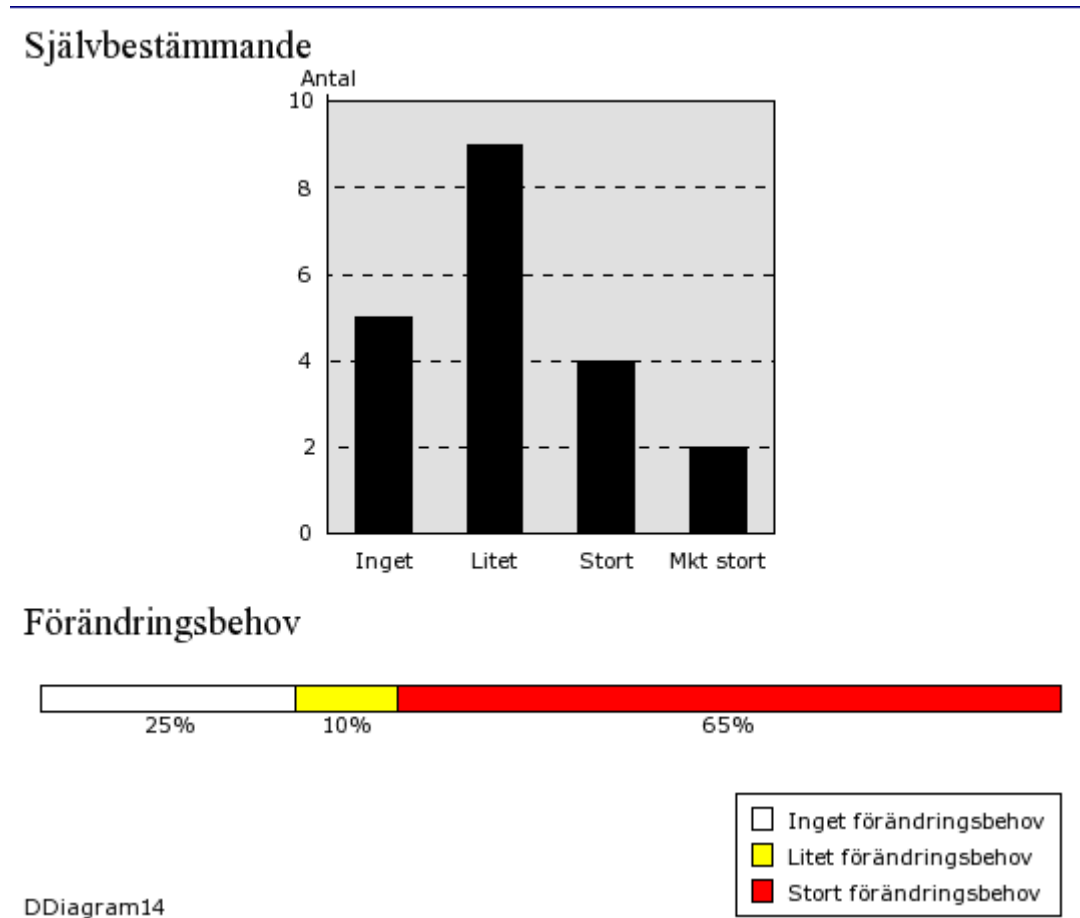
Tabell 57 Förändring och måluppfyllelse för 15 klienter - Egna resurser/Meningsfullhet



4.5.3 Själbestämmande

Fem klienter uppger vid utgångsläget att de inte upplever sig ha något (inget) självbestämmande. Åtta klienter upplever att de har ett litet självbestämmande och fyra klienter upplever sig ha ett stort, samt två ett mycket stort självbestämmande. 65% uppger att de har ett stort förändringsbehov (röd stapel), 10% uppger att de har ett litet förändringsbehov (gul stapel) och 25% uppger att de inte har något förändringsbehov (vit stapel).

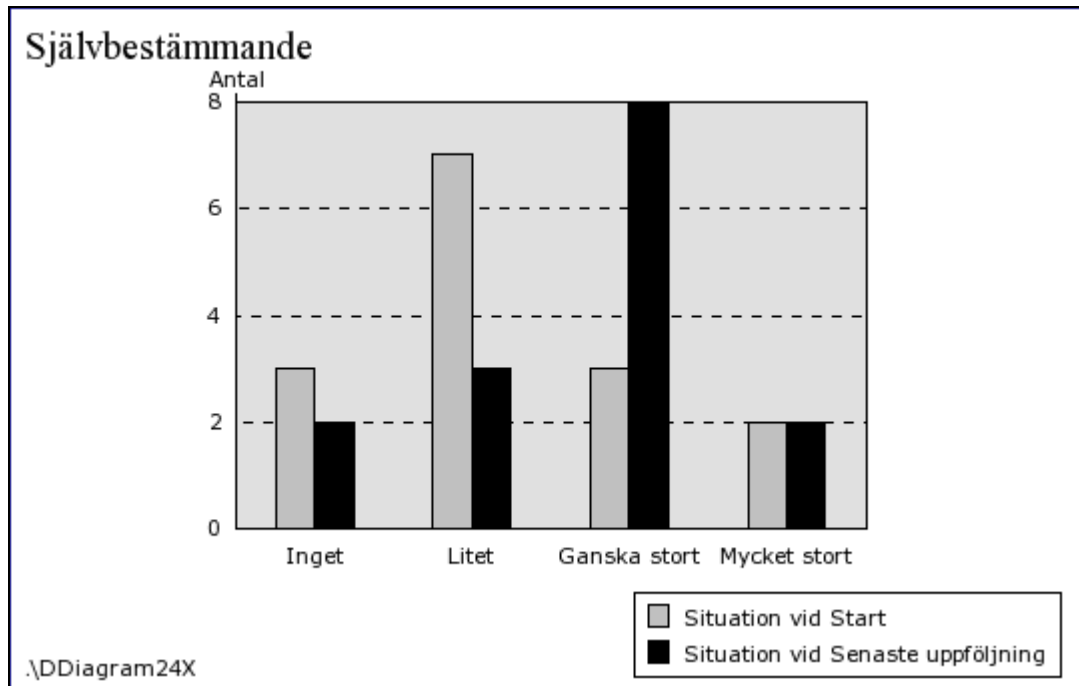
Tabell 58 Situation och behov vid start för 20 klienter Egna resurser – Själbestämmande



Resultat

Vid uppföljningen upplever åtta klienter av femton, att de har ett ganska stort självbestämmande, två har ett mycket stort självbestämmande. Två klienter upplever att de inte har något självbestämmande och tre personer, klienter har ett litet självbestämmande. Diagrammet visar förändringen, de ljusa staplarna visar situation vid start de mörka situation vid uppföljning.

Tabell 59 Förändring måluppfyllelse Egna resurser/ Självbestämmande för 15 klienter

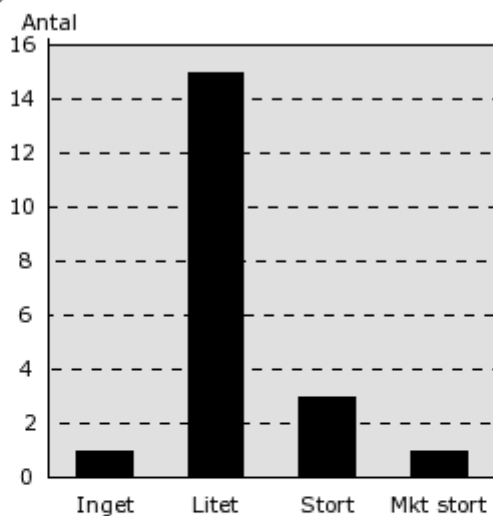


4.5.4 Förändringshopp

Av 22 klienter har tjugo svarat på frågan om hur de upplever förändringshopp. En klient upplever sig inte ha något förändringshopp. Femton klienter upplever sig ha ett litet förändringshopp, tre personer upplever ett stort förändringshopp och en person upplever ett mycket stort förändringshopp. 70% uppger att de har ett stort förändringsbehov (röd stapel), 20% upplever ett litet förändringsbehov (gul stapel) och 10% har inget förändringsbehov (vit stapel).

Tabell 60 Situation och behov vid start för 20 klienter Egna resurser/Förändringshopp 15 klienter

Förändringshopp



Förändringsbehov

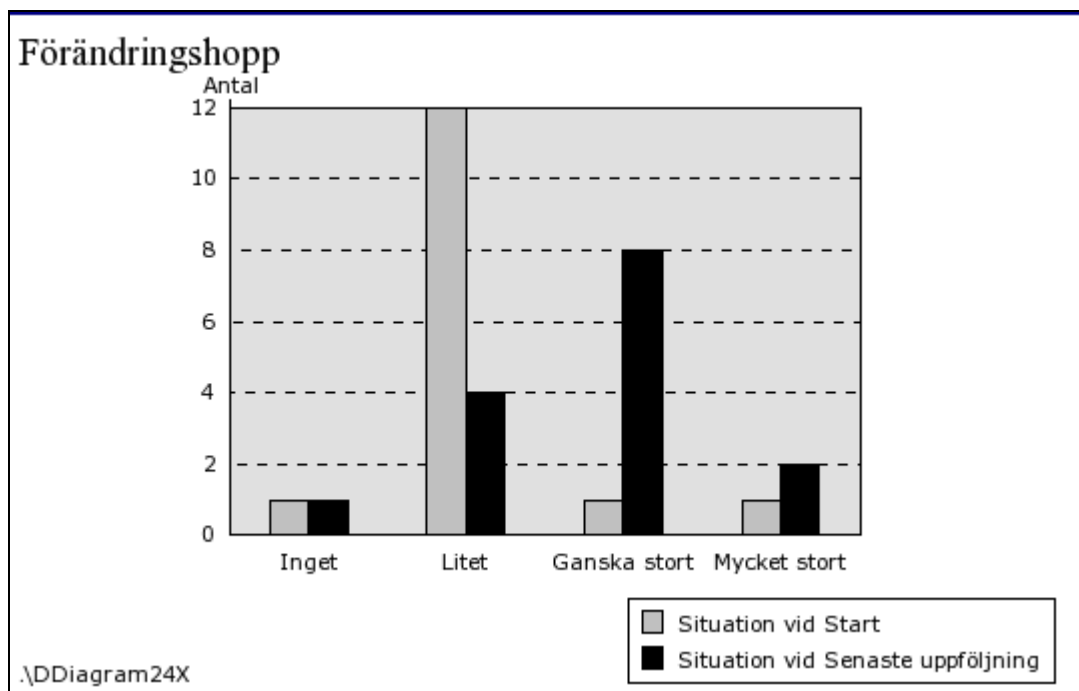


DDiagram14

Resultat

Vid uppföljningen har åtta av femton klienter ett stort förändringshopp. Två klienter upplever ett mycket stort förändringshopp. Fyra klienter upplever nu ett litet förändringshopp och en person upplever inget förändringshopp. Diagrammet visar förändringen, de ljusa staplarna visar situation vid start de mörka situation vid uppföljning.

Tabell 61 Förändring måluppfyllelse Egna resurser – förändringshopp

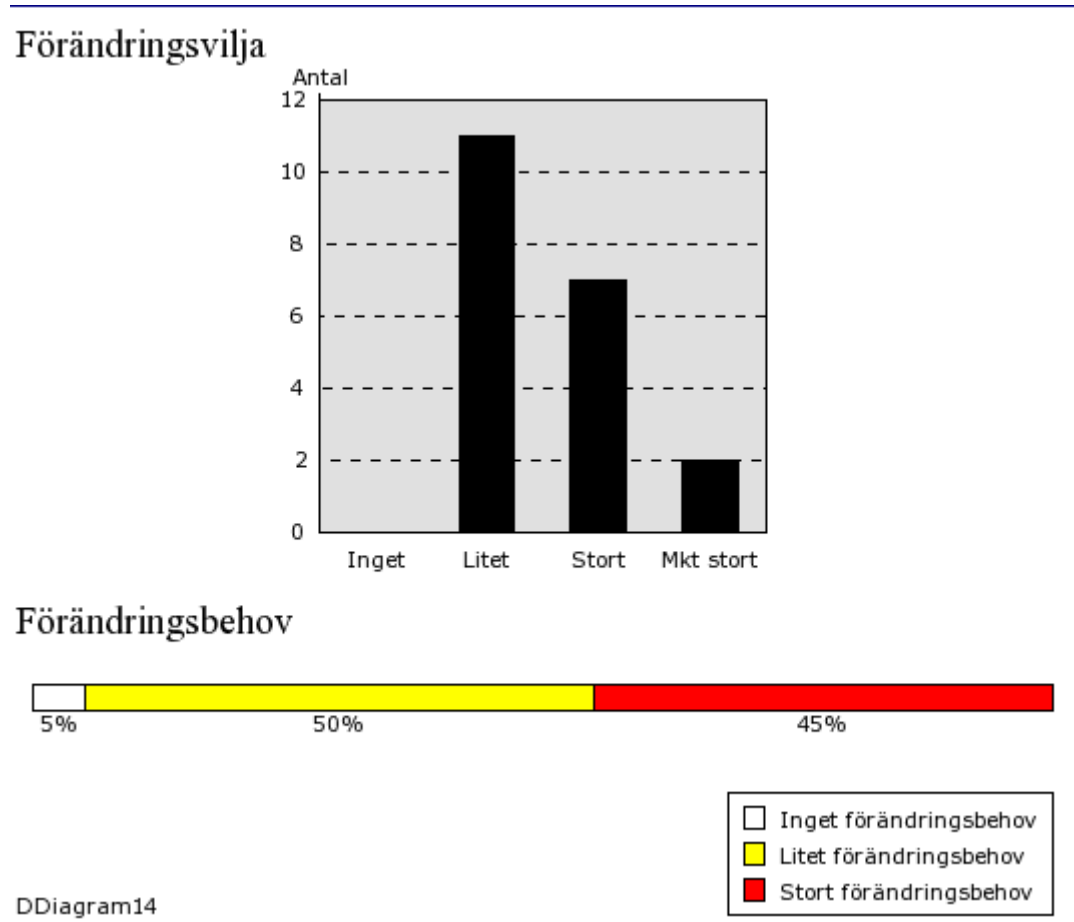


4.5.6 Förändringsvilja

Vid start har elva av tjugo klienter svarat att de har en liten förändringsvilja sju klienter svarar att de har en stor och två klienter har en mycket stor förändringsvilja.

95% av klienterna har ett förändringsbehov. Därav har 50% av klienterna ett litet förändringsbehov och 45% av klienterna har ett stort förändringsbehov.

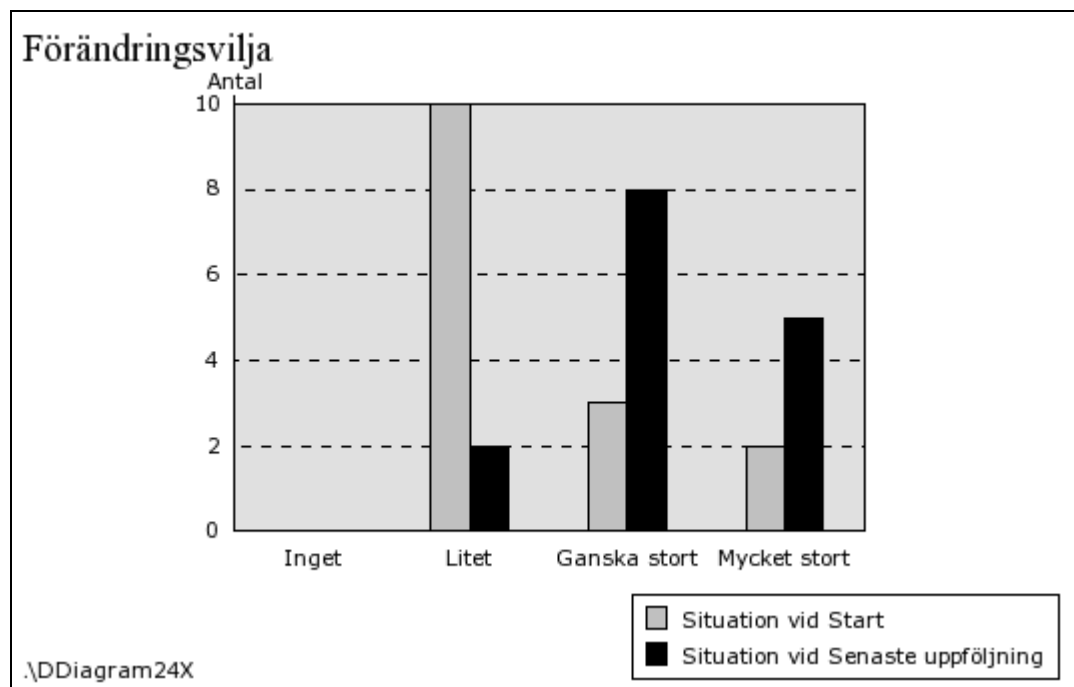
Tabell 62 Situation och behov vid start för 20 klienter Egna resurser/Förändringsvilja



Resultat

Vid uppföljningen upplever åtta av femton klienter en stor förändringsvilja, fem klienter upplever att de har en mycket stor förändringsvilja. Två klienter har en liten förändringsvilja. Diagrammet visar förändringen, de ljusa staplarna visar situation vid start de mörka situation vid uppföljning.

Tabell 63 Förändring måluppfyllelse för 15 klienter Egna resurser – förändringsvilja

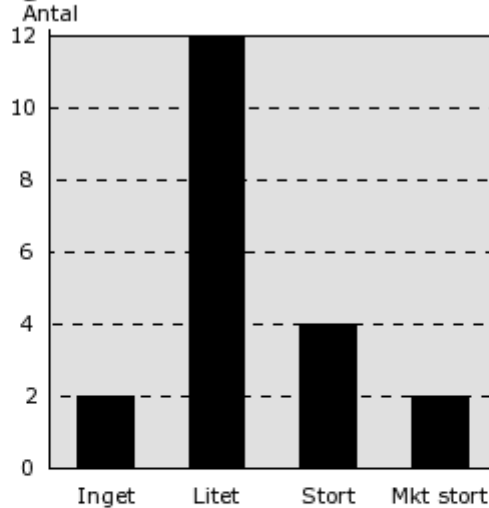


4.5.7 Förändringsförmåga

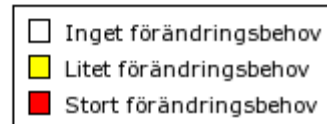
Vid utvärderingens början uppger tolv av tjugo klienter att de har en liten förändringsförmåga. Två klienter uppger att de inte har någon förändringsförmåga. Fyra klienter uppger att de har en stor förändringsförmåga och två klienter har en mycket stor förändringsförmåga.

Tabell 64 Situation och behov vid start för 20 klienter Egna resurser/Förändringsförmåga

Förändringsförmåga



Förändringsbehov

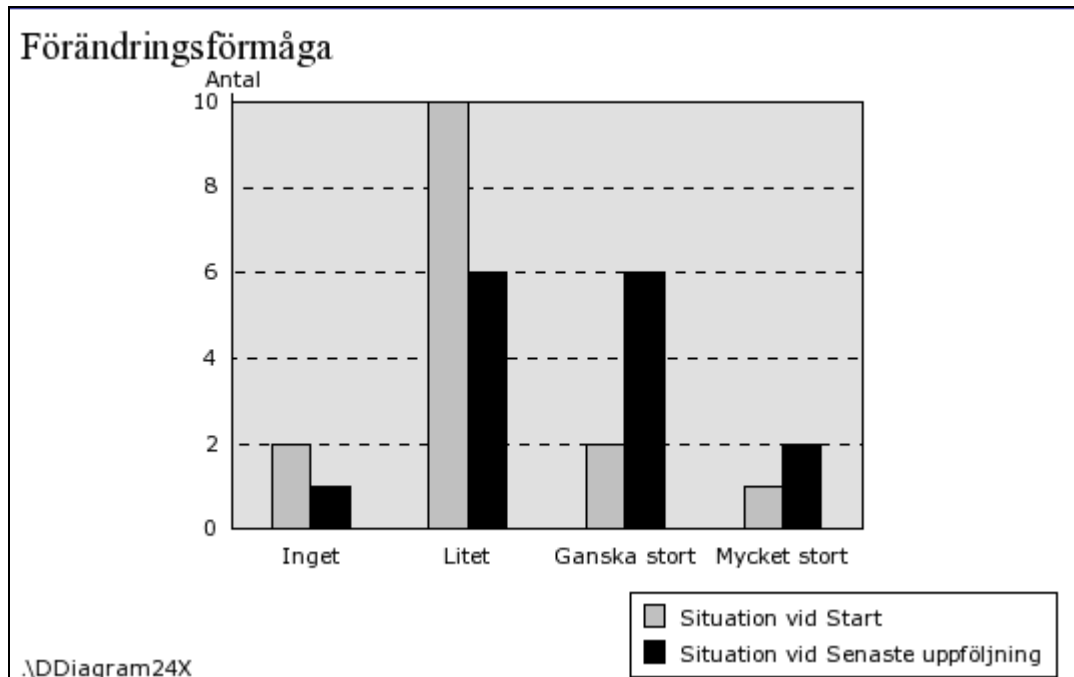


DDiagram14

Resultat

Uppföljningen visar att sex av femton klienter upplever sig ha en liten förändringsvilja, sex klienter upplever en stor förändringsvilja, två klienter upplever en mycket stor förändringsvilja. Endast en klient upplever sig inte ha någon förändringsvilja. Diagrammet visar förändringen, de ljusa staplarna visar situation vid start de mörka situation vid uppföljning.

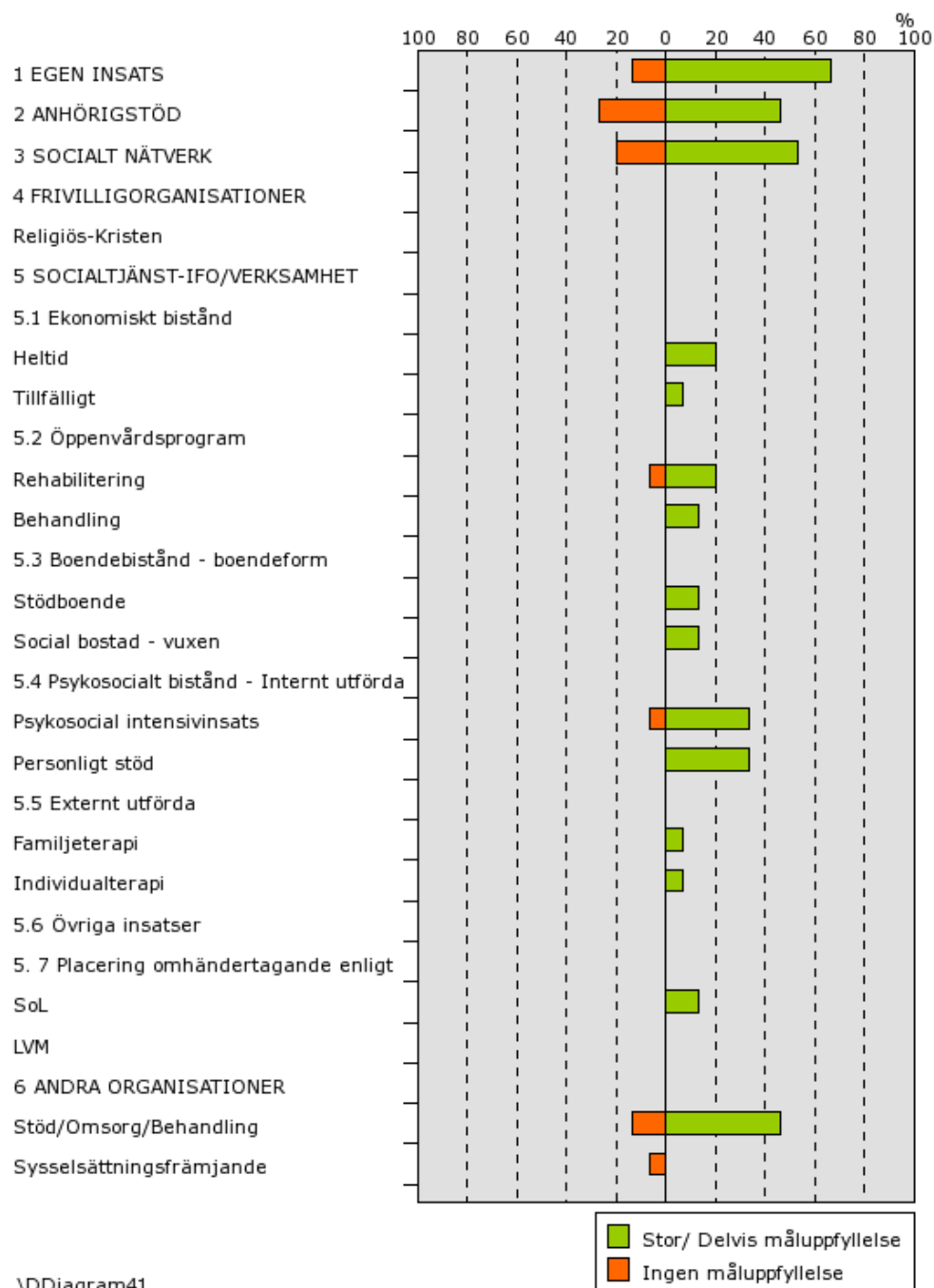
Tabell 65 Förändring måluppfyllelse Egna resurser – förändringsförmåga 15 klienter



4.5.8 Sammanfattning – Måluppfyllelse egna resurser

65% av klienterna upplever att den egna insatsen är det som har påverkat måluppfyllelsen. Därefter kommer det sociala nätverket (ca 55%) och anhörigstödet (45%). Stöd omsorg och behandling, utförd av andra organisationer upplevs av 45% av klienterna som det som påverkat. 35% av klienterna anser att den psykosociala intensiv insatsen samt det personliga stödet har påverkat måluppfyllelsen.

Tabell 66 Mönsteranalys egna resurser för 15 klienter



.\DDiagram41

5. Utvärderarens sammanfattande reflektion och slutsatser

5.1 Organisationsperspektiv

Det finns en viss stelbenthet i samarbetet mellan kommunen och landstinget, mellan de olika enheterna inom kommunen och mellan enheterna inom psykiatrin. Det finns svårigheter att enas i en samsyn på klienten. Det finns bristande resurser för placeringar, vilket leder till många diskussioner om vems ansvar klienten är. Vilket är problemet (hönan eller ägget) är det missbruket eller den psykiska sjukdomen? Det finns hinder i tröga beslutsgångar. De olika grupper, inom kommunen där IFO och vård- och omsorgskontoret sitter tillsammans för att ”reda ut” gemensamt ansvar för klientärenden drar ut på tiden. Kommunen vill inte ta beslut innan psykiatrin haft sitt möte och meddelat sitt beslut. Det får till följd att klienten kan få vänta länge på beslut. För CM innebär det en extra svår uppgift eftersom arbetet med klienten bygger på förtroende och den osäkerhet som en klient kan känna inför att vänta återspeglas tillbaka till CM i form av misstro.

Vad innebär det för de olika samverkansparterna att primärteamet sagt ja till en remiss? Avvikelse rapporter som gjorts visar att det finns problem på organisationsnivå. Medlemmarna har olika mandat, men även när en medlem har mandat kan han/hon ändå inte fatta beslut utanför sin budgetram. Idag finns en ”basnivå” för att hålla nere kostnaderna för tex. placeringar. För vissa klienter innebär inskrivning i ACT att klientens behov av intensivinsatser i form av behandling synliggörs. Det kan handla om att klienten behöver placeras på ett behandlingshem. Kostnaden ligger inte inom basnivån. Varje klient som har stöd och insatser i form av behandling, HVB-hem, externt köpt boendestöd kostar. Insatserna är kostnadsdrivande i det korta perspektivet men de kan antas bli kostnadsbesparande över tid och då är det viktigt att det finns ett långsiktigt tänkande. De studier som fokuserat ACT har visat att efter tre år går det att se tydliga tecken på att antalet vård dygn minskat (Clark, et, al., 1998).

Missbruk

ACT-teamets klienter har samtliga, när de skrivs in i teamet, en historia med missbruk av olika grad. För att stötta klienten ur sitt missbruk behöver teamet få stöd både av psykiatrin och beroendeklinikens personal. Det har förekommit att en klient har bollats mellan beroendekliniken och psykiatrin och resultatet har blivit att klienten inte fått den vård han eller hon behövt. Förbättringar har genomförts och för att få tillgång till beroendeklinikens kompetens har kliniken utsett en kontaktperson. Tillsammans med ansvarig läkare på kliniken ska kontaktpersonen kunna erbjuda sin kompetens men även underlättar eventuella inläggningar. Det är viktigt att det finns ett mycket bra samarbete mellan CM och psykiatrin och det är en viktig fråga att avgiftning ska kunna fås med kort varsel, om och när klienten själv är motiverad.

5.2 Klientperspektiv

Precis som i tidigare genomförda utvärderingar (Ekemo & Beckman, 2008; Ekemo & Zavko, 2007; Piuva & Lobos, 2007) kan denna utvärdering visa på att det har hänt positiva saker för de klienter som får del av insatsen ACT. Ur ett klientperspektiv fungerar ACT bra.

När väl tekniken och kompetensen att använda integrerad utvärdering, IU fanns, när det började fungera, har IU varit ett sätt att följa klienternas upplevelse av förändring över tid. Det finns tydliga tecken på att klienterna själva upplever en förändring till det bättre. Av trettio klienter är det hälften, femton klienter som deltagit vid minst tre intervjuer. Anledningarna till att det inte är fler varierar, i Söderköping har det varit två personer som innehaft tjänsten som CM. Dessa två har arbetat växelvis först A därefter B sedan A igen och nu återigen B. I Söderköping har inga klienter intervjuats för uppföljningen i IU.

I Norrköping är det tio av sjutton klienter som har intervjuats. En anledning att det inte blivit fler är att det har funnits brist på tid, framför allt under år 2009. Det var då en stor tillströmning av klienter på kort tid och Norrköping hade under en tid en tjänst som CM mindre. En annan anledning är att alla klienter inte låter sig intervjuas. Två av klienterna som varit med från början har sagt nej. En av dessa medverkar nu men intervjun har inte slutförts och den kan därför inte tas med. Norrköping har också tre nya klienter. CM har inte hunnit etablera den kontakt som krävs med klienterna. Det tar tid att arbeta upp ett förtroende där klienten vill låta sig intervjuas om sina mål. I Finspång har fyra av fem intervjuats, den femte klienten som varit med från början vill inte finnas med i något register.

För de femton klienter där det finns ett resultat efter två år framkommer på ett mycket tydligt sätt att klienterna själva upplever en skillnad. Genom att använda IU går det att förmedla det resultat som klienterna själva tycker sig fått. Det går att se vilken ”nytta” arbetssättet ACT, tillsammans med andra insatser har haft för klienten. Klienterna själva kan förmedla en upplevelse av att deras livssituation har förbättrats inom samtliga livsområden, socialt, relationer, personligt och när det gäller upplevelsen av att ha egna resurser.

Som alternativ till IU hade andra sätt att mäta effekt kunnat användas, tex. Audit, Dudit, ASI, men IU har här ett tydligare klientfokus. Det är klientens eget mål och förändringsbehov som mäts. I resultatet framkommer att det finns en stor förändringsvilja hos klientgruppen och den viljan har utnyttjas. Klienternas upplevelse är även att de skattar sin egen insats som hög för att få till stånd en förändring. Alla utom en mår vid start psykiskt dåligt och vid uppföljningen har 80% fått en förbättrad psykisk hälsa, vilket säkert bidragit till förändringen.

5.3 Utvärderingens frågeställningar – svar

1) Utvärderingen ska ge svar på frågan om individens behov kan lösas inom ordinarie verksamhet?

Svaret är, ja till en viss del, men det krävs att organisationerna fortsätter att samverka. Mycket har förbättrats genom de rutiner som finns framför allt för att föra tillbaka avvikelser, men det finns anledning att även fortsättningsvis fundera över hur organisationerna bäst kan stödja ACT-teamet och CM i arbetet med klienterna. CM använder sig av nätverksarbete. De finns som spindeln i nätet för sina klienter. CM bör i framtiden kunna få i uppdrag att arbeta med handledningsinsatser till verksamhetens personal i de olika organisationerna. På så vis kan CM bidra till att bygga upp kompetens om målgruppen. När ACT- teamets arbete fungerar fullt ut kan nätverksarbete och utbildning samt handledning vara de komplement som behövs. CM har en värdefull kunskap om vad som fungerar för klienter med samsjuklighet och det är därför viktigt att tillvarata deras kunskaper. CM gör ett värdefullt arbete, de är ”spindlar som väver nät” runt klienten.

2) Kan individens behov lösas inom ordinarie verksamhet om verksamheten tillförs något speciellt stöd som komplement till det vanliga verksamhetsinnehållet?

Alla *individens* behov kan idag inte lösas inom ”kommunens” ordinarie verksamhet. Boende och boendestöd är exempel på insatser där kommunen behöver utveckla ett mycket mer flexibelt boendestöd, än det som finns idag, för att inte fortsättningsvis behöva köpa externa insatser *för en liten grupp extra vårdkrävande klienter*. Anledningen till att det krävs en hög grad av flexibilitet i insatsen är att personalen bör kunna åka ut med kort varsel dygnet runt. Personalen måste även ha en beredskap att möta klienten när han/hon har druckit eller tagit droger. Den formella kompetensen hos de externa utförarna är inte högre än hos de kommunala, men det finns inom organisationerna tillgång till en ”tät” arbetsledning och daglig professionell handledning. Utförarna har kunnat ”handplocka” personal som kan ”möta” klienter som utmanar, hotar och som har en historia med tidigare våldsbrott.

3) Om individens behov inte kan lösas inom ordinarie verksamheter, vilken annan form av verksamhet behövs?

Idag har flera klienter, som fått insatsen ACT och tidigare varit bostadslösa, fått en bostad. Samtidigt finns i några fall mycket professoriska bostadslösningar. Diskussioner har förts om ett jourboende eller en ”sviktplats”. Detta kan bli verklighet när det nya Hamnbrohemmet står klart. Flera klienter har även behov av ett litet gruppboende, i stil med det som finns i Linköping ”Landeryds Ängar” med fyra platser. Målgruppen där är yngre personer med psykosdiagnos. Några av ACT-teamets klienter har behov av en hög grad av tillsyn, dygnet runt och en hög kompetens hos personalen när det gäller missbruk, beroende.

Det saknas gruppboende där klienten/brukaren kan vistas även under perioder då han eller hon är inne i ett pågående missbruk. Det behöver finnas ett ”frivilligt tvång”. De klienter som bor på HVB-hem gör det för att de behöver en tydlig struktur. I vissa fall har HVB-hemmet låst och klienten måste be om hjälp när han/hon vill gå ut. I ett annat fall förhandlar personalen med klienten om, när han eller hon ska gå på permission. Klienten måste inställa sig för provtagning, även här handlar det om ett frivilligt tvång där klienten kontrolleras för att personalen ska upptäcka om han eller hon tagit droger. Behandlingen bygger på en hög grad

av struktur, att personalen kan förutse vad som kan hända, att personalen har en noggrann kontroll, men även att de har en bra relation till klienten. Viktigt är att personalen har tålamod även om klienten faller tillbaka i missbruk. Framgångsfaktorn verkar vara att CM och personalen på de olika HVB-hemmen samarbetar, att det finns en tydlig och förtroendefull kontakt mellan CM – klient och HVB-hemspersonalen.

En kartläggning av vilka former av boende som finns tillgängliga inom hela östra länsdelen och som skulle kunna fungera för målgruppen genomfördes under våren, 2009. Ansvariga var en grupp ur Primärteamet. I handlingsplanen (2008), står det att *Primärteamets medlemmar bör titta på nya lösningar till boende för klienterna i ACT- teamet*. Primärteamets medlemmar har diskuterats att ett eventuellt boende skulle kunna vara kommungemensamt.

5.3.1 Utvärderarens slutsatser:

- Organisationerna bör fundera över hur ACT-teamet och CM kan stödjas i framtiden.
- ACT- teamet behöver förstärkas med fler kompetenser, tex. arbetsterapeut och sjuksköterska för att CM i det dagliga arbetet med klienterna ska kunna stödja klienten både med struktur i vardagsaktiviteter och medicinering.
- Primärteamet bör få till uppgift att slutföra den påbörjade utredning om ett gemensamt ”litet” boende där det finns tillgång till psykiatri- och beroendekompetens.
- För de klienter, som idag har insatsen HVB-hem bör en långsiktig plan som möjliggör för klienten att flytta till eget boende tas fram.
- Långa beslutsvägar leder till otrygghet för klienterna. Några klienter har ett stort behov av förändring men klarar inte av att förändra i ”hemmiljö” utan behöver därför placering under kortare eller längre tid. Placeringar skulle kunna underlättas om primärteamet inledningsvis får mandat och delegation att fatta beslut om externt köpt verksamhet för ACT-teamets klienter.

Referenser

- Björkman, T. (2000). *Case management for individuals with severe mental illness. A process-outcome study ten pilot services in Sweden*. Lund University: Med Diss. Dept of Clin. Neurosciences, Div. of Psych.
- Bond, G. R., Miller, L. D., Krumwied, R. D., Ward, R. S. (1988). "Assertive case management in three CMHCs: A Controlled study". In *Hospital Community Psychiatry* 39:411-418
- Clark, R. E., Teague, G. B., Ricketts SK, Busch PW, Xie, H., McGuire, T. G., Drake, R. E., MCHuho, GJ., Keller, A. M., Zubkoff, M. (1998). "Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use of disorders" in *Health Services Review*, Dec; 33(5Pt 1):1285-1308.
- Dieterich, M., Irving, C., B., Park, B., Marshall, M. (2010). Intensive Case Management for Severe Mental Illness. *Cochrane database of systematic reviews 2010;(10):CD007906*
- Ekermo, M., Zavko, D. (2007). *Att utbilda vävare och bygga vävstolar samtidigt. Utvärdering av Sveriges Kommuner och Landstings metodutvecklingsarbete med case management för människor med dubbla diagnoser*. Västerås: Arkitektkopia.
- Järkestig Berggren, U. (2006). *Personligt ombud. Social praktik i medicinsk diskurs*. Lic. avh. Växjö universitet. Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete. Rapport nr. 2, 2006.
- Marshall, M., Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Cochrane database of systematic Review 2007; (2): CD001089*.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A. (2000). Case management for people with severe mental illness. *Cochrane database of systematic Review 2000; (2): CD000050*.
- Molin, L., Alborn, S-E., Litzén, M-L. (2007). *Hur kan vi hjälpas åt? Om samverkan och utvecklingsarbete bland verksamheter som arbetar med personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk*. Slutrapport från projekt KPM, oktober 2007. Göteborg: Beroendekliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Morse, G. A., Calsyn, R., Klinkenberg, W. D., Trusty, M. L., Gerber, F., Smith, R., Tempelhoff, B., Ahmad, L. (1997). "An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons". in *Psychiatric Services* 48:497-503.
- Palmstierna, T. (2004). *Behandling av personer med komplexa vårdbehov pga psykisk störning och missbruk*. Rapport. Stockholms läns landsting. Beställarkontor vård.
- Piiva, K. & Lobos, C. (2008). *Case management Utvärdering av en arbetsmetod i samverkan mellan vård och socialtjänst*. Ersta Sköndal Högskola. Fältenheten.

Sandell, G. (2007). *Integrerad utvärdering Ideologi, Teori, Metod och It-stöd. Paradigm och modell för utvärdering och kvalitetsutveckling inom välfärdsverksamheter*. Göteborg: Kompendiet.

Scott, J. E., Dixon, L. B. (1995). "Assertive community treatment and case management for schizophrenia." In *Schizophr. Bull.* 21 (4):657-668.

Socialstyrelsen, (2010). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. Preliminär version*. Socialstyrelsen 2010-3-1.

Wasylenki, D., A. (1995). "The cost of schizophrenia". *Canadian journal of Psychiatry* 39 (9 suppl. 2): s. 65-69.

Åberg Wistedt, A., Cresell, T., Lidberg, Y., Liljenberg, B., Ösby, U. (1995) "Two- years outcome of four team-based intensive case management for patients with schizophrenia". *Psychiatric Services* 46:1263-1266.

Bilaga

Figur 1. Tankemodell för Integrerad Utvärdering, IU (Sandell, 2007) Utvärderingsmodellen - att utvärdera om insatsen har "effekt" kräver minst två utvärderingar, en före en efter.

