



”Pusselbiten som saknades”

Utvärdering av ”Resursgrupp med två vård- och
stödsamordnare” – samverkan för personer med
komplexa vårdbehov i Partille kommun

Solveig Olausson

”Pusselbiten som saknades”

Utvärdering av ”Resursgrupp
med två vård- och stödsamordnare”
– samverkan för personer med komplexa
vårdbehov i Partille kommun

© FoU i Väst/GR
Första upplaga augusti 2014
Layout: Mathias Stenback, GR
Omslagsbild: Thinkstock

FoU i Väst
Göteborgsregionens kommunalförbund
Box 5073, 402 22 Göteborg
e-post: fou@grkom.se

Innehåll

1. Sammanfattning	7
2. Inledning.....	8
3. Bakgrund	9
4. Viss forskning som rör personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom.....	13
5. Utvärderingens genomförande.....	18
6. Resultat brukare	22
7. Resultat handläggare	33
8. Diskussion	34
Referenser	39
Bilaga 1. Samtycke för deltagande i utvärdering	41
Bilaga 2. Undersökningsformulär och skattningsskalor	42
Bilaga 3. Frågeguide: Brukare	43
Bilaga 4. Frågeguide: Enhetschefer, handläggare och utförare	44
Bilaga 5. Bedömning brukare	45

Sammanfattning

FOU I VÄST/GR HAR HAFT i uppdrag att utvärdera om ett arbetssätt i Partille kommun, som innebär en samordning av vården och stödet till personer med komplexa vård- och omsorgsbehov, leder till en förändring i brukarnas livssituation. Arbetssättet hade utvecklats gemensamt av social- och arbetsförvaltningen och vård- och omsorgsförvaltningen i kommunen. Undersökningsperioden är från år 2011 till år 2013.

Rapporten tecknar en bakgrund till arbetssättet i Partille, dels utifrån regionala och delregionala överenskommelser mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård och dels utifrån hur den nya samverkansmodellen växt fram i Partille. De personer som är i fokus är brukare med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom och därtill har en långvarig funktionsnedsättning som medför komplexa vård- och omsorgsbehov.

Utvärderingens syfte är dels att undersöka om konkreta förändringar skett i brukarens livssituation och droganvändning, dels att få del av brukarnas upplevelser av vård- och stöd-samordning, två år före och två år efter beslutet år 2011. Tjugo personer hade då fått beslut om insatsen. Under undersökningsperioden har tio personer inte kommit igång eller avslutat sin kontakt. Tio personer hade etablerat kontakt och tillfrågades om medverkan i undersökningen. Sex personer gav samtycke och deltog genom intervju samt kartläggning utifrån personakter och sjukvårdsjournal.

De sex brukare som medverkade i undersökningen hade alla kontakt med vård- och stöd-samordnare och/eller boendestödjare en till två gånger i veckan, deltog i resursgruppsmöten med personer från företrädesvis sitt professionella nätverk och kunde även ha behandlingskontakt inom Beroendeklinken. De psykiska tillstånd förutom missbruk eller beroende som föranledde deras funktionsnedsättning var antingen svåra ångesttillstånd eller psykotiskt tillstånd. För fyra personer fanns det därtill en neuropsykiatrisk diagnos.

Utvärderingen visar bland annat att gruppens behov av dygnet-runt-vård minskade. Ingen i gruppen blev helt missbruksfri under perioden men alla hade kommit i behandling, med kortare nykterhet eller drogfrihet än sex månader.

Gruppens upplevelser av vård- och stöd-samordning är i första hand att relationen till vård- och stöd-samordnaren varit betydelsefull. En person som upplevs som speciellt hjälpsam, förstående och ovärderlig för att en förändring ska komma till stånd. De förändringar som brukarna pekar på är bättre struktur i vardagen och minskat drogande, vilket hjälpt dem att uppnå andra mål i livet. Beskrivningarna utgår ifrån respektive brukares förmåga och återhämtningsprocess. Det man för fram handlar om allt från att komma ut under dagen, att våga gå till affären till att börja arbetsträna och se sig som mer självständig i sitt liv. Sammantaget tycks insatsen bidra till en positiv utveckling utifrån brukarnas olika positioner i återhämtningsprocessen. Det som har upplevts vara till hjälp kan sammanfattas i begreppen bemötande, tillgänglighet, kontinuitet och följsamhet. Dessa begrepp är delar i det som brukar kallas arbetsallians och som är en nödvändig del i att åstadkomma förändring vid vård och behandling.

Utöver brukarperspektivet speglas i rapporten även samverkande chefers, handläggares och utförarens tankar och upplevelser av det förändrade arbetssättet. Brukarnas upplevelse av vård- och stöd-samordning och deras beskrivningar av förändring bekräftas av utförarnas utvärdering av den gemensamma arbetsprocessen.

Sammanfattningsvis har samordningen mellan de båda förvaltningarna och inrättandet av ett stöd- och beroendeteam utifrån arbetsmodellen med vård- och stöd-samordning/boendestöd gett en god hemmaplanslösning för dessa personer med komplexa vård- och omsorgsbehov inom Partille kommun.

I. Inledning

”DET VAR PUSSELBITEN SOM SAKNADES”. Så svarade en av de intervjuade på frågan om vad det nya arbetssättet *Resursgrupp med två vård- och stödsamordnare* innebar i hennes arbete.

Den här rapporten redovisar utvärderingen av ett arbetssätt för samverkan mellan social- och arbetsförvaltningen och vård- och omsorgsförvaltningen i Partille kommun som riktar sig till personer med komplexa vårdbehov.

Partille kommun har under flera år byggt kunskap och skapat underlag för att kunna utveckla bättre sätt att bemöta och hjälpa kommuninnevanare med komplexa vård- och omsorgsbehov. De personer som är i fokus för denna rapport är de som har en samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom och som har en långvarig funktionsnedsättning. Genom utredningar och ”case finding” hade Partille kommun identifierat cirka 35 personer med samsjuklighet (Winqvist, 2010) som kunde vara i behov av ett stöd som inbegrep de båda förvaltningarna social- och arbetsförvaltningen och vård- och omsorgsförvaltningen.

I mars 2011 startade arbetet med den nya samarbetsmodellen för bedömning och planering av insatser för gruppen personer med komplexa vårdbehov, kallad *Resursgrupp med två vård- och stödsamordnare*. Kommunen önskade samtidigt följa och utvärdera om den nya samarbetsmodellen fått avsedd effekt. Uppdraget gavs till FoU i Väst/GR att följa och utvärdera arbetsmodellen under 2011–2013 med start januari/februari 2012.¹

Partille kommun ville undersöka om samordningen mellan förvaltningarna av bedömning och beslut om insatsen ”resursgrupp med två vård- och stödsamordnare” leder till förändringar i brukarnas livssituation. Kartläggning och uppföljning av livssituation, insatser av vård och stöd som getts från socialtjänst, sjukvård och andra två år innan och två år efter beslut om insatsen var en del av metoden. Men fokuset var främst att få brukarnas egna beskrivningar av på vilket sätt insatsen fått effekt. Specifika frågor som var intressanta var:

Har samordning av insatser lett till konkreta förändringar i brukarnas livssituation?

Har droganvändningen minskat?

Hur upplever brukarna metoden resursgrupp?

Säger någon nej till metoden och i så fall varför?

Rapporten tecknar en bakgrund till arbetssättet i Partille, dels utifrån regionala och delregionala överenskommelser mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård och dels utifrån hur den nya samverkansmodellen växte fram i Partille. Därefter presenteras viss forskning om samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom samt vad som kan bidra till återhämtning för personer med dessa komplexa vårdbehov. Utifrån denna bakgrund beskrivs tillvägagångssätt, målgrupp och resultat för utvärderingen. Ett längre avsnitt ägnas åt de brukarintervjuer som genomförts. Rapporten avslutas med en diskussion av resultaten i förhållande till utvärderingens frågeställningar.

1. Under tiden som utvärderingen pågätt har samverkansmodellen mellan förvaltningarna utvecklats och förändrats. Även arbetet inom stöd- och beroendeteamet har till delar förändrat sitt arbetssätt. Rapporten beskriver arbetssättet så som det såg ut vid undersökningstillfället.

2. Bakgrund

Vad innebär ett komplext vårdbehov?

Till de grupper som har ett komplext vårdbehov räknas personer med samsjuklighet av missbruk/beroende och svåra psykiska tillstånd. Missbruk/beroende är den vanligast förekommande samsjukligheten för personer med svåra psykiska tillstånd som schizofreni, bipolära tillstånd och/eller svåra depressiva tillstånd med långvarig funktionsnedsättning (Drake, Mueser, Brunette & McHugo, 2004). För dessa personer finns ett delat behandlings- och omsorgsansvar för landsting och kommun.

För kommunerna i Västra Götaland och hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen finns en regional överenskommelse (2011-11-03) om samarbete och samordning av insatser till vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning. Likaså finns en delregional överenskommelse i Ledningsgrupp för samverkan² för Västra Götalandsregionen, Göteborgs Stad, Härryda kommun, Mölndals stad, Partille kommun och Öckerö kommun (2012-09-12). I den delregionala överenskommelsen beskrivs målgruppen och samarbetsmodellen för vård- och stödsamordning samt vilket ansvar huvudmännen socialtjänst, primärvård och specialiserad sjukvård har.

Målgruppen beskrivs i den delregionala överenskommelsen på följande sätt (sid 11):

...vuxna personer med betydande psykisk funktionsnedsättning/allvarlig psykisk sjukdom och med behov av omfattande insatser från två eller flera huvudmän. Insatserna består av boendestöd, särskilt boende eller kontaktperson enl. SoL från socialtjänstens sida och behandling i öppenvård eller heldygnsvård från hälso- och sjukvårdens sida. Definitionen av personer med psykisk funktionsnedsättning innefattar personer som har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på livsviktiga livsområden som t ex boende, studier,

arbete, sysselsättning, social gemenskap/relationer, fritid. Dessa svårigheter ska ha funnits eller kan antas komma att bestå under längre tid.

Enligt definitionen kan i princip alla tillstånd som diagnostiserats (eller som kunde ha diagnostiserats) som psykisk sjukdom eller störning ge konsekvensen psykisk funktionsnedsättning. Erfarenhetsmässigt kommer gruppen att domineras av personer med någon psykosjukdom, personlighetsstörning eller allvarligare affektivt syndrom. Även personer med ett neuropsykiatriskt tillstånd ingår. Komplex samsjuklighet mellan t ex psykiska sjukdom och missbruk/beroende, somatisk sjukdom eller intellektuell funktionsnedsättning kan leda till större funktionsnedsättningar än vad varje sjukdom i sig skulle göra.

Den delregionala överenskommelsen poängterar att samsjukligheten kan leda till större funktionsnedsättning än varje tillstånd för sig. Den beskriver vidare vilka psykiska diagnoser som tillsammans med beroende/missbruk genom erfarenhet har bedömts leda till en långvarig eller bestående funktionsnedsättning

I den delregionala överenskommelsen beskrivs även samarbetsmodellen för vård- och stödsamordning. Personer som tillhör målgruppen ska ges möjlighet att erbjudas två vård- och stödsamordnare, en från varje huvudman. Den som är vård- och stödsamordnare har till uppgift att samla personer från brukarens professionella och privata nätverk i en resursgrupp. Den enskildes behov bör styra arbetet och ge honom eller henne möjlighet att överblicka och påverka rehabiliteringsprocessen. Arbetsmodellen baserar sig på metoden Integrerad Psykiatri (IP-programmet). Integrerad Psykiatri är en manualbaserad metod där man poängterar brukarinflytande och att de privata och professionella nätverken involveras. Brukaren har hjälp av en ”case manager”, som på svenska brukar kallas vård- och stödsamordnare.

2. Ledningsgrupp för samverkan, LGS, kallas sedan 2014-03-27 för Kommun och sjukvård, Samverkan i Göteborgsområdet. I Göteborgsområdet samverkar Västra Götalandsregionen, Göteborgs Stad, Härryda kommun, Mölndals stad, Partille kommun och Öckerö kommun, se t.ex. www.samverkanstorget.se.

Malm och Fallon (Malm, red., 2009) beskriver (s.104) metodens huvudinslag:

Programmet Integrerad Psykiatri har sex huvudinslag: 1. Att kartlägga brukarens problem och mål. 2. Att lära ut hur man minskar stress. 3. Att lära ut hur man effektivt löser och uppnår nya mål. 4. Att göra den psykiska sjukdomen och behandlingsarbetet begriplig. 5. Att förbättra kommunikationen mellan medlemmar i resursgruppen. 6. Att förbygga och hantera kriser.

Även i den delregionala överenskommelsen poängteras resursgruppens uppgift att förstärka befintliga nätverk och att sträva efter att brukaren själv bestämmer sina personliga mål. Resursgruppen fastställer och fördelar arbetsuppgifter för delmålen och formulerar dem i konkreta och mätbara termer för att utvärdera brukarens framsteg. Den bärande idén är att de viktiga personerna i brukarens liv samlas och deltar i den gemensamma uppgiften att uppnå en så optimal livssituation som möjligt för den enskilde. De inblandade ska veta sin egen roll och ansvar men också vad de andra involverade personerna har att göra. Överenskommelsen beskriver att det ska finnas samtycke för samarbete och informationsutbyte liksom att all vård och omsorg sker i samverkan med den enskilde och att dennes autonomi och integritet respekteras.

Tillämpningen av de regionala och delregionala överenskommelserna i Partille

Redan innan överenskommelserna fanns formulerade Partille kommun ett arbete för att utreda och inventera de behov som kommunens innevånare med samsjuklighet hade (2007, 2008, 2010, 2011). Utifrån dessa utredningars sammanfattningar och rekommendationer, växte förslag fram om en ny arbetsmodell mellan social- och arbetsförvaltningen och vård- och omsorgsförvaltningen. När den delregionala överenskommelsen formulerades hade Partille kommun varit igång med sin samverkansmodell under drygt ett år.

Under den period som utvärderingen omfattar, 2011–2013, har arbetet med samverkansmodellen mellan förvaltningarna utvecklats för att hitta en form. Främst har samverkan mellan handläggare och utförare i stöd- och beroende-

teamet (SoB-teamet) utvecklats och formaliserats under de två åren. Man kan säga att Partille har hittat en egen modell för sitt arbete med personer med samsjuklighet och komplexa vårdbehov.

Bakgrund till den förändrade arbetsmodellen

För att förstå de bakomliggande tankarna till den nya arbetsmodellen, hur man ville samverka och hur arbetet konkret hade lagts upp intervjuades enhetschefer och handläggare i de båda förvaltningarna.

Enhetschefer beskriver i intervjuerna att de genom samverkan önskade få till stånd en möjlighet till ”hemmaplanslösning”, att kunna arbeta långsiktigt och förebygga institutionsvård. De ville genom ett tydligare uppdrag, med tydligare mål och med en metod som baserade sig på brukarens behov och delaktighet kunna förebygga upprepade inläggningar inom psykiatri eller LVM-vård för de unga och ge en större självständighet för de äldre. Man hade förhoppningen att brukarna skulle bli mer delaktiga i vård och behandling och få förhöjd livskvalitet. Genom att vara nära sitt ursprungliga nätverk skulle personerna kunna utveckla bättre sociala relationer och återhämta sig snabbare efter inläggningar och behandlingshemsvistelser.

För att få igång en sådan process menade cheferna att de i sina funktioner behövde förändra sitt tankesätt till att mer ”tänka i termer av missbruk/beroende och funktionshinder” istället för det ena eller det andra. Samverkan innebar också att lära sig varandras ”kulturer” och att delta i samverkansmöten. Tanken var också att båda förvaltningarna hade chefsansvar för vård- och stödsamordnarna och boendestödarna. För social- och arbetsförvaltningen innebar förändringen att socialsekreterarnas funktioner kunde kompletteras med intensivinsats genom vård- och stödsamordnare och boendestöd, något som tidigare inte funnits för kommuninnevånare med missbruk/beroende.

Det tidigare arbetssättet

Det är funktionshinderhandläggarna och socialsekreterare som har den utredande rollen. Dessa handläggare från de båda förvaltningarna fick i intervju beskriva sina tidigare arbetssätt.

Funktionshinderhandläggare inom vård- och omsorgsförvaltningen beskriver att det tidigare inte fanns några speciella utförare då förvaltningen inte arbetade med gruppen miss-

bruk/beroende och psykisk funktionsnedsättning. Vid en utredning gällde besluten en insats antingen inom vård- och omsorgsförvaltningen eller social- och arbetsförvaltningen. Trots detta hade man inom den förstnämnda förvaltningen kontakt med 5–10 brukare med missbruk/beroende och psykiskt funktionshinder, medan den sistnämnda förvaltningen inte hade konkret vardagsstöd som boendestöd för sina brukare och dessa fick därför oftare ”köpt” plats.

Socialsekreterarna inom social- och arbetsförvaltningen menade att det tidigare gick åt mycket tid till att skriva samverkansblankett till vård- och omsorgsförvaltningen när man anade psykisk ohälsa hos den person man hade framför sig. Ofta hade man fokus på att hitta behandlingshem som kunde hantera psykisk ohälsa och en önskan att en lång vistelse på ett bra behandlingshem skulle ”bota” och lösa problemen så att personen var ”frisk” när hon/han kom därifrån. Det fanns ingen behandling/stöd för gruppen med missbruk/beroende och psykisk funktionsnedsättning inom kommunen vilket resulterade i att socialsekreteraren också fick vara ”psykiatrihandläggare”. Man hade inte lika mycket samverkan mellan de båda förvaltningarna för samsjuklighetsgruppen innan man införde samverkansmodellen.

Samverkansmodellen mellan förvaltningarna

Handläggarna intervjuades var och en om den nya samverkansmodellen. Beroende på när de anställdes hade de olika erfarenhet av arbetsmodellen. Genom handläggarnas varierade erfarenheter framträdde en informativ bild av hur det hade varit innan och hur den nya arbetsmodellen hade utvecklats.

Arbetsättet i samverkan karaktäriseras av att handläggarna inom de båda förvaltningarna har blivit mer observanta när de träffar en ny person om det kunde finnas både psykisk funktionsnedsättning och missbruk/beroende. Om handläggaren tror att personen kan ha en bestående funktionsnedsättning på grund av samsjuklighet så försöker man så tidigt som möjligt kontakta handläggare från den andra förvaltningen för gemensam bedömning. Man genomför alltid två parallella utredningar och formulerar två beslut då socialsekreterarna utreder och bedömer behov av vård- och stödsamordning och psykiatrihandläggarna utreder och bedömer behov av boendestöd.

Under det första året hade socialsekreterarna

många klienter som behövde bedömning om psykisk funktionsnedsättning. Även fortsättningsvis initieras ärenden oftast från socialsekreterarna genom remiss till chef för funktionshinderhandläggarna som fördelar utredningsuppdragen i sin handläggargrupp. Funktionshinderhandläggarna träffar personen vid ett till två tillfällen och hämtar in underlag från social- och arbetsförvaltningen och specialistpsykiatri som underlag för beslut. Underlag och beslut om bistånd för personen skickas från de båda förvaltningarna till samordnaren för stöd- och beroendeteamet. Denne träffar personen och informerar om innebörden av biståndet vård- och stödsamordning, boendestöd och IP-programmet. Accepterar personen insatsen läggs en behandlingsplan upp tillsammans med två kontaktpersoner från stöd- och beroendeteamet. Handläggarna från de båda förvaltningarna och samordnare från stöd- och beroendeteamet har gemensamma möten (Psykiatri Missbruk Samverkan, så kallade PMS-möten) var sjätte vecka för uppföljning av hur det går för de personer de samverkar kring.

Stöd- och beroendeteamet är ett team i samverkan där två är anställda av social- och arbetsförvaltningen och tre är anställda av vård- och omsorgsförvaltningen. En av dem har uppdraget som samordnare för teamet. Alla arbetar med stöd i vardagen, så kallade boendestödjare där man använder sig av arbetsmodellen vård- och stödsamordning och alla har utbildning inom arbetsmodellen. Utförarna i teamet har egna rutiner för sitt arbete. Samordnaren för teamet är den som tar emot ärenden och fördelar dem inom gruppen. Varje brukare har två kontaktmän där en har uppdraget som vård- och stödsamordnare och en som boendestödjare. Teamet har gemensamt morgonmöte för planering av arbetet varje arbetsdag. Måndag eftermiddag har man teammöte och en gång i månaden används denna tid för arbetsplatsträff där cheferna i från social- och arbetsförvaltningen samt vård- och omsorgsförvaltningen deltar.

Uppdraget som vård- och stödsamordnare innebär ansvar för att arbeta enligt överenskommelsen om ”resursgrupp med två vård- och stödsamordnare”. Uppgiften för denna kontaktman är att tillsammans med den enskilde föra behandlingsprocessen framåt, att hjälpa honom eller henne formulera mål och delmål för sin utveckling samt att samla de per-

soner som brukaren nominerat som sina resurspersoner både från de privata och professionella nätverken. Resurspersonerna samlas dels i en liten resursgrupp som kan träffas så ofta som varje vecka dels i en stor resursgrupp som samlas var tredje månad. Lilla resursgruppen utgörs av dem som står brukaren närmast i det privata nätverket och i det professionella nätverket. Kontaktmannen med uppdraget som vård- och stödsamordnare ingår alltid, liksom vanligtvis även boendestödjaren. Tillsammans med brukaren bildar de kärnan i gruppen. Stora resursgruppen utgörs av personer från brukarens hela professionella och privata nätverk. Det är förutom kontaktmannen och boendestödjaren även närstående, brukarens handläggare inom social- och arbetsförvaltningen och vård- och omsorgsförvaltningen, behandlande läkare, psykolog, kurator eller sjuksköterska från beroende/psykiatri men även god man eller förvaltare, kontaktperson från arbetsutbildning, handläggare från Försäkringskassan

och Arbetsförmedlingen, med flera. Både den lilla och den stora resursgruppen syftar till att hjälpa den enskilde att förverkliga de övergripande mål och delmål som han eller hon formulerat tillsammans kontaktpersonen.

Resursgruppsmötena är strukturerade där vårdplan dokumenteras och följs upp kontinuerligt. Syftet är att ge brukaren möjlighet att medverka på jämställd nivå och kunna påverka och själv styra sin vård och behandling. IP-programmet syftar till att brukaren själv tar makten över sitt liv (Malm, 2009).

Under undersökningstiden 2011 till 2013 har samarbetsmodellen förändrats i vissa delar, stöd- och beroendeteamet har konsoliderat sitt arbetssätt och funktionshinderhandläggarna har blivit flera. Men man kan säga att huvuddragen för samverkan mellan förvaltningarna och rutiner för utredning och beslut när det gäller insatsen om vård- och stödsamordning i relation till brukarna ser ut på samma sätt.

3. Viss forskning som rör personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom

I forskningsbilagan till Missbruksutredningen 2011 sammanfattar Öjehagen att personer med missbruk eller beroende har en klart ökad risk att under livet också få andra psykiatriska diagnoser. Risken för missbruk eller beroende är 3 till 9 gånger högre för personer med psykisk sjukdom och med klart förhöjd risk för personer med personlighetsstörning och upp till 50 procents risk för personer med schizofreni och bipolär sjukdom. De personer som finns inom något vårdssystem har högre livstidsförekomst av samsjuklighet då denna grupp oftare söker vård. Man har funnit att mellan 41 till 81 procent av personer med alkoholproblem och mellan 51 till 73 procent bland personer med narkotikaproblem kan ha samtidig psykisk sjukdom. De vanligaste symtomen är ångest, depression och schizofreni. Gruppen har också en förhöjd risk för självmord. Öjehagens sammanställning gäller studier från Norden samt internationella studier.

Även ökad risk för somatisk ohälsa finns då alkohol och narkotika kan medföra specifika sjukdomar och också påverkar förloppet genom att förvärra somatiska tillstånd och minska effekten av insatt behandling. Tønnesen (2011) skriver i ovan refererade forskningsbilaga att första steget är identifikation och dokumentation av den somatiska samsjukligheten så att personen får adekvat vård. Diagnosen och behandlingsmöjligheterna är avgörande för förloppet liksom individuella faktorer som livsstil och kroniska sjukdomar men även att dessa personer får bästa möjliga vård. Fem procent av alla dödsfall i världen orsakas av alkohol enligt statistik från WHO och en svensk studie har visat att medellivslängden för narkomaner är 25 till 30 år kortare än för den svenska befolkningen i övrigt.

Evidensbaserad behandling vid samsjuklighet: Vad säger de nationella riktlinjerna?

De första nationella riktlinjerna för hur socialtjänst och sjukvård bör arbeta med den gemensamma målgruppen personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika kom 2007 (Socialstyrelsen, 2007). I riktlinjerna poängteras att verksamheterna bör göra en noggrann bedömning av psykiska tillstånd, av missbruk/beroende och av den fysiska hälsan. En integrerad behandling och stöd, som samordnas mellan socialtjänst och psykiatri, lyfts fram. Behandlingen/vården bör ske parallellt med varandra för att uppnå goda och hållbara resultat.

När det gäller gruppen med samsjuklighet fann man ingen evidensbaserad specifik behandling utan man får använda de metoder som visat effekt vid behandling av missbruk/beroende respektive psykisk störning/sjukdom.

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014, är en uppdatering av riktlinjerna från 2007 (Socialstyrelsen, 2014). Personer med missbruk eller beroende och någon annan form av psykisk störning bedöms ha ökad risk för sämre sjukdomsförlopp och för dessa poängteras behandling för båda tillstånden samtidigt. Det är även en heterogen grupp med varierande grad av svårigheter. Dessa personer har också andra problem och behov av ytterligare stöd och insatser. Även i de nya riktlinjerna beskriver man att bedömningsinstrument kan underlätta beslut om behandling och användas för att följa utfall av åtgärder. Man konstaterar också att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av specifika metoder vid integrerad behandling och att det finns ett stort behov av vägledning. Även i riktlinjerna 2014 för Socialstyrelsen fram att hälso- och sjukvården bör erbjuda integrerad

behandling som fokuserar på både det psykiska tillståndet och missbruket eller beroendet, samt att behandlingen sker inom ramen för en psykosocial behandlingsmodell.

Vad säger beroendeforskningen?

I en forskningsbilaga till SOU 2005:82 om ”Tungt missbruk” skriver Gerdner (2005) om framgångsfaktorer vid behandling av svåra tillstånd av missbruk och beroende. Det är väsentligt att möta personen när denne har motivation för förändring, att ha en ”timing” och flexibilitet när det gäller erbjudande om behandling när personen kan tänka sig att ta emot behandling. Man har också sett att behandlingar med fokus på missbruket gav bättre resultat när det gäller nykterhet och drogfrihet. Helhetssyn på individens problem var också en faktor för framgång. Personer med tungt missbruk har ofta många andra problem både psykiatriskt, somatiskt och socialt som behöver behandlas/åtgärdas parallellt för att nå förändring. En vård- och behandlingsplanering med strukturerade utredningsinstrument rekommenderades inte bara för säker bedömning av arten och graden av missbruks- eller beroendeproblem. En bedömning genom t.ex. Addiction Severity Index (ASI) ger också en kartläggning av de behov av hjälp och stöd som personen kan ha i övrigt, relaterat till fysisk hälsa, kriminalitet, familj och närstående, boende, ekonomi och arbete. När behandlingen påbörjas bör den vara strukturerad med individuellt anpassade insatser lämpliga för personen. Behandlingsrelationer med omsorg om relationen, så kallad terapeutisk allians och gott vårdklimat, fann man vara en annan framgångsfaktor liksom att behandlingen var långsiktig och med god behandlarkontinuitet.

Två senare artiklar, en amerikansk (Kelly, Daley & Douaihy) från 2012 och en europeisk (DeWitte, Crunelle, Sabbe, Moggi & Dom) från 2014, baserar sig på sammanställningar av randomiserade kontrollerade studier om behandling för patienter med psykiatriska tillstånd och missbruk eller beroende. I båda studierna finner man att trots att heterogena grupper av patienter har studerats så kan speciella behandlingsprogram vara effektiva. De specifika behandlingar som man nämner är motiverande intervju eller samtal (MI), kognitiv

beteendeterapi (KBT), återfallsprevention (ÅP) och familjeterapi. Men det ger bättre resultat om man integrerar olika behandlingar parallellt där man försöker nå såväl den psykiatriska problematiken som beroendeproblematiken och även inbegriper familjeprogram tillsammans med case management (CM) och Assertive Community Treatment (ACT).

Att integrera komplexa vård- och omsorgsbehov, framväxandet av modellen vård- och stödsamordning

Modellen Assertive Community Treatment, ACT, är en mer lokal eller närmiljöbaserad behandling och rehabilitering för personer med långvariga problem som schizofreni. Metoden började utvecklas under 1970- och 1980-talet i USA och innebär att man samlar ett multidisciplinärt team som arbetar intensivt med behandling i klientens närmiljö (Norden, Eriksson, Kjellgren & Norlander, 2012). Det finns ett flertal ACT-modeller och i Storbritannien kallas modellen Assertive Outreach och inbegriper behandling från sjukvård och socialtjänst (Norden, et al. 2012). Behandlingsmodellen har getts ett antal namn under åren bland andra The Optimal Treatment modell, Integrated Care, Integrated Psychiatry, Integrated Mental Health Care. En bärande idé i behandlingsmodellen är att patienten deltar i beslut angående sin behandling. Forskningsresultat indikerar att psykiskt sjuka personer som behandlas med flexibel ACT snabbare förbättras än patienter i traditionell behandling (Norden, et al., 2012). Under senare år har utvecklingen av behandlingsmodellen mera betonat klientens centrala roll och den resursgrupp som ingår som stöd i behandlingen. Detta har resulterat i att man numera i Sverige kallar modellen för ”resursgrupps-ACT”, RACT eller ”resursgrupp med vård- och stödsamordnare”. RACT skiljer sig från ACT genom att resursgruppen inte bara består av klientens professionella nätverk utan även anhöriga och närstående från det privata nätverket (Norden, et al., 2012).

I Sverige kan detta ha speciell betydelse då både sjukvård och socialtjänst har ansvar för omhändertagandet av personer med komplexa vård- och omsorgsbehov och ibland kan även andra aktörer behöva involveras som Försäkrings-

kassa, Arbetsförmedling och Kriminalvård. Den genomgång som Nordin et. al. gjorde 2012 av fallstudier rörande 80 klienter med RACT-behandling visade att de flesta hade en psykosdiagnos, att klienterna hade nominerat behandlare som de hade speciellt förtroende för och att i 73 procent av resursgrupperna var anhöriga inkluderade. Andra resultat i deras studie var att en case manager hade en nyckelroll i att ansvara för att det som planerades i resursgruppen kom till stånd, i att vara både en hjälpanhand för klienten och till viss del en terapeut. Grunden för resursgruppen var att både psykiatrierns och socialtjänstens vårdpersonal ingick förutom klient, vård- och stödsamordnare, medicinsk personal och anhöriga. Av största vikt var ett kontinuerligt deltagande av behandlande läkare. För att få de bästa resultaten var det väsentligt att klienten tog en aktiv del vid planering, genomförande och beslutsfattande vid mötena. Även regelbundenheten och antalet resursgruppsmöten tycktes ha betydelse, cirka 5 möten/år behövs. Personer med psykiska problem har också ofta fysiska sjukdomar som de behöver hjälp med. Stöd åt anhöriga har också betydelse för återhämtningen.

Idealet är att det finns en vård- och stödsamordnare från socialtjänsten och en från psykiatriern. RACT-modellen bygger på fyra viktiga grunder: a) att bygga en allians med klienten, b) att bygga på psykoedukativa delar för både klient, närstående och andra deltagare i resursgruppen, c) att erbjuda verktyg för problemlösning, d) krisplaner för att minimera risk för psykotiska genombrott och att diskutera tidiga tecken.

Återhämtningsprocessen för personer med komplext vård- och omsorgsbehov

Topor har studerat återhämtning från svåra psykisk störningar. I hans litteraturgenomgång (2001) sammanfattar han faktorer som har betydelse för återhämtningsprocessen. Sex faktorer tycks vara betydelsefulla:

- Att individerna själva säger att de medverkat i sin egen återhämtning. De beskriver att de återerövrade makten över sitt liv.
- Personer i det privata nätverket är betydelsefulla genom materiellt stöd och att vara accepterande gentemot den enskilde.

- Mediciner är en positiv faktor, för dämpning av symtom.
- Professionellt stöd och behandling som medicin och samtalsbehandling liksom sociala insatser som case management, boendestöd och aktiverings/sysselsättningsverksamheter.
- Andlighet, både som meningssammanhang för erfarenheter och genom konkret stöd av församling och präster.
- Kunskap om och/eller accepterande av sjukdomen som att personen lär sig känna igen tidiga tecken, att ta sina mediciner och minska eventuellt missbruk. Att acceptera sjukdomen innebar att acceptera de begränsningar som sjukdomen sätter för personen.
- Intagning i slutna psykiatrisk vård kunde vara en hjälp i återhämtningen genom att bryta en negativ situation.

Det fanns även faktorer som försvårade återhämtningen. De mest negativa var mediciners biverkningar och professionellas attityder till patienterna, som bland annat att utgå från att patienten inte klarar någonting, behandlingspessimism, inte involvera patienten i behandlingen och bristande intresse för patientens erfarenhet och upplevelse.

Topor för fram återhämtningen som en process i tre huvudfaser. En första fas med återhämtningens start som innebär att erkänna och acceptera sjukdomen, ha önskan om och motivation för förändring och att ha en källa till hopp och inspiration. Därefter kommer en mellanliggande fas som innebär att återfinna det som gått förlorat och upptäcka och utveckla self-empowerment, gå in i en läro- och självomdefinieringsprocess och att återgå till basala funktioner. Att skapa en god cirkel där små steg leder till förbättrad självuppfattning, utveckla olika handlingsstrategier och att ta hand om den egna vardagen. Den tredje senare fasen handlar om att förbättra livskvaliteten, att hitta en känsla av välmående och uppnå högre funktionsnivåer.

Topor skriver angående behandling och behandlingsresultat (s. 87):

De flesta forskare menar att de bästa resultaten (i termer av symtomlindring, bättre social anpassning och färre återfall/återintagningar i slutna

psykiatrisk vård) är följden av en kombination av de olika psykopedagogiska insatserna i samband med medicinering.

När det gäller återhämtningsprocessen skriver Topor (s. 152):

Forskningen om återhämtningsprocessen pekar på att individens ansträngningar ofta är beroende av stöd från personer i hans omedelbara närhet. Personer som kan stå för materiellt stöd, tillförsikt, hopp och acceptering. Vägen tillbaka till en mer positiv självbild beskrivs ofta gå via vardagliga situationer. Själva vardagligheten i de moment, som återhämtade patienter beskriver har hjälpt dem leder till att de inte beaktas.

Förväntade tidsperspektiv när det gäller återhämtning för personer med samsjuklighet och komplexa vårdbehov

Inom New Hampshire Dual Diagnosis Study har man gjort en tioårsuppföljning av 130 patienter med samsjuklighet (Drake, McHugo, Xie, Fox, Packard & Helmstetter, 2006). Man har studerat förändring när det gäller psykiatriska symtom, missbruk/beroende, inläggningar, funktionsnivå och livskvalitet. Forskarna fann att efter tio år hade 62,7 procent kontroll över sina schizofrenisymtom, 62,5 procent var missbruksfria, 56,8 procent hade eget boende, 41,4 procent var i arbete, 48,9 procent hade kontakt med personer utan missbruk/beroende och 58,3 procent uttryckte högre livskvalitet. Dessa förändringsfaktorer var oberoende av varandra, det vill säga det råder ett komplext eller multidimensionellt förhållande mellan de olika faktorerna.

Forskarna konstaterar att återhämtningsprocessen pågår över många år och inte bara under de första åren, speciellt nämner man förmågan till eget boende och tillfredsställelse med fritiden. Mängden av aktiviteter, social kontakt och familjekontakter såg man minska när patienterna lärde sig att hantera sin psykiatriska problematik och sitt missbruk/beroende och inledde en process mot ett självständigare liv, arbete och med nyktra/drogfria vänner. De konstaterar också att vad gäller relationen mellan behandling och återhämtning är det svårt att uttala sig om annat än att över tid så minskar behovet av slutenvård för dessa patienter. När patienterna kom in i ett öppenvårdsprogram

så började behovet av slutenvård att minska men de behövde en ganska tät öppenvårdskontakt under en period av minst tre år. Forskarna menar också att kvaliteten i öppenvården var viktig för förändring hos patienterna, som till exempel om behandlaren följde den behandling de använde på ett troget sätt. De sammanfattar sina resultat med att tioårsuppföljningen ger ett hoppfullt långtidsperspektiv för personer med samsjuklighet.

I en annan studie följde man ovan nämnda grupps återhämtning när det gällde missbruk av alkohol, 116 personer under tio år. (Xie, Drake, McHugo, Xie & Mohandas, 2010). Där såg man att patienterna innan en sexmånadersperiod av nykterhet var mer involverade i missbruksbehandling, att de missbrukade mindre (vilket gällde både alkohol och droger), arbetade mer och hade förbättrats både vad gäller psykiatriska symtom och tillfredsställelse i livet. Man konstaterar att för att åstadkomma återhämtning vid komplex problematik krävs mycket mer än att undvika alkohol och droger. Patienterna förändrade många aspekter i sina liv och för dessa personer tycktes nykterhetsperioden innebära en alternativ livsstil som kunde ge dem tilltro till att få ett bättre liv. Resultaten visade också att de som också använde droger tenderade att minska sitt intag av dessa parallellt med en minskning av sitt drickande. I den undersökta gruppen hade de flesta deltagarna, 86 procent, åtminstone en period av sex månaders nykterhet och dessa perioder var relativt långa, en tredjedel återföll inte efter sin stabila nykterhet av sex månader och två tredjedelar återföll efter i medeltal tre års nykterhet. Forskarna framhåller att man i behandlingsprogram kan använda dessa data för att utbilda patienter i att deras liv kan bli substantiellt bättre efter att de har uppnått sex månaders nykterhet och att de kan behöva flera andra förändringar för att uppnå nykterhet som i sin tur kan leda till återhämtning. Forskarna konstaterar att ytterligare studier behövs om återhämtningsmönster för att klargöra betydelsen av att avstå helt från alkohol. De menar att personer med psykiatriska sjukdomar trots nykterhet ofta är sårbara för återfall över många år.

Det tycks som om forskning om behandling för personer med samsjuklighet kommer fram till samma ståndpunkter och resultat som de som forskar kring behandling av personer med svåra psykiska störningar utan missbruk eller beroende: att det är svårt att finna någon

enskild behandlingsmetod som förklarar förbättring och att förbättring/återhämtning sker med hjälp av en kombination av olika metoder.

Arbetsallians är nödvändig

Denhov presenterade 2007 en litteraturgenomgång kallad "Hjälpande relationer i psykiatrisk vård" där hon undersökt vad som funnits vara hjälpande i psykiatrisk vård, dels genom utvärdering av behandling, dels utifrån brukarundersökningar om vad de funnit vara hjälpsamt i deras återhämtningsprocess. En faktor som är betydelsefull vid framgång och förändring vid psykoterapi och annan behandling är arbetsalliansen. "Helping alliance" eller arbetsallians är något som utvecklas mellan terapeut och patient och som har betydelse för resultat i behandling. Arbetsalliansen är en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för ett positivt resultat i psykoterapeutisk behandlingen (Crits-Christoph, Barber & Kuricas 1993). Patienter rapporterar dock positivt resultat av psykoterapi då terapeuterna upplevts som förstående, stödjande, uppmuntrande, insiktsproducerande, känsliga, ärliga, vårdande och intresserade (Lambert, 1986). Denhov (2007) fann i sin genomgång tre gemensamma teman som forskarna var överens om: Arbetsalliansen tycks bestå av samarbete, känslomässiga band samt överensstämmelse om behandlingsmål och innehåll mellan behandlare och patient.

Denhov gör även en genomgång av studier över arbetsallians och samband för positivt utfall för personer med allvarlig psykisk problematik i psykiatrisk vård. Hon kommer fram till att kvaliteten i behandlingsrelationen har betydelse för hur det går för patienter även med svår problematik. Tidigare har man varit tveksam till om personer med svåra psykiska störningar kan etablera en god arbetsallians men forskning har visat att detta är möjligt. Det kan däremot ta längre tid än vid mindre svåra psykiatriska problem. En positiv arbetsallians kan ge bättre underlag för att förutsäga bättre utfall

både på kort och på lång sikt. Behandlare skattar alliansen högre ju bättre patienten fungerar vad gäller allmän funktionsförmåga, arbetsförmåga och sociala relationer. Forskning saknas om huruvida alliansens betydelse är lika stor, större eller mindre vid annan behandling än vid psykoterapi.

Denhavs litteraturgenomgång berör även undersökningar om brukares beskrivningar av hjälpande professionella. Brukares exempel på kännetecknen hos hjälpande personal och upplevelse av enskilda behandlare kan sammanfattas enligt nedan:

Kännetecknen hos hjälpande personal:

- Hopp, de tror på en god prognos för patienten
- De har positiva känslor gentemot patienten
- De ställer upp, patienten har känslan att de kan hjälpa även utanför behandlingstillfällena om nödvändigt
- De har intresse för människan i patientrollen, relationen är unik, de stöder patientens egna val och strategier och framstår som personer
- De upplevs som att de tar sig tid, finns kvar, ger respons och gör något extra
- Möter patienten som en unik person, som inte bara är dysfunktionell utan också har erfarenhet och kunskap om sig själv

Behandlaren upplevdes som en vän men skilde sig från en privat vän genom att:

- Patienten inte behövde intressera sig för behandlarens problem
- Behandlaren har tystnadsplikt
- Behandlaren är inte privat involverad med patientens närstående
- Behandlare kan belastas utan att hennes/hans tålamod tar slut

4. Utvärderingens genomförande

Syfte och frågeställningar

Partille kommun ville undersöka om samordningen mellan förvaltningarna av bedömning och beslut om insatsen ”resursgrupp med två vård- och stödsamordnare” leder till förändringar i brukarnas livssituation. Kartläggning och uppföljning av livssituation, insatser av vård och stöd som getts brukarna från socialtjänst, sjukvård och andra två år innan och två år efter beslut om insatsen vård- och stödsamordning var en del av metoden. Men det främsta intresset var att få brukarnas egna beskrivningar av på vilket sätt insatsen fått effekt.

Specifika frågor av intresse var:

Har samordning av insatser lett till konkreta förändringar i brukarnas livssituation?

Har droganvändningen minskat?

Hur upplever brukarna metoden resursgrupp?

Säger någon nej till metoden och i så fall varför?

Tillvägagångssätt

Brukare

Fokus för undersökningen var brukarnas upplevelse av förändring av livssituationen utifrån ett nytt arbetssätt för samverkan mellan social- och arbetsförvaltningen och vård- och omsorgsförvaltningen. Utvärderingen skulle följa hur personernas liv såg ut två år innan de fick insatsen vård- och stödsamordning och hur det såg ut två år efter insatsens början. Frågeställningarna avsåg förändring av användning av alkohol och droger, inläggning inom sjukvård eller behandlingshem/LVM, upplevelse av insatsen och om den medfört att den enskildes livssituation förändrats. Data från både kvalitativ och kvantitativ metod har använts för att värdera förändring och upplevelse av brukarnas livssituation.

För att kunna ta del av vilka personer som ingick i målgruppen, dokument som personakter, utredningar och beslut om insatser samt

patientjournaler, fick utvärderaren skriva på Partille kommuns blankett om tystnadsplikt. För genomförandet av utvärderingen utarbetades en blankett med förfrågan om deltagande och informerat samtycke till brukarna.

Se bilaga 1: ”Samtycke för deltagande i utvärdering”.

Kontakt togs med samordnaren för stöd- och beroendeteamet för att informera om utvärderingen och diskutera vilka skattningsskalor som var lämpliga att använda samt hur man kunde gå tillväga för att hitta personer som ville delta i undersökningen. En lista över brukare som ingick i målgruppen gick igenom och plats för intervjuerna diskuterades. Valet föll på att träffa brukarna i deras hemmiljö så långt som möjligt då det är där de är vana att träffa vård- och stödsamordnare och boendestödjare.

Kontinuerlig avstämning har gjorts under undersökningsperioden dels med uppdragsgivaren och dels med de två vård- och stödsamordnarna i stöd- och beroendeteamet angående de brukare som samtyckt till medverkan i undersökningen.

Datainsamling

Förändring hos brukare

Uppgifter om insatser och livssituation två år innan beslut om insatser om vård- och stödsamordning och efter två år av insatser inhämtades genom:

a) *personakter*: utredningar om bistånd utifrån SoL, LVM, LSS m.m.

b) *patientjournaler*, insatser utifrån HSL som antal inläggningar, vård dagar, diagnoser.

Förändring vad gäller alkohol- och drogmissbruk/beroende inhämtades genom upprepade skattningar under undersökningsperioden med hjälp av två självskattningsskalor, AUDIT och DUDIT. Bedömning av den behandlingsfas som brukaren befann sig i gjordes av vård- och

stödsamordnare eller boendestödjaren genom Behandlingsskala för alkohol och drogmissbruk. För presentation av skalorna, se bilaga 2.

Brukares upplevelser av förändring

En intervjuguide arbetades fram utifrån uppdragsgivarens frågeställningar. Intervjuerna gjordes individuellt med de personer som haft vård- och stödsamordnareundersökningsperioden. Frågornas fokus lades på vilken insats man hade, den enskildes upplevelse av insatsen vård och stödsamordning, insatsens påverkan på livssituationen och den enskildes upplevelse av livskvalitet. Se bilaga 3, Frågeguide Brukare.

Huvudfrågorna ställdes på samma sätt till alla deltagarna men fick ibland omformuleras och följas upp utifrån personens förmåga att svara och uttrycka sig. En anpassning behövde ibland göras med hänsyn till psykiatrisk problematik, funktionsnedsättning och i något fall till ålder. Till exempel förstod bara två äldre personer innebörden av ordet livskvalitet och frågan om livskvalitet fick formuleras om till: "Vad vill du ha ut av livet?". Frågan syftade till att få en bild av deras förväntan inför framtiden och om deras tankar och förhoppningar om möjlig förändring i sina liv. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades ord för ord.

Beskrivning av nytt arbetssätt för samverkan: intervjuer med chefer, handläggare och utförare

För att beskriva samverkansprocessen mellan de två förvaltningarna vad gäller handläggning inför insatsen om vård- och stödsamordning, gjordes intervjuer med enhetschefer i samverkan, handläggare och utförare. En frågeguide utarbetades med frågor om tidigare arbetssätt, förändrat arbetssätt, fördelar och nackdelar med förändrat arbetssätt och förändringar i det vardagliga arbetet. Se bilaga 4, Frågeguide Chefer, handläggare och utförare.

Utförares bedömning av förändring hos brukare

Båda vård- och stödsamordnarna har intervjuats om arbetsgången inom SoB-teamet och om deras arbetssätt. Utförarna fick även göra en skriftlig utvärdering utifrån kategorierna upplevelse av att ge vård- och stödsamordning/boendestöd, förändring av livssituation och livskvalitet för den enskilde. Syftet var att jämföra beskrivningen av upplevelse av arbetsallians, förändring av livssituation och långsiktigt mål mellan brukare och utförare. Se bilaga 5.

Databearbetning och dataanalys

Brukare, personakter, utredningar, sjukvårdsjournal och skattningsskalor

Insamlat material från personakter, utredningar från social- och arbetsförvaltningen och vård- och omsorgsförvaltningen, sjukvårdsjournal och skattningsskalor sammanställdes i tre tabeller varje brukare för sig under åren 2009 till och med 2013. Resultaten har sedan sammanfattats och presenterats i löpande text så att ingen enskild person kan identifieras.

Intervjuer med brukare

Målet för en kvalitativ forskningsintervju är att formulera en berättelse som gör rättvisa åt intervjupersonernas historier om sin livsvärld och som samtidigt ger ny giltig kunskap till läsaren (Kvale, 1997). Analysen av intervjuerna följer Kvales beskrivning av metoden meningskoncentrering. Intervjuerna med brukarna skrevs ut ord för ord av intervjuaren. Texten lästes igenom för att få en helhetskänsla av innehållet. Sedan fasställs meningsenheterna så som de uttrycks av intervjupersonen. Därefter formuleras de teman som framstår så enkelt som möjligt. Analysen har eftersträvat att komma nära brukarnas beskrivning när det gäller vissa teman som upplevelse av insatsen vård- och stödsamordning, förändrad livssituation och tankar om livskvalitet. Genom analysen har även andra övergripande teman/kategorier upptäckts, utöver de frågeställningar som specificerats i undersökningens syfte.

Intervjuer med chefer, handläggare och utförare

Totalt har elva personer intervjuats: chefer, utförare och handläggare. Intervjuerna har gjorts under sommaren 2012 och under våren/sommaren 2013. Intervjuerna gjordes på respektive persons tjänsterum.

Dessa intervjuer har analyserats på samma sätt som brukarintervjuerna förutom att de inte spelades in utan skrevs ned under intervjun. Den sammanfattande texten har lästs och godkänts av de intervjuade för att korrigera eventuella missuppfattningar. Därefter har texten lästs igenom och sammanställts utifrån teman om tidigare arbetssätt, förändrat arbetssätt, fördelar och nackdelar med förändrat arbetssätt samt förändringar i det vardagliga arbetet.

Beskrivning av målgruppen

I framställningen av målgrupp, svarsgrupp och bortfallsgrupp när det gäller brukarna har enkel beskrivande statistik använts. Målgruppen är för liten för statistisk bearbetning utöver snittningsvariabler som ålder och dagar i behandling.

Brukare som beviljats insatsen vård- och stödsamordning och boendestöd under 2011 var 20 personer, sju kvinnor och tretton män. Åldersspannet var från 20 till 58 år. Tio brukare är mellan 20 och 30 år, fyra mellan 31 och 40 år, fyra mellan 41 och 50 år och två över 50 år. Medelåldern i gruppen är drygt 35 år (medianålder 32 år). Det är en liten undersökningsgrupp och svårt att dra några slutsatser men ålder tycks inte spela någon avgörande roll för om personen accepterar insatsen vård- och stödsamordning och boendestöd.

Hälften av brukarna (10 personer) har under undersökningsperioden tillfrågats om medverkan. Två brukare ville inte delta i undersökningen. Åtta brukare samtyckte till att delta i undersökningen genom intervju och sex intervjuer har genomförts. En av brukarna avled innan intervjun hann genomföras. Den andra brukaren har erbjudits tre tider för intervju men uteblev vid två tillfällena och var påverkad vid ett tillfälle varför intervjun inte kunde genomföras.

Intervjuerna var tänkta att företrädesvis göras hemma hos brukaren med det blev bara så i ett fall. Två intervjuer gjordes på en dagverksamhet, två intervjuer gjordes på Beroendeklinikens öppenvårdsmottagning i samband med besök hos behandlare och en intervju gjordes på vård- och stödsamordnarens kontor i samband med återbesök. Intervjuerna har genomförts under 2013, från februari till november månad.

Den andra hälften av brukarna har inte tillfrågats då två avlidit innan de hann tillfrågas om deltagande och åtta var avslutade eller undantagna från undersökningen. De som undantagits från undersökningen har under perioden antingen varit i aktivt missbruk eller starkt påverkade av sin psykiska sjukdom. Vi har därför valt att avvakta tills de skulle kunna delta i intervjun men något sådant tillfälle har inte getts under undersökningsperioden. Några av dessa brukare har under undersökningsperioden befunnit sig inom så kallad köpt vård. Tre

brukare som beviljats insatsen påbörjade inte någon kontakt efter informerande samtal eller tackade nej till insatsen. Att så många som hälften inte har varit tillgängliga för att medverka i en intervju belyser den komplicerade bilden av samsjuklighet som finns hos denna grupp.

Beskrivning av målgruppen cirka två år efter beviljad insats om vård- och stödsamordning

Vid uppföljning under december 2013 framkommer att av de 20 brukare som beviljats insatsen under 2011 har åtta brukare, fem kvinnor och tre män, kvar vård- och stödsamordning och boendestöd. De har haft kontakt med utförare från stöd- och beroendeteamet i genomsnitt 34 månader, det vill säga en kontakt som varat under nästan tre år. Åldersspannet är från 22 år till 49 år där fem är yngre än 35 år.

Åtta brukare, en kvinna och sju män, har avslutat insatsen. De som avslutat kontakten gjorde detta efter i medeltal 17 månader eller cirka ett och ett halvt år. Åldersspannet i denna grupp är från 22 till 60 år och även i denna grupp är fem personer yngre än 35 år.

Redovisning av kontakt med brukare som sagt nej eller avbrutit insatsen

Det fanns en mindre grupp om tre män som inte kom igång med insatsen. De träffade kontaktperson från stöd- och beroendeteamet för ett till två informerande samtal men insatsen påbörjades aldrig. Åldersspannet bland dessa är från 22 till 40 år.

I frågeställningarna som skulle undersökas fanns frågan om vilka som säger nej till insatsen och i så fall varför. Tre i gruppen brukare som avslutat eller inte påbörjat insatsen har utvärderaren haft kontakt med på telefon för förfrågan om intervju om varför de inte velat ha insatsen. De tre har inte velat medverka genom hel intervju men har svarat kortfattat om varför de sagt nej. Sammanfattningsvis kan man säga att två personer tyckte sig inte kunna få det de ville genom insatsen och en person tyckte att han inte behövde insatsen då han klarade sig själv.

Avlidna

Fyra brukare är avlidna vilket innebär en femtedel eller 20 procent av hela gruppen. Medelåldern för de avlidna är drygt 48 år. Dödsorsakerna är relaterade till olyckshändelse på grund av återfall för en person, för de andra är

dödsorsaken okänd men dålig somatisk hälsa förmodas ha bidragit till dödsfallet. Inget av dödsfallen är rapporterat som suicid. Detta bifynd indikerar att det är viktigt att man är

observant på somatisk samsjuklighet utöver psykiatrisk samsjuklighet när det gäller personer med missbruk eller beroende.

5. Resultat brukare

Undersökningsgruppen består av sex personer, fyra kvinnor och två män. De resultat som kommer att redovisas bygger på uppgifter från intervjuer, skattningsskalor, psykiatrisk journal och personakt.

Redovisning av insatser från socialtjänsten

Alla brukarna har haft ett par års kontakt med handläggare inom social- och arbetsförvaltningen på grund av sina missbruks- eller beroendeproblem och flera av dem har haft så kallad köpt vård eller bott på stödboenden inom kommunen innan de blev aktuella för utredning och bedömning om insatsen om vård- och stödsamordning. Genom tillskapande av stöd- och beroendeteamet med vård- och stödsamordnare och boendestödjare för klienter med samsjuklighet och komplexa vårdbehov gavs det möjlighet att hitta ”hemmaplanslösningar” för denna grupp. Gemensamt för alla brukare är att de har kontakt med socialsekreterare. Insatser därutöver är beroende av var i återhämtningsprocessen som brukaren befinner sig. De sex brukarna har kontakt med sin vård- och stödsamordnare en till två gånger i veckan. Fyra brukare har därtill kontakt med boendestödjare en eller två gånger i veckan. Andra insatser som finns i kombination med de ovan nämnda är: daglig kontakt med hemsjukvård för hjälp med medicinutdelning för två personer, stöd genom god man eller förvaltare för två personer samt stöd i föräldrarollen för en person. Inom insatsen vård- och stödsamordning ligger att samla brukarens nätverk både det professionella och det privata utifrån brukarens val. Dessa personer samlas i liten resursgrupp någon gång per månad och stor resursgrupp var tredje månad. Den lilla resursgruppen bestod oftast av vård- och stödsamordnare, boendestödjare, någon närstående och brukaren. Till den stora resursgruppen kunde utöver den lilla resursgruppen även andra involverade behandlare och handläggare bjudas in som brukarens socialsekreterare och funktionshinderhandläggare med flera.

Redovisning av psykiatrisk problematik, behandlingsinsatser och förändring

Utöver insatser från socialtjänsten har alla i undersökningsgruppen behandling eller söker behandling inom Beroendekliniken. Alla brukarna hade flera psykiatriska diagnoser utöver missbruk- eller beroendediagnos. I gruppen finns två huvuddiagnoser, dels ångestsyndrom för tre brukare och dels psykosyndrom för tre brukare. I gruppen med ångestsyndrom finner vi även två personer med personlighetsstörning där en också har en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning i form av ADHD. I psykosgruppen har alla tre även neuropsykiatrisk funktionsnedsättning i form av ADHD, varav en också har ångestsyndrom. Fem brukare har regelbunden behandling inom Beroendekliniken. Fyra brukare har vårdats inom slutenvård och vid varje tillfälle som de har varit inlagda inom Beroendekliniken har personerna bedömts ha substansutlöst tillstånd, ofta ett blandmissbruk. Den vanligaste drogen är cannabis tillsammans med amfetamin och/eller läkemedel. Två av brukarna använder endast en substans, i det ena fallet alkohol och i det andra fallet cannabis. Två av brukarna har inte varit inlagda inom psykiatrisk klinik eller beroendeklinik två år innan eller under undersökningsperioden och inte heller haft LVM-vård.

När det gäller heldygnsvård, vilket innebär sluten vård inom Beroendekliniken och/eller vård på LVM-hem, kan man se två förlopp. Ett förlopp där två brukare har haft tre till sex månaders total inläggningstid varje år, två år innan och under 2011 (det första året av vård- och stödsamordning). Under det andra året av insatsen 2012 har slutenvårdsdagarna minskat för samma brukare till drygt två veckor och under 2013 har de inte haft någon heldygnsvård alls. Dessa brukare tycks ha ett vård- och omsorgsbehov som passerat för eller haft en följsamhet till de insatser de fått. Ett annat förlopp ses hos två brukare som haft mellan en halv till två månaders total inläggning varje år två år

innan vård- och stödsamordningen. Detta har minskat till inga dagar alls under 2011, året då insatsen började. Därefter har antalet slutenvårdsdagar ökat igen de följande två åren, 2012–2013, till en liknande nivå som före insatsen. Detta förlopp kan förklaras av brukarnas tillstånd som för en av dem medfört en längre kontakt- och motivationsfas och för den andre av dem att ett större vård- och omsorgsbehov upptäcktes än vad vård- och stödsamordning kan ge.

Förändring av missbruk eller beroende

Personer med samsjuklighet och svåra funktionsnedsättningar kan ha perioder av missbruk som ofta varierar utifrån grad av psykisk belastning. Under undersökningsperioden har brukare och vård- och stödsamordnare tillsammans gjort skattningar av alkohol- och drogkonsumtion med 18 månaders mellanrum, dels under april 2012 och dels under november 2013. Därutöver har vård- och stödsamordnaren fått bedöma var brukaren befinner sig i behandlingsfasen för sitt missbruk/beroende vid samma tillfällen som alkohol- och drogkonsumtionen skattades.

Vid skattningarna framkommer att en är beroende av alkohol, tre är beroende av narkotiska substanser utan alkoholproblem och två har ett blandberoende. Två i gruppen har oftast ett substansanvändande i samband med psykotiska skov. Vid första skattning/bedömningstillfället bedöms en brukare vara i motivationsstadie, vilket menas att brukaren har kontakt med behandlare och har minskat sitt missbruk under en månad. Fem befann sig i tidigt motivationsstadie som innebär att personen har påbörjat en regelbunden kontakt men inte förändrat sitt missbruk. Vid den uppföljande bedömningen efter 18 månader har en brukare ett bruk av alkohol, är drogfri och finns i återfallspreventionsstadie, vilket innebär att personen är engagerad i någon form av behandling, erkänner sitt missbruksproblem och har varit drogfri under minst 6 månader. Tre brukare är i behandlingsstadie, vilket innebär att de är engagerad i behandling, har erkänt sitt missbruksproblem och varit drogfria under kortare tid än 6 månader. För en brukare finns ingen bedömning och en brukare var i behandling men hade återfallit i missbruk. Under undersökningsperioden syns inte någon dramatisk förändring när det gäller missbruksbilden men en tydlig förändring har skett till att

alla brukarna är i regelbunden behandling och i olika skeden av drogfrihet/nykterhet. De flesta har förflyttat sig från stadie tre (tidig motivationsstadie) på skalan till stadie sex (behandlingsstadie) på en 8-gradig bedömningsskala. För personer med samsjuklighet tar förändring lång tid då problematiken är sammansatt och inlåst i vartannat. Det är väsentligt att göra en kartläggning av vilka substanser personen använder och i vilket syfte för att både brukare och vårdgivare ska förstå hur substansintaget samverkar med den psykiatriska problematiken.

Brukarnas beskrivning av upplevelse/utbyte av insatsen vård- och stödsamordning

Intervjuerna med brukarna har lästs igenom och innehållet har sammanfattats i tre tematiska områden: upplevelse av insatsen, förändring av livssituationen genom insatsen och vad brukaren tänker om livskvalitet. Utifrån dessa sammanfattningar har andra tematiska kategorier hittats som handlar om brukarens upplevelse av relationer till främst sin vård- och stödsamordnare och personer i lilla resursgruppen. Dessa kategorier är: bemötande, kontinuitet, följsamhet och tillgänglighet samt en kategori som handlar om brukarnas livsmål/livskvalitet och önskan om normalitet.

Som grupp betraktad tycks det som om kvinnorna varit mer benägna att ge samtycke till och att delta i undersökningen. Det är också kvinnorna som har lättare för att beskriva sin upplevelse av vad insatsen innebär för dem och deras livssituation. Man kan också säga att vissa psykiska tillstånd som psykos och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning kan medföra en hämning som gör det svårt att tänka och reflektera över den situation man befinner sig i och därför uttrycker detta på ett mer konkret sätt.

I framställningen kommer den utförare som har uppdraget som vård- och stödsamordnare för brukaren att betecknas kontaktman, i citaten förkortat med KM.

Upplevelse av insatsen

Intervjun började med att syftet med utvärderingen presenterades och brukaren fick beskriva de pågående insatserna som ingår i vård- och stödsamordning. För samtliga brukare innebär vård- och stödsamordning i första hand kontakten med den person som har uppdraget som vård- och stödsamordnare (benämnd kontaktman/KM). De flesta beskriver i första hand hur

ofta de träffar denna person och vilken betydelse han eller hon har för dem. Därefter nämner man den person som är boendestödjare och andra i lilla resursgruppen. Kontaktmannen uppfattas som en person som har hjälpt till med det mesta och som har följt med genom olika skeden och hjälpt dem att få en bättre livssituation. Även andra personer som brukaren har haft kontinuerlig kontakt med under åren, som socialsekreterare eller god man, är personer som beskrivs som hjälpsamma. Men det är kontaktmannen som upplevs speciellt förstående, hjälpsam och ovärderlig.

Brukare 1: [Socialsekreteraren] ... har hjälpt mig sedan första kontakten med socialtjänsten
[Men KM] ... förstår på ett helt annat sätt ..., ... bra till allt jag behöver hjälp med.

Brukare 2: [KM] ... har fått ordning på mitt liv, ... har fixat så där att jag kom till öppenvård rätt... Och fått då världens bästa läkare, och fått då min diagnos ADHD och fått Concerta då som gav mej livet tillbaka. Jag hade nog tagit mitt liv annars. Så det har KM löst ...
Jag vet inte hur jag skulle klara mig utan dom [utförarna i SoB-teamet], jag vet inte. Jag hade inte gjort det, det kan jag lova.

Brukare 3: Vissa hatar ju sina socialsekreterare men jag har alltid haft bra kontakt med mina socialsekreterare. Det har alltid hjälpt mig mycket och särskilt KM har varit till stor hjälp verkligen. ... KM var en av dom som hjälpte mej, KM följde med mej till psykakuten, KM körde mej. Och jag hade kontakt med öppen psyk. här nere i ...(ortnamn). KM hjälpte mig liksom att ringa samtal och skjutsade mej hit och dit fast jag vet inte riktigt om KM gjorde det på sin arbetstid. KM var väldigt så och kom upp och kollade lägenheten för ett tag så hade jag en psykos då, så jag låg ju bara i lägenheten och då ringde KM ambu-

lans vid nåt tillfälle. Sen så efter den där jobbiga, jobbiga tiden så hjälpte KM mej med praktiska saker som att köra mej till läkare, när jag inte pallade att gå ut då för jag har sån där social fobi. Och hjälpte mej med det, och haft en massa samtal. Det är hur mycket som helst! Som verkligen har betytt jättemycket för mej.

Det är tydligt att för dessa brukare är det personen och inte modellen vård- och stödsamordning som är hjälpsam. För andra brukare (som i citaten nedan) handlar upplevelsen mer om den egna känslan av hjälpen och vad de gör tillsammans än en beskrivning av relationen till kontaktmannen och boendestödjaren.

Brukare 4: [Om boendestödjarna]: De hjälper mig med att åka och handla och promenera och så ... Vi åker och simmar, och kollar film ibland ... och vi sitter och samtalar och så.

[Om KM]: Vi samtalar och vi gör röstskola och vi gör olika formulärer och sånt.

[Om hjälpen]: Upplever den på ett bra sätt. ... Att komma in i naturliga vanor liksom, så jag inte blir så isolerad hemma ... Innan ville jag inte detta, för jag ville inte involvera mer personer i mitt liv så här, men det har visat sig bli ganska bra. ...mår bättre psykiskt ... gladare ...får en naturlig vardag ...blir mindre förvirrad.

Brukare 5: [Om hjälpen] Den är väl bra, behövt. Jag klarar ju inte min vardag själv, jag vet ju inte ens vad det är för nåt. ... Så, de [boendestödjarna] hjälper mig att handla och att städa, [ohörbart] samtal, såna typ normala grejer. Fobistöd, släpa mej ut. De har fått mej att minska mitt missbruk, som fan om man ska säga så.

... det är så att jag ska komma med egna förslag vad jag ska göra. Men jag är dålig på sånt. Ibland kan det vara så att de ser vad som behövs

göras men dom säger inte det, tills jag märker det själv. Jag gör typ inte det ... dom är väldigt bra.

... Det är jobbigt när man inte träffar dom, dom dagarna i veckan när man inte ska träffa dom får jag nästan panik, typ, men sen är dom där kvällstid för det är då som jag mår dåligt. Ibland ringer dom nåt ställe så att de kollar mej på nätterna också. KM har på sin jobbtelefon fram till tio för min skull, så jag kan ringa när det är kaos. Det är bra! ... Det är bra att de kan komma akut när jag är jättedålig. ... De behandlar mig inte som jag är konstig på nåt sätt.

En i den intervjuade gruppen har avbrutit sin insats men efter några månader återgått i insatsen i samband med utskrivning från slutenvård. Denne brukare, se nedan, uttrycker ambivalens till insatsen och kan inte riktigt se på vilket sätt insatsen kan användas. Brukaren resonerar återkommande med sig själv om nyttan och möjligheten med insatsen under intervjun. Nedan redovisas citat från olika tillfällen under intervjun.

Brukare 6: Det är många gånger jag funderar på det, varför har jag det [vård- och stödsamordning] egentligen?.. Också boendestödet det, ja, jag vet inte det kanske är positivt på sitt sätt men, jag tycker inte att det händer ingenting alltså ... Nej, sen ska man vara ärlig att säga..att det har inte kommit igång ännu, jag försöker ju i alla fall, det gör jag ju, men bollen ligger ju hos mej... Ibland fattar jag inte varför jag har dom heller och ibland fattar jag det. Dom är snälla i sig ...[utförarna i SoB-teamet] det är inget fel i dom. Det är bara det att jag passar inte i den kostymen så att säga ... Jag vet inte. Det är väl bra om man ska tänka positivt att jag har dom annars skulle jag inte kunnat komma hit idag. ... Jag har för mycket integritet, det har jag. Jag blandar aldrig privatliv med arbete, om man säger så. Privatliv är

privatliv och arbete är arbete. När jag säger arbete så menar jag boendestöd för det är som ett arbete för mig. Visst är dom snälla men det är jag som inte Jag ser det som en möjlighet, jag är en opportunist tar tiden i akt, jag kanske ska vara lite medgörligare kanske. Men jag går i sådana tankar också vad har ja dem till, det gör jag.

I målgruppen var det åtta brukare som avbrutit insatsen efter att den pågått i genomsnitt under ett och ett halvt år. Det kan vara möjligt att dessa personer också hade liknande ambivalenta tankar inför insatsen som brukare 6, eftersom de trots allt var kvar under en så pass lång period. Man kanske kan tänka mer i termer av uppehåll/motivationspaus än i avbrott utifrån det som brukare 6 uttrycker om sin process.

Resursgruppsmöten och IP-programmet

Det är sällan som man nämner något om innehållet i metoden eller om resursgruppsmötena. Ett par brukare nämner dock metodiken med skattningar och resursgruppsmöten. De två brukarna är inte positivt inställda till de sidorna av insatsen vård- och stödsamordning. Så här uttrycker de sig:

Brukare 1: ...det är en massa konstiga papper borta hos KM jag vet vad det är för papper..

[Om resursgruppsmötena]: Det är så många jag har runt om kring mej och då ska alla vara med på mötena ... Ja, dom är la trevliga eftersom dom förlänger mej så jag slipper gå hemma, men jag vet inte. Det är som min hjärna inte är direkt vaken oftast...så kommer de på bra idéer så ja, men så tror jag inte på det själv. Utan det är mera att dom sitter och pratar och vad tycker du? Nja..Men om vi gör så här? Men så får dom [bestämma] bara för att jag inte får ihop det i huvudet. Men det brukar bli bra till slut.

Brukare 2: ... och boendestödet är inne på det som KM också är att fylla i dessa lappar som jag hatar. Både (nämner annan brukare) och jag spyr på dom och dom ska göra statistik

och kolla och dom tittar och ...
Ja, jag förstår hur dom tänker men
det tycker jag inte om och kommer
aldrig att tycka om.

[Om resursgruppsmötet]: Vad tänker jag om dom. Alla är bra, snälla tjejer. Kalas. Det är bara det att jag träffar dem i de sammanhang där jag själv sitter och tycker det är väldigt jobbigt. Jag är vuxen och ... och så sitter det 7–8 människor och bara tittar på mej och pratar om mej och vad som ska hända både positivt och negativt, ..så börjar jag kanske gråta ..ja, så sitter alla och tittar så skruvar de på sig det tycker jag är skitjobbigt. ... små skitningar ska sitta och bestämma vad jag, förlåt att jag uttrycker mej så, biståndshandläggaren är kanske 25 år. Men det är ingen som kränker mej eller så. Men jag känner mej kränkt. ...Men vi ska försöka dra ned på det där lite. Sen kan det vara jättebra resursgruppsmöten med liten grupp. Det är ju inte farligt, jag sitter ju med KM och boendestödjure en gång i månaden och planerar och det tycker jag inte är jobbigt det minsta.

Det tycks som brukarna förstår vad skattningskalorna och andra dokument de fyller i är till för men de har inte tagit till sig på vilket sätt det kan vara till nytta för dem själva.

Detsamma tycks präglade upplevelsen av den stora resursgruppen. En känsla av anspänning och nervositet dominerar då det är många deltagare som brukarna inte känner tillräckligt bra för att känna sig trygga tillsammans med. För den ena av brukarna är de stora resursgruppsmötena så frustrerande att mötesfrekvensen kommer att glesas ut.

Förändrad livssituation

Beroende på brukarens förmåga att formulera sig och berätta kan svaren bli långa berättelser på vägen fram till nuvarande livssituation. För andra blir det mer uppräknings av konkreta förändringar i vardagen som de anser är en konsekvens av det stöd och hjälp de har fått. I framställningen fokuseras på förändringarna som brukaren kopplar till insatsen.

Brukare 1: Minskat drogande, står inte med A-lagarna. ...Fått hjälp att kontrollera mej... fått praktikplats ... blivit gladare, positivare och mer social ... Fått ett roligare liv med mer omväxling.

Brukare 2: Jag tror att en kombination med medicinerna och de här personerna [utförare i SoB-teamet] det är tack vare det jag lever. Jag är helt övertygad om det. Då hade jag inte haft, det hade inte varit ...Ingen trygghet ... och att veta att det är någon som jobbar på att det ska bli bra för mej, att det ska bli bra för mej igen, och vill mej väl framför allt. ... och ser till att det inte blir misär. Och försöker så gott de kan att lyssna till det jag säger och gå mej till mötes. ... Det är sant. Min lägenhet har varit som en knarkarkvart fast utan kanyler och sånt. Det har vart så, jag släpper inte in nån, jag drar ned persienner. Detta var för typ tre, fyra år sedan. Så fick jag hjälp från soc. att betala en kvinna att, jag var på behandlingshem och hon kom ned till mej och var hos mej i en vecka och slet som ett djur och fick ordning på den här jävla misären. Sen dess har jag varit noga med att nu är det stökigt, jag kan mått dåligt, kom igen. Jag kunde börja fixa till det när jag fick den här medicinen. Men som sagt nu är det på väg att bli så igen. Jag måste ta itu med det. ...Det vill jag att du stryker under att de har hjälpt mej med strukturen i vardagen.

Brukare 3: Ä, dels att jag har fått de här chanserna att åka på behandlingshem, och jag har verkligen fått det jag har velat ha. När jag har sagt att jag måste ha hjälp med det här. Kan ni hjälpa mej, nu orkar jag inte med det här. Hade jag inte haft ..men socialtjänsten blir ju inkopplade ändå när man har så pass mycket missbruk som jag har haft, hade jag nog inte varit här idag. T. ex, hade jag inte haft nån lägen-

het. Och det är när jag fick lägenhet efter LVM:et och så var det verkligen på tiden att jag kände att nu pallar jag inte med längre, det var lätt att det klicka då också. Och sedan att jag har fått chansen att komma till de här ställena och gått igenom mej själv alltså olika behandlingar 12 steg och ja, alla jobbiga grejer som man kanske måste reda ut innan man kan komma vidare.

Det var mycket viktigt att få en grund till något eget, ett hem att stänga en dörr omkring mej. De valde att satsa på mej och jag lämnade prover. KM och socialtjänsten har funnits med hela tiden. ... Jag får vänja mig vid att vara ute i samhället igen en omställning. Besök på Teambo en gång i vecka och besök av KM en gång i veckan antingen hos mej eller på mottagningen. Vi gjorde olika frågeblanketter och så fick jag prata av mig... Så jag fick arbetsträna. Jag var jättenervös, hade inte gjort något på 10 år sedan skolan. Började lagom med timmar. Det var inget konstigt att gå dit alla hade något problem, det passade perfekt att vara där. ... Arbetsträningen är främst att komma ut i samhället och umgås med folk nykter, en social grej. Få rutin, passa tider, det är skönt det är så länge sedan jag gjorde något. Och får känna mej normal som en vanlig människa. ... Nu går jag upp, tar bussen och åker dit, det blir bara bättre, jag ser en skillnad. Jag känner mej mycket friskare, mer som en normal människa, får mer självförtroende. Vardagsbestyren är inget problem, det är mer det sociala utanför, människor. Hur pratar vanligt folk? Har känt mej hemma i missbruksmiljö.

Brukare 4: Det är att jag kommer ut och jag är inte så förvirrad.. får en lite naturligare vardag liksom. ... Ja, det är det att jag kommer ut och så

mindre droger. Ja..ä..(suckar)..jag vet inte.. ... Kommer in i naturliga ramar...blir mindre isolerad hemma...kommer ut oftare. ... Innan dom [utförarna i SoB-teamet] kom in i bilden så fick ju dom [föräldrarna] ta det största ansvaret men nu har dom kunnat avlasta det.

Brukare 5: Inte varit behandlingshem på 4 år. ...Har medfört minskat missbruk (utan fokus på missbruket). ... att våga gå handla själv ... fråga i affären ... blivit mer öppen ... blivit mer självständig

Brukare 6: Men den enda hjälp jag fått från sociala är att jag haft referensboende. Ja, men jag håller ju rent själv, jag tvättar och jag duschar och allt det. Jag kan allt det elementära. Men sen är det ju trevligt att KM kommer in och pratar och så där. ...Det är bara det att jag orkar inte med en massa dadderi, änna. Jag gillar inte det. Jag ska fylla 50 nästa år. ... De har frågat mej om jag vill ha boendestöd, nej har jag sagt det vill jag inte ha. Så har de tjötat på mej ett tag och så har jag sagt jag prövar då. Så var jag förbaskad då sist jag åkte in och sa att jag vill inte ha de, så då var de tvungna att avföra mej då men så tänkte jag att jag kan ta dom igen då.

Har du fått en förändrad vardag genom insatsen? Nej. Det gör det inte. Tyvärr. ... Jag skulle vilja ha nån struktur. Nånting att man vet att man ska göra liksom. KM har föreslagit aktivitetshus men jag har gått på det. Jag resonerar som så att ska jag bli bra i tennis så måste jag spela med nån som är mycket bättre än jag för annars så (ohörbart).

Sammanfattande kommentar

Trots de olika karaktärerna i berättelserna så finns en gemensam tråd om att ha fått mer struktur i vardagen och att det är något som man önskar. Strukturen tycks hjälpa dem att

uppnå andra mål i livet som ligger på olika nivåer utifrån brukarens perspektiv, allt: från att ”komma ut mer” och ”våga gå till affären” mot att ”bli mera självständig”, ”gladare och mer social” till att få ”praktikplats” och att ”arbetsträna” och ”komma ut i samhället och umgås med folk nyktert”. Sammantaget för gruppen tycks insatsen beskriva en positiv utvecklingsspiral där de enskilda personerna finns på olika steg.

Livskvalitet och förhoppningar inför framtiden

Inom vård- och stödsamordning arbetar kontaktmannen med mål och delmål för varje brukare som man gemensamt bestämmer sig för att arbeta emot, se tidigare beskrivning. Det övergripande målet om självständigt liv blir en bild av brukarens förväntan om en framtida livssituation och livskvalitet. I frågeguiden fanns en fråga om livskvalitet dels för att få en bild av brukarnas föreställning om vad de såg som livskvalitet, dels för att brukarna skulle få beskriva sina förhoppningar inför framtiden. Flera av brukarna var inte kända med ordet livskvalitet och då omformulerades frågan till ”Vad vill du få ut av livet?”

Även här är svaren olika utifrån brukarens förmåga att utveckla sina tankar och resonemang. För vissa kan dialogen mellan intervjuare och brukaren redovisas för att få ett förtydligande av vad brukaren menar.

Brukare 1: Att bli drogfri, ...att få riktigt jobb med lön och slippa gå på soc. ... att få en lägenhet med sovrum.

Brukare 2: Man skulle kunnat utveckla det i en hel vecka men livskvalitet är väl.. när man verkligen, verkligen kan säga och känna när folk frågar hur mår du ..att jag mår bra. Det har jag nog aldrig, aldrig känt när jag säger det. Livskvalitet är när man njuter och man har sina barn och det inte händer barnen nåt. Det är tryggt och lugn där liksom. Och att man har vänner, för det har jag inga och det är jag väldigt ledsen för.

Även om den här personen kunde utveckla vad livskvalitet var så ställdes ändå frågan om förhoppningar inför framtiden.

Givetvis vill jag ha tillbaka mina barn hemma. ... Och att jag i

slutändan kan gå till ett jobb. Min dröm är, men jag vet att den inte kommer att slå in, det är att bli behandlingsassistent. Å kunna gå och jobba och må bra. Det är vad jag skulle vilja. Sedan vill väl de att jag ska säga att jag kunde vara utan alla de här människorna runt omkring men det vill jag nog inte vara. Men drömmar måste man ha, det finns ju inte i dagsläget men. ... Jag vill framförallt vara positiv och nöjd med mej själv som den jag är. Det är självkänsla va? Självkänsla. Och inte se allt negativt utan se det positivt.

Brukare 3: Livskvalitet är att kunna ha lugn och ro, kunna umgås med mej själv som jag är, njuta av att bara vara.

Så småningom vill den här personen ha familj och riktigt arbetet. Brukaren har börjat se på utbildningar, vill bli sjuksköterska och håller på att se hur vägen dit kan se ut. Brukaren har grundskola och några betyg på gymnasiet och ska till studievägledning. Kan tänka sig att utbildas till undersköterska först, det går fortare och jobba med äldre eller funktionshändikappade. Brukaren har alltid tagit ställning för och stått upp för svagare personer.

Brukare 4: Livskvalitet....Jag har ingen aning alltså ... Det är att jag skulle bli psykosfri och så. ... nu vill jag bara bli frisk. Det är det jag fokuserar på.

Några ytterligare beskrivningar eller förhoppningar om framtiden vill den här personen inte ge.

Brukare 5: ...detre V:na, villa, Volvo och vovve, ... ha det som andra har, ... men det känns långt ifrån.

Brukare 6: Jag har det för djävligt och det känns inte som det blir bättre. Så är det.

Intervjuaren ber brukaren precisera sig:

Det är det jag inte vet. Jag skulle vilja vara skuldfri, det vet jag. Sen skulle jag vilja vara så pass frisk att jag kunde umgås med min son. Han får bara julklappar och present

och så pengar när han behöver det ... Jo, jag träffar honom men inte så ofta.

Intervjuaren sammanfattar och tar med information från tidigare avsnitt av intervjun: Det är dom sakerna, du skulle vilja ha egen lägenhet med eget kontrakt, du vill bli skuldfri, du vill träffa din son. Är det något mer som du skulle vilja?

Brukaren: Ja, det är tillräckligt.

Intervjuaren: Ja, det är livskvalitet för dig.

Brukaren: Nja, det är ingen livskvalitet, det är det inte. Det enda som är livskvalitet är att träffa sin son i så fall. Det andra är ett nödvändigt ont.

Sammanfattande kommentar

Gemensamt för alla brukarna tycks vara en stark önskan om ”det normala”.

Brukare 1: Bli drogfri, få riktigt jobb.

Brukare 2: Säga och känna när folk fråga hur mår du ..att jag mår bra, ha tillbaka mina barn hemma, att jag i slutändan kan gå till ett jobb.

Brukare 3: Kunna ha lugn och ro, kunna umgås med mej själv, ha familj och riktigt arbete.

Brukare 4: Bli frisk, bli psykosfri.

Brukare 5: De tre V:na. [Villa, Volvo och vovve]

Brukare 6: Vara skuldfri, så pass frisk att jag kunde umgås med min son.

Sammanfattningsvis kan man tolka det som att brukarna i första hand vill känna sig fria från droger och symtom, därefter må bra, känna lugn och ro och vara tillfreds med sig själva. Flera har också en önskan om att kunna umgås med eller leva med sina barn eller i en familj och ha ett arbete att gå till. Brukarna vill ha ett vanligt liv, ett liv som ”vanliga” människor runt omkring dem har.

Bemötande, tillgänglighet, kontinuitet och följsamhet

I berättelserna om upplevelsen av insatsen vård- och stödsamordning så återkommer beskrivningar av de personer som är utförare. Först och främst handlar det om kontaktmannen och boendestödjarna men också om andra som socialsekreterare, god man eller behandlare inom psykiatrin. När de talar om de speciellt

viktiga personerna beskrivs andra aspekter än vad man gör tillsammans. Det handlar mer om hur dessa personer är eller uppfattas. Innehållet i dessa utsagor har delats in i fyra kategorier: bemötande, tillgänglighet, kontinuitet och följsamhet. Man kan säga att det är aspekter av vad som kan innefattas i en arbetsallians eller hjälpande relation.

Brukare 1

Bemötande:

KM förstår mej på ett helt annat sätt, ... för jag gillar nog mera så där lite spark i aschlet, jävlar anamma, annars så sitter jag bara.

Tillgänglighet:

... en gång i veckan måste jag träffa KM ... annars vet jag att jag bara ringer KM om det är nåt jag vill ha, undrar .. det tar bara några minuter så får jag svar.

Kontinuitet:

KM har känt mej i så många år så att får jag inte fram det jag vill ha sagt så kan KM liksom lirka ut det på nåt sätt.

Följsamhet: ... det har hänt mej så mycket det senaste ..då säger KM att det är lättare att fokusera på en sak under tiden istället för en massa saker, därför prioriterar vi pisseprovet .. sen när det ordnat sej så tar vi resten.

Brukare 2

Bemötande:

[Om KM]: ... vi konnektar liksom, man känner ju sådär med en gång om det funkar. KM är sej själv! KM är ärlig, KM .. får mej på andra tankar.

[Om boendestödjaren]: ... är skitbra att prata med, alltså ..ger liksom inte upp. Och det kan va skitjobbigt.

[Om god man]:dömer mig aldrig, aldrig nånsin att han dömer mig. ... säger det du gör med din ”veckopeng”, det du gör får du göra som du vill.

Tillgänglighet:

Och i stort sätt kan jag alltid få tag

på KM,...både KM och boendestödjaren att, ok säger vi kan inte träffas den vecka men jag ringer dej den dan, som nyårsafton jobbade han, vill du att jag ringer och kollar upp hur du mår? Liksom som att dom finns ändå på telefon.

[Om god man]: finns där på sekunden och pratar länge, och förklarar och om jag inte fattar så förklarar [god man] fyrtio gånger.

Kontinuitet:

Ja, ha. KM ser direkt hur jag mår och inte mår. Direkt, så det är inget.. och kan säga till mej direkt ...”nu lugnar du ner dej”, lyssna nu liksom. Och jag tar inte det som kritik, jag är jätteduktig och ta kritik och lägga mej ner och gråta men jag gör inte det när KM säger det. Eftersom jag vet att.. ja...

Följsamhet:

KM. följde med mig till tandläkaren till ex. Jag har ju sån tandläkarskräck. KM kör mej dit, KM går väl emot sina, dom vill att jag ska bussträna dit. Jag kan åka vilken buss, flyg och spårvagn som helst men inte till det stället för jag har så dåliga upplevelser där. Och då ställer KM upp och kör mej dit. Det gjorde KM visserligen på min samtalstid men jag tycker man kan lika väl prata i en bil som på ett kontor. Så vad KM har hjälpt mej, oj oj oj.

Brukare 3

Bemötande:

[Om vård och stödsamordnaren]:är ju som en kompis nu eller så där. ...Vi fick väldigt bra kontakt...

[Om behandlaren vid öppnepsykiatri]: Jo, det känns jättebra. När jag väl kom in så kändes det jättebra med [behandlaren] direkt! Det är inte ofta man känner så när man pratar med nån att det liksom klickar. Och från början då så.

Tillgänglighet:

KM var väldigt så och kom upp och kollade lägenheten för ett tag så hade jag en psykos då, så jag låg

ju bara i lägenheten och då ringde KM ambulans vid nåt tillfälle. Sen så efter den där jobbiga, jobbiga tiden så hjälpte KM mej med praktiska saker som att köra mej till läkare, när jag inte pallade att gå ut då för jag har sån där social fobi. Och hjälpte mej med det, och haft en massa samtal.

Kontinuitet:

Ja, speciellt KM. då som var med när jag var på botten och tills att jag har rättat till mej ganska någorlunda. ... Just nu är jag i utslussningsfasen, men annars har det väl vart varannan vecka. Vi hörs då och då men det är väldigt olika, har det varit. KM har varit med mig så länge i så många år, jag vet inte hur länge KM har varit vård- och stödsamordnare. Det är väl några år nu, det är väl sex år eller nåt kanske.

Följsamhet:

[Om socialsekreterarna]: Och jag har fått väldigt mycket stöd på det sättet att dom har liksom kämpat för mej och dom har trott på mej och hjälpt mej på det sättet.

[Om vård- och stödsamordnaren]: Sen har vi haft samtal bara KM och jag och KM kan komma hem till mej, t.ex. vi kanske bara tar en fika sitter och pratar om livet och vad som helst. Ja, allting har KM hjälpt till med. Både någon man kan prata med om mitt .. förhållande, min pojkvän, hur det går, hur jag känner mej. Sen också den här biten med alla resurstmöten, liksom fixar in alla där och, ja.

Brukare 4

Den här personen ger inga omdömen om de som är inblandade i den behandling och det stöd han får, troligtvis på grund av sitt tillstånd. Vi får inte igång något riktigt samtal och svaren blir oftast enstaviga och konkreta.

Brukare 5

Bemötandet:

...de behandlar mig inte som jag är konstig på nåt sätt.... Ibland kan det vara så att de ser vad som

behövs göras men dom säger det inte, tills jag märker det själv .. dom är väldigt bra.

Tillgänglighet:

Det är bra att de kan komma akut när jag är jättedålig. ... Ibland ring-er dom ett ställe så att de kollar mig på nätterna.

Kontinuitet:

..de har känt mig så länge så de märker på mej om det är nånting, som jag inte ens tänker på.

Följsamhet:

Jag har haft LVM-varning över mig hela tiden men de har inte tagit pissprover. Jag vet inte om det har att göra med att jag varit ärlig.

[Om arbete]: Det är som min social-sekreterare säger: Du säger själv till när du är redo. Det har hon sagt sedan 2006. Bara det gör mig lugnare. Att inte känna någon press på det sättet utan jobba i min egen takt.

Brukare 6

Bemötande: [Om socialtjänst generell]: Jag orkade inte mer Dadda! ...Barnsligheter. Jag vill ha allting korrekt och tydligt, det ska inte vara en massa vel hit och dit. Som sociala hållt på med. Jag förstår mycket mer än vad de tror och förstår. ... Jag känner mej bara lurad.

[Om vård- och stödsamordnare och boendestödare]: Dom är snälla i sig, killarna, det är inget fel i dom. Det är bara det att jag passar inte i den kostymen så att säga...

[Om god man]: Det tänkte jag på ett och ett halvt år. Det kändes så kränkande. ... Andra har hand om min ekonomi.

Från brukare 6 finns det inga uttalanden om de personer vederbörande har omkring sig som passar in på kategorierna tillgänglighet, kontinuitet och följsamhet. Det tycks som den här personen är mycket ambivalent till att ha kontakt med socialtjänsten och lider av att befinna sig i en situation av att inte kunna klara sig själv. Detta tycks finnas underförstått i en utsaga

om boendestödet.

Brukare 6: Det är bara det att jag orkar inte med en massa dadderi, änna. Jag gillar inte det. Jag ska fylla femtio nästa år. Har man kommit så långt, jag har vart med om hälften av mitt liv. Det är jag säker på att jag vart. Jag är inte så jädra ung längre.

Att avsluta insatsen

En brukare är i utslussningsfas. Det innebär att inte behöva socialtjänsten för ekonomiskt stöd då det övergår i aktivitetsersättning, att klara boende, arbetsträning och behandlingskontakter på egen hand. Personen som haft uppdraget som vård- och stödsamordnare/kontaktman kommer att vara brukarens övervakare, så de kommer att fortsätta sin kontakt i den formen.

Brukare 3: Ja! [Skrattar] Det känns skönt men samtidigt lite konstigt på nåt sätt men det känns skönt att bli ..att känna att man kan klara sig själv. Men det är ändå på nåt sätt lite skrämmande. Man har ju alltid haft dom. Vissa hatar ju sina social-sekreterare men jag har alltid haft bra kontakt med mina social-sekreterare. Det har alltid hjälpt mig mycket och särskilt vård- och stödsamordnaren, KM har varit till stor hjälp verkligen. KM är ju som en kompis nu eller så där.

Utförarens uppfattning om arbetsallians, förändring i livssituation och livskvalitet

Vård- och stödsamordnarna fick oberoende av brukarna beskriva sin kontakt med brukarna under kategorierna arbetsallians, förändring i livssituation och livskvalitet. Samstämmighet är stor mellan vad brukarna anger och vad utförarna beskriver när det gäller de nämnda kategorierna. Störst överensstämmelse är det mellan arbetsallians och förändring.

I de redovisade citaten kan man se att i två fall har det varit en längre process än för de andra för att uppnå tillit och arbetsallians. Det är något som också utförarna beskriver. Det har tagit tid att bygga förtroende i relationen till dessa två personer men arbetsalliansen har blivit bättre allt eftersom. I fyra fall har man bedömt att det har funnits en mycket god arbetsallians mellan kontaktperson och brukare

i princip från början av insatsen medan det för resursgruppsarbetet har tagit längre tid. I ett fall lyckades man inte etablera ett samarbete med den stora resursgruppen och brukarens medverkan har avbrutits. I ett annat fall har det konkreta arbetssättet stämt mycket väl med brukarens personlighet och där har resursgruppsarbetet till slut blivit en självklar del. För en tredje har arbetssättet inneburit att brukaren blivit medveten om den egna betydelsen och vikten av att medverka för att nå de uppsatta målen. Den fjärde brukaren tycks inte ha haft några problem att etablera kontakt med sin resursgrupp.

Utförarna beskriver förändringar hos brukarna i form av att de etablerat kontinuerlig kontakt med vård- och stödsamordnarna, boendestödjare och andra behandlingskontakter inom beroendepsykiatrin. Ett par har också kommit iväg till tandvård, något som ofta är eftersatt för denna grupp. De beskriver liksom brukarna att vardagen fungerar bättre genom att någon nu kan gå och handla själv och betala sina räkningar. Andra har fått eget boende. Ett par brukare bedöms ha fått bättre förståelse för sina funktionsnedsättningar eller bättre självkänsla och fungerar bättre i sociala sammanhang. För en annan nämns snabbare återhämtning vid återfall i missbruk och i psyki-

atriska symtom. För alla i gruppen beskrivs att missbruket har minskat även om det inte upphört helt. För en brukare nämns upptäckten av ett större omvårdnadsbehov än vad insatsen vård- och stödsamordning kan tillgodose. Här är missbruket nära förknippat med ökade psykiatriska symtom.

När utförarna beskriver livskvalitet och förhoppningar inför framtiden i relation till de sex brukarna rör det sig om allt från att i ett fall hitta ett särskilt boende med tolerans för återfall och för ett par andra ses målet vara att de klarar eget boende med hjälp av boendestöd. För ett par brukare ses målet vara ett självständigt och "vanligt" liv. En brukare är vid avslutningen av undersökningen i utslussningsfas, har eget boende, försörjer sig genom aktivitetsstöd och är på väg till utbildning.

Utförarna ser ofta att vägen till bättre livskvalitet för brukarna går via längre missbruksfria perioder, genom att utveckla självkänedom och ett förbättrat socialt fungerande. Den återhämtning som man i första hand fokuserar på gäller att bli nykter och drogfri och få ett bättre socialt liv medan den psykiatriska problematiken i övrigt inte berörs. Detta kanske kan förklaras av att utförarna finns inom socialtjänsten och att det är sjukvården som har ansvar för psykiatrisk och somatisk behandling.

6. Resultat handläggare

Vid intervjuerna med handläggarna fick de även svara på frågor om fördelar och nackdelar med det nya arbetssättet och om det inneburit någon förändring i det egna arbetet.

Fördelar med arbetssättet

Både socialsekreterare och funktionshinderhandläggare såg stora vinster för brukaren genom det som stöd- och beroendeteamet bidrar med. Genom insatsen med vård- och stödsamordnare och boendestödjare får brukarna personer som hjälper dem här och nu. Handläggarna menar att brukaren kan få hjälp i ett tidigare skede och utifrån ett tydligt uppdrag baserat på de båda förvaltningarnas utredningar. Den dagliga tillvaron kan fungera bättre med mat, mediciner, behandlingstider och på sikt förhindra långa inläggningar. Brukarna får bättre livskvalitet då de får regelbundenhet i sina behandlingskontakter och arbetar mer med vardagsstrukturen och problemlösning i vardagen. Resursgruppsmötena ger färre möten och färre kontakter för brukaren. Framförallt ser socialsekreterarna utförarna i stöd- och beroendeteamet som en resursförstärkning genom teamets helhetskompetens (missbruk/beroende och psykiska funktionsnedsättningar) som kan strukturera upp vårdkontakterna. Vid förändring i brukarens tillstånd har socialsekreteraren utförarna i teamet att samverka med och kan på så sätt följa vad som händer. Man ser även en fördel i att brukaren får hjälp med att upprätthålla sitt sociala nätverk.

Nackdelar med arbetssättet

Socialsekreterarna ser inga direkta nackdelar med arbetssättet men kan se att en mer individualiserad insats kan utvecklas inom ramen för stöd- och beroendeteamets kompetens. Alla kanske inte behöver både vård- och stödsamordning och boendestöd. Man menar också att nästa steg kan vara att utveckla en arbetsmodell för de brukare som är i köpt vård och som inte är motiverade eller av olika anledningar inte kan ta emot hjälp.

Funktionshinderhandläggarna kan se svårigheter när brukaren är för ”sjuk” för att kunna formulera mål och delmål, om man som handläggare ser större stödbehov än vad brukaren själv önskar samt om brukaren har vård- och stödsamordnare men inte vill ha boendestöd. Det kan också vara en svårighet att social- och arbetsförvaltningen inte har någon egen hemmaplanslösning utan är beroende av bedömning inom vård- och omsorgsförvaltningen för insatsen boendestöd. Funktionshinderhandläggarna har att bedöma funktionsnedsättningens avgränsning och om det är av bestående art. Arbetsmodellen kan innebära ett dubbelarbete och ger en lång process genom de två utredningarna och de två besluten. De framför också att det kan vara svårt för brukaren att se sina rättigheter vid prövning av beslut från två förvaltningar. Det kan också innebära många kontakter för brukaren då det är två förvaltningar som ska följa upp besluten.

Förändringar i det egna arbetet

För båda handläggargrupperna har det nya arbetssättet inneburit att de ska delta i samverkansmöten kring gemensamma ärenden i de så kallad PMS-mötena var sjätte vecka med samordnaren för stöd- och beroendeteamet och sina kollegor inom den andra förvaltningen. Även att delta i de stora resursgruppsmötena har tillkommit, vilket för socialsekreterarna innebär var tredje månad och för psykiatrihandläggarna åtminstone en gång om året inför eventuellt förnyade beslut om insatsen. För funktionshinderhandläggarna har det inneburit fler och mer komplicerade ärenden att sätta sig in i, utreda och bedöma. Socialsekreterarna å andra sidan har märkt att de behöver göra färre LVM-utredningar och att de har mindre vardagsångest genom samarbetet med stöd- och beroendeteamet om brukarna. För socialsekreterarna har teamet underlättat mycket i arbetet eller som en socialsekreterare uttryckte det: ”att de är pusselbiten som fattades”.

7. Diskussion

Resultaten från utvärderingen berör olika nivåer i vad man kallar brukarinflytande och brukarmedverkan. I Socialstyrelsens rapport *Metoder för brukarinflytande och medverkan inom socialtjänst och psykiatri* (2011) beskriver man att stärka brukares inflytande är en del i vägen till en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Med brukare menar man i samma rapport ”personer som får insatser av socialtjänsten” (s 10). Evidensbaserad praktik definieras som den bästa vetenskapliga kunskapen om insatsers effekter, brukarens erfarenheter och begränsningar, den lokala situationen och den professionelles expertis. Socialstyrelsens rapport beskriver tre nivåer för brukarmedverkan/inflytande: system-, verksamhets- och individnivå.

Föreliggande utvärdering berör främst individnivå men även till viss del verksamhetsnivå då man önskade se om det förändrade arbets sättet mellan social- och arbetsförvaltningen och vård och omsorgsförvaltningen påverkade brukarna. I den ena förvaltningen hade man insatsen vård- och stödsamordnare för brukare med psykiskt funktionsnedsättning. I den andra förvaltningen hade man inte haft denna typ av ”hemmaplanslösning” innan beslutet att pröva modellen vård- och stödsamordnare för gruppen samsjukliga, brukare med beroende/missbruk och svåra psykiska tillstånd samt komplexa vårdbehov. Man kan säga att Partille kommun prövar om den evidensbaserade praktiken som fungerar för svåra psykiatriska tillstånd även fungerar för brukare med samsjuklighet.

Individnivå

De brukare som undersökts har varit personer med svåra missbruks/beroendeproblem och med psykiska funktionsnedsättningar som kommun och landsting har delat ansvar för. Det är personer som det tidigare har varit svårt att hitta stöd och behandling för inom kommunen och som tillbringat mycket tid inom någon form av heldygnsvård antingen inom psykiatri eller på behandlingshem. För denna grupp

vård- och omsorgsbehov har en regional och en delregional överenskommelse gjorts som beskriver ett sätt att samverka genom två vård- och stödsamordnare, en från socialtjänsten och en från sjukvården. Partille kommun har skapat en ”hemmaplanslösning” för dessa brukare med komplexa vårdbehov genom samordnade insatser mellan social- och omsorgsförvaltningen och vård och omsorgsförvaltningen, med bedömningar i samverkan mellan socialsekreterare och psykiatrihandläggare som underlag för beslut om insats om vård- och stödsamordnare och boendestödjare. Denna arbetsmodell har tillkommit utifrån de behov som man har funnit för målgruppen inom kommunen.

Frågeställningarna för utvärderingen var om samordning av insatser lett till konkreta förändringar i brukarnas livssituation, om brukarnas droganvändning minskat, hur brukarna upplevde insatsen vård- och stödsamordning med resursgrupp och om någon säger nej till metoden och i så fall, varför? Frågeställningarna har belysts utifrån enhetschefers, handläggares och utförares perspektiv på samverkan och vilka förändringar de ser för brukarna. Brukarna har beskrivit hur de upplever insatsen med vård och stödsamordning, vilka konkreta förändringar de tycker att insatsen medfört och vilka möjliga livsmål de ser för sina liv.

Sex brukares behandlings- och omsorgsinsatser har följts två år innan beslut om vård- och stödsamordning och två år efter (2009–2013) med fokus på perioden 2011 till 2013 för att se eventuella förändringar när det gäller heldygnsvård, drogkonsumtion och förändrad livssituation. Resultaten visar att två brukare inte har varit inlagda alls under den tidsperioden och två brukare som tidigare haft upprepade och långa perioder inom heldygnsvård har under 2013 inte varit inlagda alls. För en brukare har antalet dagar med inläggningar inte förändrats nämnvärt och för en brukare har behov av ökat stöd och omvårdnad upptäckts.

Missbruksbilden har förändrats genom att man kan ser att motivationen till behandling

har ökat, fem av de sex brukarna är i regelbunden behandling och har minskat användandet av alkohol eller droger. Fem av sex är också i regelbunden psykiatrisk behandling inom Beroendekliniken och en brukare väntar på neuropsykiatrisk utredning inom Beroendekliniken. Två brukare är i arbetspraktik. En brukare är i utslussningsfas, då försörjningsstödet förändrats till aktivitetsersättning och personen i fråga arbetstränar och kommer att avslutas inom socialtjänsten efter över tio års kontakt. Man kan se konkreta förändringar hos alla brukarna, i olika grad mot ett mer självständigt liv. Personerna har som mål en önskan om att kunna leva ett vanligt, normalt liv, men är realistiska i sina tankar angående detta och ser att det kan ta tid.

Brukarna ger i intervjuerna enkla och konkreta svar om vad insatsen har medfört för förändring i deras livssituation. Utifrån sin position i återhämtningsfasen ger de exempel som att de vågar gå till affären, att de drog mindre, att de blivit mindre förvirrade, att de är i arbetspraktik, att de blivit mer sociala, att de fått ordning i sin vardag, att de fått egen bostad samt att de fått större självförtroende. De beskriver att förändringen främst är kopplad till relationen de har med kontaktpersonen från stöd- och beroendeteamet men även andra vårdgivare som de möter i insatsen vård- och stödsamordning och arbetsmodellen med resursgrupp. Förändringarna som beskrivs är subjektiva och vardagliga upplevelser av en process mot det "normala" livet med frånvaro av missbruk, sociala fobier och andra psykiatriska problem, där de inte har symtom och där vardagen fungerar: "att gå upp, ta bussen och åker dit (arbetsträningen), det blir bara bättre, jag ser skillnad. Jag känner mej mycket friskare, mer som en normal människa, får mer självförtroende".

Utförarnas beskrivning av förändringar hos brukarna har stor likhet med det som brukarna själva tar upp. Utöver att brukarna har kontinuerlig kontakt med vård- och stödsamordnarna, boendestödjare och sina behandlingskontakter beskrivs förändringar i vardagen. Liksom brukarna beskriver utförarna också vardagen har förbättrats genom att nu de kan gå och handla själv, betala sina räkningar och att någon har fått eget boende. Flera av brukarna bedöms också ha fått bättre förståelse för sina funktionsnedsättningar, bättre självkänsla och fungerar bättre socialt. För några

brukare nämns snabbare återhämtning vid återfall i missbruk och i psykiatriska symtom. För ett par är missbruket nära förknippat med ökade psykiatriska symtom. För alla i gruppen nämns att missbruket har minskat även om det inte upphört helt.

I intervjuvaren framkommer beskrivningar om det som upplevts hjälpsamt där relationen till kontaktpersoner inom stöd- och beroendeteamet och övriga i resursgruppen beskrivs som avgörande. Man kan sammanfatta det som upplevts avgörande i kategorierna gott bemötande, god tillgänglighet, kontinuitet och följsamhet. Det är egenskaper hos den hjälpsamma personen som tycks vara nödvändiga för att brukaren ska kunna känna sig hjälpta men också nödvändigt för att utveckla en hållbar relation för det gemensamma arbetet. De områden som brukarna ger om sina kontaktpersoner har liknande karaktäristika som det som Denhov (2007) beskriver är kännetecknade för en hjälpsam relation och ingår i begreppet arbetsallians (Crits-Christoph, Barber & Kuricas 1993). De överensstämmer även med psykoterapipatienters rapporter om egenskaper hos terapeuter vilka bidragit positivt till terapins resultat: egenskaper som att vara förstående, stödjande, uppmuntrande, insiktsproducerande, känsliga, ärliga, vårdande och intresserade (Lambert, 1986).

Även i beskrivningarna av arbetsalliansen och dess förlopp är brukare och utförare överens om denna process. Först kommer relationen till kontaktpersonen och sedan har arbetsalliansen arbetats upp med de personer som ingår i den lilla och stora resursgruppen. Men det sistnämnda tar ganska mycket längre tid. Arbetsättet med resursgrupp som ingår i insatsen vård- och stödsamordning nämns mycket litet av brukarna i intervjuerna. De som säger något om denna del beskriver stor skillnad mellan att delta i lilla resursgruppen jämfört med den stora. Den lilla gruppen där har brukaren sitt närmaste privata och professionella nätverk omnämns i positiva ordalag. Medan beskrivningarna av deltagandet i den stora resursgruppen domineras av en känsla av anspänning, nervositet och otrygghet då det är många deltagare som brukarna inte känner tillräckligt bra. För de flesta brukarna brukar denna känsla kunna övervinnas men för några få går inte detta då de inte kan komma över känslan av att vara kränkta och i underläge i situationen.

Det optimala hade varit att alla brukare som

beviljats insatsen kunnat delta i studien, men endast åtta personer i målgruppen var kvar i insatsen vid undersökningstidens slut varav sex genomförde undersökningsintervjun. Bortfallet består dels i brukare som inte etablerade kontakt med vård- och stödsamordnaren/boendestödaren och brukare som avslutade/avbröt sin kontakt efter drygt ett år. Ålder tycks inte spela någon avgörande roll för att acceptera, avbryta eller vara kvar i insatsen. Att komma igång med insatsen kräver en lång motivationsfas i kontakten med socialsekreterare/funktionshinderhandläggare för att introducera, utreda och rekommendera insatsen. Efter beviljad insats kan man se en ny period av motivationsfas för brukare och kontaktpersonen i stöd- och beroendeteamet att etablera kontakt, komma igång i utrednings- och kartläggningsfas och att tillsammans formulera behov och mål för insatsen samt etablera resursgrupp med olika vårdgivarna. Det kräver uthållighet och engagemang hos handläggare och utförare samt uthållighet och tillit hos brukarna.

Det kan tänkas att de som inte etablerar eller som avbryter insatsen är alltför ambivalenta inför ett så pass intensivt och krävande engagemang som insatsen vård- och stödsamordning innebär eller inte tycker sig ha behov av en sådan insats. De tre korta svar som ges av brukare från bortfallsgruppen kan ge en antydning om detta. Men det är en för liten grupp för att kunna ge något säkert svar på den frågan. Frågan varför man tackar nej till insatsen återstår att besvara.

Verksamhetsnivå

Enhetscheferna ville genom samverkan få till stånd en "hemmaplanslösning" och förebygga institutionsvård för brukare med komplext vårdbehov som utöver sin psykiatriska problematik också hade missbruks- eller beroendeproblematik. Även tanken om större brukarmedverkan var en bärande idé för samverkansmodellen. Genom samverkan mellan förvaltningarna och stöd- och beroendeteamet tycks en hemmaplanslösning kommit till stånd som är tillräcklig för att förebygga institutionsvård för vissa av brukarna. Några av brukarna har från att ha haft över hundra vårddygn per år, två år innan insatsen, minskat dessa till inga vårddygn alls under det sista utvärderingsåret. Men det tycks också som om man genom vård- och stödsamordning bättre kan upptäcka mer omfattande vård- och omsorgsbehov för vis-

sa brukare. Genom flexibilitet och förändring inom insatsen tycks man kunna förebygga återfall i missbruk, förkorta återhämningsperioden och förhindra eller förkorta inläggning inom beroendepsykiatri och annan dygnet runt-vård. När det gäller visionen om större självständighet och delaktighet i sin vård och behandling så tycks det inte vara något som brukarna uttrycker under intervjuerna, utöver den person som befinner sig i utslussningsfas. Det kan ju vara så att det är något som man tycker är självklart då programmet Integrerad psykiatri, används där det övergripande målet är ett självständigt liv. Man kan också tänka att utifrån de komplexa problem och vårdbehov som dessa brukare har så tar det än längre tid än de två år då insatsen och undersökningen pågått för att brukarna ska uppleva större självständighet i sitt liv. Enhetscheferna hade också tankar om att samverkansmodellen skulle innebära bättre livskvalitet på sikt för brukarna. Här finner vi att alla de sex intervjuade brukarna har tankar om livskvalitet eller förväntningar på sitt framtida liv. Man kan kanske säga att den positiva arbetsallians som brukarna upplevde i förhållande till sina kontaktmän och andra i den lilla resursgruppen kan ha gett ett hopp om möjlighet till bättre livskvalitet. Att klara vardagen kan vara ett led i återhämtning till ett normalt liv där det normala tycks representera livskvalitet för de här personerna. Vid återföring av resultaten i chefsgruppen framförde de att arbetsmodellen förutom att ha gett struktur i brukarnas vardag även medfört en struktur i arbetet för handläggarna som bidragit till kontinuitet och långsiktighet i behandlingen.

Det tycks som om socialsekreterarna har haft större hjälp i sitt arbete genom samverkansmodellen än funktionshinderhandläggarna. För socialsekreterarna har det inneburit att få tillgång till en ytterligare insats som innebär att denna klientgrupp kan få vara kvar i sin hemmiljö med ett socialt nätverk och behandlingskontakter som redan är etablerade. Men även att få, som någon uttrycker det, resursförstärkning och att få arbetskamrater i stöd- och beroendeteamet. Genom samverkan med stöd- och beroendeteamet kan de följa brukarna på nära håll och komma in i ett tidigare skede. Socialsekreterarna ser flera utvecklingsmöjligheter med samverkansmodellen och en fördel i att ha lärt känna funktionshinderhandläggarna och deras arbetssätt. Funktions-

hinderhandläggarna ser precis som socialsekreterarna vinster för brukarna genom stöd- och beroendeteamets dubbla kompetens inom psykiatri- och missbruks/beroendekunskap. De har fått en utökad uppgift genom en för dem ny eller något obekant målgrupp med mycket komplex problematik där det initialt kan vara svårt att bedöma bestående funktionsnedsättning.

Båda handläggargrupperna tar upp dilemmat om brukaren bara vill ha en del av insatsen men måste acceptera både vård- och stödsamordning och boendestöd eller avstå helt. Socialsekreterarna vill se en större individualiserad tillämpning av insatsen. Funktionshinderhandläggarna tänker att utifrån brukarnas funktionsnivå kan det finnas brukare som inte kan ta till sig programmet Integrerad Psykiatri och de ser även komplikationer med två beslut och möjligheten för den enskilde att överklaga. Det tycks som om dessa aspekter var under diskussion vid de förvaltningsövergripande samverkansmötena under utvärderingsperioden.

Sammanfattningsvis tycks det som att samverkansmodellen för de båda förvaltningarna med parallella utredningar, dubbla beslut och samverkansmöten mellan handläggare och utförare ger förutsättningar för integrerad vård och omsorg både inom socialtjänsten och mellan socialtjänst och specialiserad psykiatri, försäkringskassa, arbetsförmedling och andra vårdgrannar. Brukarna får ta del av de båda förvaltningarnas resurser utifrån sina behov och mål, de får stöd i att samordna sina övriga behandlingskontakter för kontinuitet i vården och omsorgen. Ett integrerat arbetssätt som tycks ha stöd inom behandlingsforskning om personer med samsjuklighet psykiatrisk sjukdom och missbruk/beroende med komplexa vård- och omsorgsbehov

Övriga resultat

Under undersökningsperioden var det 20 personer som beviljades insatsen, åtta var i pågående insats och åtta hade avbrutit den under perioden. Fyra personer eller 20 procent hade avlidit under samma tid. Denna procent siffra är mycket högre än vad som redovisas i andra svenska undersökningar för liknande grupper (Öjehagen & Schaar, 2004). Medelåldern för de avlidna var 48 år, cirka 15 år äldre än medianåldern för gruppen. Detta indikerar att när man möter personer med svåra psykiska tillstånd och missbruk/beroende behöver soma-

tisk ohälsa uppmärksammas. Tønnesen skriver i forskningsbilagan till missbruksutredningen 2011 om de somatiska risker som alkohol- och narkotikamissbruk kan föranleda. För alkohol inte bara klassiska alkoholskador som i lever och bukspottkörtel utan än vanligare är ökad risk för lunginflammation och andra infektioner samt komplikationer vid operationer och olycksfall med fördröjd sårsläkning. För injicerande narkomaner finns risk för hepatit och HIV, blodförgiftning, överdoser/förgiftning, undernäring med mera. Förhöjd risk för sjukdomar i hjärta och hjärna liksom för cancer kan även ses. Tønnesen menar att många hälsoskador kan vara latent under en tid och inte ge sig till känna även om de är mätbara vid undersökning.

Avslutande kommentar

Det tycks som om forskningen om behandling för personer med svåra psykiska störningar utan missbruk eller beroende kommer fram till samma ståndpunkter och resultat som de som studerat behandling av personer med samsjuklighet: att det inte finns någon enskild metod utan förbättring kan ske vid en kombination av olika behandlingsmetoder. Långtidsuppföljning av personer med missbruk eller beroende och psykisk sjukdom visar att förbättring för gruppen inte bara sker under intensiv behandling utan även efteråt kan man se att personer med missbruksdiagnos när det gäller alkohol har bättre prognos för nykterhet än de med beroendediagnos (Xie et al., 2010). Som grupp betraktad så förbättrades också andra aspekter hos patienterna som att behärska sina psykiatriska symtom, att klara eget boende, att vara i arbete, att vara i kontakt med icke missbrukande vänner och känna ökad tillfredsställelse i livet. Drake et al (2006) konkluderar att deras tioårsuppföljning gav ett hopfullt långtidsperspektiv för gruppen. Liknande resultat finner man i svenska studier (Olausson 2008; Öjehagen & Schaar, 2004), att om personer med svår psykisk störning och missbruk/beroende är kvar i behandling över tid så förbättras de i flera aspekter utöver missbruks-/beroendeproblematiken.

Arbetsmodellen vård- och stödsamordning innebär att brukaren får stöd att formulera delmål och mål för sin utveckling och tillsammans med sin kontaktperson föra sin behandlingsprocess framåt. Brukaren får stöd och hjälp att samla personer från både privata och professio-

nella nätverk, från socialtjänst, sjukvård, arbetsförmedling, försäkringskassa med flera, som kan vara hjälpande i återhämtningsprocessen. Arbetsmodellen vård- och stödsamordning med uppgiften att samla ihop olika insatser och

behandlingar i samverkan kan bli den pusselbit som saknades för att iscensätta en över tid hållbar och konstruktiv återhämtningsprocess för brukare med komplexa omsorgs- och vårdbehov.

Referenser

Berman, A.H., Bergman, H., Palmstierna, T. & Schlyter, F. (2007). *DUDIT. The Drug Use Disorder Identification Test*.

Crits-Christoph, P., Barber, J.P. & Kuricas, J.S. (1993). The accuracy of therapist's interpretation and development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 3(3), 25-35.

Delregional överenskommelse i LGS – området Götalandsregionen om samarbete och samordning av insatser till vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning 2012-09-12.

Denhov, A. (2007). *Hjälpanande relationer. I psykiatriska vård – en litteraturöversikt*. Psykiatrin Södra, FoU-enheten, Stockholms Läns sjukvårdsområde.

De Witte, N.A.J., Crunelle, C.L., Sabbe, B., Moggi, F. & Dom, G. (2010). Treatment for outpatients with comorbid schizophrenia and substance use disorders: A review. *European Addiction Research* 2010 (20), 105-114.

Drake, R.E., Mueser, K.T., Brunette, M.F. & McHugo, G.J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric rehabilitation journal* 2004:27 (4), 360-374.

Drake, R.E., McHugo, G.J., Xie, H., Fox, M., Packard, J. & Helmstetter, B. (2006). Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin* 2006 (32), 464-473.

Kelly, T.M., Daley, D.C. & Douaihy, A.B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors* 2012 (37), 11-24.

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

Lambert, M. J., Shapiro, D.A. & Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. I S.L. Garfield & A.E. Bergin (eds) *Handbook of psychotherapy and behaviour change. Third Edition* (pp. 157-213). New York: John Wiley & Sons Inc.

Malm, U. red. (2009). *Integrerad Psykiatri. Guiden*. Svenska OTP Practice Foundation.

McHugo, G.J., Drake, R.E., Burton, H.L. & Ackerson, T.H. (1995). A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (12), 762-767.

Norden, T., Malm, U. & Norlander, T. (2012). Resource group assertive community treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: A meta-analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2012, (8), 144-151.

Norden, T., Eriksson, A. & Norlander, T. (2012). Involving clients and their relatives and friends in the psychiatric care: Case managers' experiences of training in resource group assertive community treatment. *PsyCH Journal* 1 (2012), 15-27.

Olausson, S. (2008). *Kvinnor med substansmissbruk och psykisk ohälsa*. Opublicerad doktorsavhandling. Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen. Göteborg.

Partille kommun. (2007). "Samverkan, boende och sysselsättning för personer med dubbeldiagnos".

Partille kommun. (2008). "Vem ska ha Svartepetter – uppdragshandling för utvecklingen av samarbete VOF/SAF gällande samsjukliga".

Partille kommun. (2011). "Beslut angående samordning av insatser till personer med psykiska funktionshinder och missbruk mellan Social- och arbetsförvaltningen och Vård- och omsorgsförvaltningen".

Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter för personer med missbruks- och beroendeproblem. (Artikelnr 2007-102-1). Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011). *Metoder för brukarinflytande och medverkan inom socialtjänst och psykiatri – en kartläggning av forskning och praktik*. (Artikelnr 2011-12-20). Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014*. Stöd för styrning och ledning. Preliminär version. (Artikelnr 2014-3-24). www.socialstyrelsen.se, mars 2014.

SOU 2005:82. *Tungt missbruk*. Bilaga 3, Missbrukarvårdens mål – framgångsfaktorer och hinder.

Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur och Kultur.

Tönnesen, H. (2011). Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk sjukdom. SOU 2011:6 *Missbruket, Kunskapen, Vården*.

Wennberg, P., Källmén, H., Hermansson, U. & Bergman, H. (2006). *The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT*.

Winqvist, I. (2010). "Förslag på hur insatser till personer med psykiska funktionshinder ska organiseras, samordnas och utvecklas i Partille kommun".

Xie, H., Drake, R.E., McHugo, G.J., Xie, L. & Mohandas, A. (2010). The 10-year course of remission, abstinence, and recovery in dual diagnosis. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2010 (39), 132–140.

Öjehagen, A. (2011). Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom. SOU 2011:6 *Missbruket, Kunskapen, Vården*.

Öjehagen, A. & Schaar, I. (2004). *Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem. En långtidsuppföljning av Socialstyrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatrireformen*. www.socialstyrelsen.se.

Överenskommelse mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen om samarbete och samordning av insatser till vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning 2011-11-03.

Bilaga 1

Samtycke för deltagande i utvärdering Arbetsmodell med vård- och stödsamordnare

Partille kommun önskar följa och utvärdera en ny samarbetsmodell som praktiseras sedan mars 2011 mellan vård- och omsorgsförvaltningen och social- och arbetsförvaltningen.

Samarbetsmodellen handlar om insatser till kommuninnevånare med en kombination av missbruk och psykisk ohälsa. Uppdraget har getts till Solveig Olausson som är forskare vid FoU i Väst/GR (Forskning och utveckling inom välfärdsområdet inom Göteborgsregionen).

Syfte med utvärderingen är att se om insatserna ger någon förändring i livssituationen för den enskilde. Synpunkter och information som framkommer ska användas för att förbättra de insatser som ges till kommuninnevånare med missbruk och psykisk ohälsa.

Du kommer också att få berätta om din livssituation och vad du tycker om den vård och det stöd som du får under perioden. Du kommer att få göra en egenskattning av din användning av alkohol och droger. Utvärderaren kommer också att ta del av den dokumentation som finns om dig inom sjukvården och inom socialtjänsten.

Informationen kommer att kodas så att din identitet inte avslöjas. Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan genom att kontakta någon av kontaktpersonerna nedan.

Kontaktpersoner

Partille kommun	Andreas Engelbertsen	telefon: 031-792 18 69
FoU i Väst/GR	Solveig Olausson	telefon: 0702-089 689

Jag ger mitt samtycke till att delta i utvärderingen

Ort och datum.....

Namnunderskrift.....

Namnförtydligande.....

Blanketten upprättas i 2 exemplar. 1 till deltagaren och 1 till utvärderaren.

Bilaga 2

Undersökningsformulär och skattningsskalor

AUDIT (Wennberg, P., Källmén, H., Hermansson, U. & Bergman, H., 2006) är ett formulär för självskattning av alkoholvanor. Personen får en definition av ett standardglas om 4 cl starksprit utifrån folköl, starköl, vin, starkvin och starksprit. Därefter får personen skatta mängd, frekvens och konsekvens av sitt dryckesmönster. Att använda formuläret ses som ett första steg i syfte att hjälpa personen att minska alkoholrelaterade hälsoproblem och risker. Svaren poängsätts och kan ge vägledning om indikation på riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion och alkoholberoende men är inget diagnostiskt test.

DUDIT (Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T. & Schlyter, F., 2007) är ett formulär för självskattning av drogvvanor. Personen får skatta mängd, frekvens, flera droger vid samma tillfälle och konsekvens av sina drogvvanor. Till *DUDIT* finns en lista över droger, illegala såväl som läkemedel, som är tillvänjande. Att observera är att Socialstyrelsen påpekar i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård att all användning av narkotika ur legal synpunkt förutom vid läkarordination är otillåten i Sverige och utredning rekommenderas när poängtalet är 1 eller mer. För män räknas 6 poäng och för kvinnor 2 poäng eller flera som sannolikt drogrelaterade problem, antingen missbruk/skadligt bruk eller beroende. Har personen 25 poäng eller högre är personen med stor sannolikhet beroende av en eller flera droger. För personer mellan 16 och 25 år är riktvärdena för drogrelaterade problem 7 poäng för män och 3 poäng för kvinnor.

Behandlingsskala för alkohol och drogmissbruk (McHugo, G. J., Drake, R. E., Burton, H. L. & Ackerson, T. H., 1995) är en skala för att bedöma var i behandlingsfasen en person befinner sig. Rapporteringsintervallet är de sista 6 månaderna. Skalan omfattar åtta behandlingsfaser: 1) "tidigt engagemangsstadie" där personen inte har kontakt med någon form av behandling, 2) "engagemangsstadie" där personen varit i kontakt med någon typ av behandling men inte etablerat regelbunden kontakt, 3) "tidigt motivationsstadie" där personen har påbörjat en regelbunden kontakt men inte förändrat sitt missbruk, 4) "motivationsstadie" där personen har kontakt med behandlare och har minskat sitt missbruk under en månad, 5) "tidigt behandlingsstadie" där personen är engagerad i behandling, har minskat sitt missbruk under minst en månad och har drogfrihet/nykterhet som mål, 6) "behandlingsstadie" där personen är engagerad i behandling, har erkänt missbruksproblem och varit drogfri/nykter under kortare tid än 6 månader, 7) "återfallspreventionsstadie", där personen är engagerad i någon form av behandling, erkänner missbruksproblem och har varit drogfri/nykter under minst 6 månader samt 8) "frisk/ återställd" när personen inte har några problem som kan härledas till missbruk under det senaste året och inte längre deltar i behandling.

Bilaga 3

Frågeguide: Brukare

1. Kan du berätta om vilken hjälp/stöd/behandling/insats du har från socialtjänst/psykiatri/Beroendekliniken?

2. Hur upplever du den hjälp du får?

3. På vilket sätt har det förändrat din livssituation?
Vad har varit bra? Vad har inte varit bra?

4. Hur var det innan du fick denna hjälp?
Hur var din livssituation då?
 - a. Kan du beskriva någon förändring i din livssituation nu som kommer av den hjälp du fått de senaste ett och ett halvt åren?

5. Vad är livskvalitet för dig?
Hur mycket av detta har du idag?
Vad skulle du vilja ha/uppå utöver det du har nu?

Bilaga 4

Frågeguide: Enhetschefer, handläggare och utförare

Övergripande frågor

Vad innebär det nya arbetssättet?

Vilka förändringar ger det?

- för personal
- för klienter/brukare

Nyckelfrågor

- Hur gjorde man förut?
- Hur gör man nu?
- Vilken är skillnaden? (för handläggare, VSS/boendestödjare och brukare)
- Hur ser man skillnaden i vardagsarbetet?
- Modellens tillämpbarhet för målgruppen, för- och nackdelar

Bilaga 5

Bedömning brukare

A. Upplevelse av att ge insatsen VSS/boendestöd (arbetsalliansen)

B. Förändrad livssituation

C. Livskvalitet och förhoppningar inför framtiden (mål på kort och lång sikt)

Rapporten är en kvalitativ utvärdering av en samverkansmodell inom Partille kommun för personer med komplexa vårdbehov. De personer som är i fokus är de brukare som samtidigt har ett missbruk eller beroende och en psykisk sjukdom samt långvarig funktionsnedsättning och som fått insatsen vård- och stödsamordning. I rapporten beskrivs delar av de överenskommelser som finns mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård i Västra Götaland om vård- och stödsamordning och det förändrade arbetssätt som tillämpningen av arbetsmodellen medförde i Partille kommun. Viss forskning presenteras om arbetsmodellen, om samsjuklighet och vad som kan bidra till återhämtningsprocessen för personer med komplexa vårdbehov.

Ett längre avsnitt ägnas åt brukarnas upplevelser av vård- och stödsamordningen liksom de konkreta förändringar i deras liv som de tillskriver insatsen. Utöver brukarperspektivet speglas även samverkande chefers, handläggares och utförares tankar och upplevelser av det förändrade arbetssättet.

Solveig Olausson är filosofie doktor i psykologi och legitimerad psykolog och psykoterapeut. Hon är anställd som specialistpsykolog vid Beroendekliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och har arbetat med personer med samsjuklighet sedan år 1987.



FoU_i**väst** GR

FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET

Besök Gårdavägen 2 • Post Box 5073, 402 22 Göteborg • Tel 031-335 50 00
Fax 031-335 51 17 • e-post fou@grkom.se • www.grkom.se/valfard