



Linnéuniversitetet

Institutionen för pedagogik, psykologi och idrottsvetenskap

Masteruppsats

Brukares erfarenheter av kontakten med ett lokalt anpassat
Assertive Community Treatment (ACT) Team.

En kvalitativ studie.



Författare: Maria Ahmadikhatir
Handledare: Kristina Berglund
& Anna Georgsson
Termin: VT2012
Kurskod: 5MB35E

Förord

Jag vill tacka brukarna som tillåtit mig att intervjua dem och Case Managers på teamet som gjort denna studie möjlig. Det har varit en lärorik upplevelse att lära känna alla från ett annat perspektiv. Jag vill tacka mina handledare Kristina Berglund & Anna Georgsson på Psykologiska Institutionen vid Göteborgs Universitet. Jag vill speciellt tacka Marie-Anne Roslinder kurator på Beroende mottagning Kviberg som varit en mentor i processen.

ABSTRAKT

Linnéuniversitetet

Institutionen för pedagogik, psykologi och idrottsvetenskap

Missbruks- och Beroendevård, masterprogram, 120 hp

Examensarbete 15hp

Titel	Brukares erfarenheter av kontakten med ett lokalt anpassat Assertive Community Treatment (ACT) team. En kvalitativ studie.
Engelsk title	Clients experiences of contact with a local adapted Assertive Community Treatment ACT team. A qualitative study.
Författare	Maria Ahmadikhatir
Handledare	Kristina Berglund & Anna Georgsson
Datum	Maj 2012
Antal sidor	40
Nyckelord	Brukare, erfarenheter, ACT

Det är av stor vikt att hitta faktorer som leder till bättre livskvalitet för personer med allvarlig psykisk ohälsa. Ofta har dessa personer ett behov av flertal insatser/stöd och behandling samtidigt. En vanlig situation för dessa personer har dock varit att de ”faller mellan stolarna” då ingen instans tar ett helhetsansvar om brukarnas situation, trots den komplexa problematiken. En insats som tar ett samlat grepp om personer med allvarlig psykisk ohälsa är Assertive Community Treatment (ACT) och Case Management. Men det finns idag få studier i Sverige om brukares egna erfarenheter och uppfattningar om insatsen. Med hjälp av den här studien skulle en ökad förståelse kunna uppnås för hur olika typer av insatser och stöd uppfattas av brukarna själva.

Syftet med studien var att utifrån ett antal kvalitativa intervjuer undersöka hur brukaren uppfattade kontakten med ett lokalt anpassat Assertive Community Treatment (ACT) team.

Resultatet visade att brukarna uppfattade kontakten med teamet positivt och den hade lett till förändringar i deras liv i form av de upprätthöll och stannade kvar i vårdkontakter och andra kontakter, hade mer struktur i vardagen och ökad självständighet och stabilitet. Det framkom också att brukaren uppskattade lång inledningsfas, flexibelt och anpassat stöd, samordning, lättillgänglighet och praktiskt stöd i kontakten med teamet.

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	3
<i>Historik</i>	3
<i>Assertive Community Treatment (ACT)</i>	6
SYFTE OCH PROBLEMFÖRMULERING	11
METOD	12
PLANERING OCH GENOMFÖRANDE	13
<i>Deltagare</i>	13
<i>Instrument</i>	14
<i>Analys</i>	14
<i>Etiska aspekter</i>	15
RESULTAT	16
<i>Upplevelse av förändring</i>	17
<i>Vad som uppskattas i kontakten</i>	20
DISKUSSION	24
RESULTATDISKUSSION	25
METODDISKUSSION	30
SLUTSATSER, IMPLIKATIONER	31
REFERENSE.....	33
BILAGA 1.....	I
BILAGA 2.....	II
BILAGA 3.....	III

INTRODUKTION

Psykisk ohälsa innefattar allt från allvarlig psykisk störning, exempelvis schizofreni och bipolär sjukdom till mer allmänna psykiska besvär såsom ångest och nedstämdhet (Statens Folkhälsoinstitut, 2010). Alla former av psykisk ohälsa stör dock välbefinnandet och påverkar individens dagliga liv.

Personer med allvarlig psykisk ohälsa, är en grupp individer i samhället som ofta har många hjälpbehov. Den psykiska ohälsan är ett omfattande funktionshinder gällande att utföra aktiviteter på viktiga livsområden som exempelvis sysselsättning, socialt umgänge och att utföra vardagliga ärenden. Denna grupp är också mer sårbar för att utveckla missbruk/beroende av alkohol och andra droger, samt somatiska sjukdomar (Palmstierna 2004).

Personer med allvarlig psykisk ohälsa som också har ett missbruk/beroende av alkohol och/eller droger brukar definieras som personer med psykiatrisk samsjuklighet (WHO 2010) eller personer med komplexa/sammansatta vårdbehov (Törnblom 2010). Den sistnämnda definitionen eftersom de är i behov av samtidiga stöd och behandlingsinsatser från flera olika verksamheter. Prevalensen av individer med komplexa vårdbehov beräknas vara en promille (1/1000) av befolkningen i Sverige (Palmstierna 2004). För tidig död hos individer med komplexa vårdbehov är åtta gånger högre än hos normalbefolkningen (Socialstyrelsen 2004).

Det finns flera teorier om varför samsjuklighet är vanligare bland personer med allvarlig psykisk ohälsa jämfört med befolkning i stort. En hypotes är att dessa individer använder alkohol och droger för att stabilisera och reglera sitt psykiska mående vilket ofta benämns som "självmedicineringshypotesen" (Svensson, 2003; Lundberg, 2004; Kihlström, 2007). Enskilda faktorer som forskningen fokuserat på som delförklaringar till den ökade prevalensen hos dessa personer är socialisering, att få ökad acceptans, grupptryck, att underlätta för kontakt med andra människor (McKeon & Carrick 1991). Andra faktorer som också anses vara relaterade är fattigdom, neurokognitiva skador,

och personlighetsstörning (Nordström 2007). Det finns också teorier som förklarar den ökade prevalensen med att dessa personer har en biologisk överkänslighet som gör dem mer känsliga för effekterna av droger vilket innebär att de tål alkohol och droger sämre (Mueser 2009).

Psykiska störningar förvärras till följd av missbruket men det finns ringa empiriskt stöd för självmedicineringshypotesen (Öjehagen & Schaar, 1999; SBU, 2001; Fridell & Jansson 2003;).

Väl genomtänkta val av insatser/stöd/behandling är av största vikt för dessa personer eftersom det finns en lång rad undersökningar (Nosé m fl 2003, Kreyenbuhl m fl 2009, O'Brien m fl 2009), som visar att det är ett vanligt problem att personer med långvariga psykisk ohälsa inte påbörjar en planerad insats, avbryter kontakten med vården i förtid, eller inte följer den behandlingsplanering som finns. Många har också av olika skäl bristfälliga kontakter som inte på ett heltäckande sätt tillgodoser de ofta sammansatta behov av vård och stöd som är aktuella. Det finns också evidens för att avbrott i behandlings- eller stödinsatser försämrar effektiviteten i insatserna (Haynes m fl, 2008), eller leder till allvarliga konsekvenser för individen i form av återinläggningar på sjukhus, hemlöshet, våldshandlingar eller suicid, (Lockwood & Marshall 1998; Coldwell & Bender 2007; Dixon m fl, 2009).

Riskerna för ett avbrott i kontakten är störst för personer med samsjuklighet och personer med schizofreni (Nosé m fl 2003). Perioden efter utskrivningen som ofta följs av insatser inom den öppna psykiatrin eller inom socialtjänsten är en av de kritiska perioder då ett avbrott i insatserna kan äga rum (O'Brien m fl 2004; Haynes m fl 2008) Andra kritiska situationer på organisationsnivå uppkommer när olika organisationer, primärvård, socialtjänst, psykiatri skall samarbeta och samordna insatser (Kreyenbuhl m fl 2009). En av orsakerna till avbrott i kontakten enligt Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser CEPI (2011) beror på vård och stödsystemets bristande kommunikation sinsemellan, oidentifierade behov av stöd hos den enskilde eller bristande kunskap och insikt i vilka vård och stödmöjligheter som finns tillgängliga.

Bakgrund

Historik

Psykiatrivården i Sverige förr i tiden

Under de senaste decennierna har svensk psykvård förändrats. Fram till mitten av 1900-talet var ofta lösningen på psykiska problem inspärning på mentalsjukhusen (Topor, 1987). Under 60-talet och 70-talet började avhospitaliseringen och antal människor inlagda i slutenvård i slutenvård har sedan dess sjunkit stadigt. 1967 fanns 36 000 slutenvårdplatser. 1996 var siffran 13 000. Det var under denna tid som ansvaret för mentalsjukhusen överfördes från stat till landsting (Topor m.fl. 1998).

Under samma period ökade också tilltron på de nya mediciner som lanserades. Patienter började skrivas ut. Ute i samhället visade det sig dock ofta att medicinen inte räckte och patienterna behövde bli återintagna. Patienter som tidigare varit inskrivna år efter år togs istället in vid enstaka vårdtillfällen, skickades ut och togs in åter igen. En ond cirkel uppstod och detta på grund av att man nu börjat minska antalet vårdplatser (Topor m.fl. 1998).

Förebyggande arbete, öppenvård för personer som tidigare inte kunnat få hjälp för sina problem och behandling av utskrivna patienter i deras egen hemmiljö blir nyckelord (Topor m. fl. 1997). Detta började införas under 1980-talet.

Parallellt med att dessa nya tankar genomfördes existerade fortfarande den mer ”klassiska” behandlingsmetoden med fokus på patientens kropp istället för psyke. Slutenvården använde fortfarande inlåsning, stark medicinering och elchocker. All tvångsvård kan härledas till den slutna vården. Ofta saknades den rent psykologiska behandling och terapi som behövs för tillfrisknande (Markström, 2003).

Genom förebyggande vård skulle färre människor behöva placeras i slutenvård. Dessutom fanns nu öppenvårdsmottagningar där utskrivna patienter kunde få fortsatt vård. Problemen var dock bland annat att öppenvården inte byggdes ut i samma takt som slutenvården lades ned och att pengar saknades för att finansiera öppenvårdens visioner (Markström, 2003).

Ytterligare ett problem var de krav som den öppna vården ställde på sina patienter. De behövde kunna uttrycka sina problem verbalt, få hjälp genom samtal och dessutom klara sig helt ensam mellan pratstunderna. Detta ledde till att många patienter kände sig ensamma, övergivna och kritik lades fram, bland annat av Socialstyrelsen (Markström, 2003).

Kärnan i psykiatrireformen var ”Valfrihet och välfärd” och med psykreformen försökte man strukturera upp de olika parternas ansvarsområden. Denna föreställning utgår ifrån att det är möjligt att avgränsa psykiatriska, medicinska, terapeutiska och sociala behov ifrån varandra. De olika behoven skulle delas mellan kommun och landsting (Markström, 2003).

Reformen innebar alltså att personer med psykiska funktionshinder skulle ges möjlighet att leva ute i samhället. De handikapp som eventuellt innebar svårigheter för att genomföra detta skulle kompenseras genom stöd från socialtjänst och landstingens öppna sjukvårdsresurser. Detta stöd som behövs är ofta inte tillräckligt planerat eller prioriterat för att vara tillräckligt (Markström, 2003).

I utvecklingen mot mer samhällsbaserade insatser för personer med psykiskt funktionshinder i Sverige, har Case Management och Assertive Community Treatment (ACT) liknande metodik intresserat aktörer på området i flera decennier (Socialstyrelse 2011).

Öppenvårdspsykiatri i Sverige har sedan teamorganiseringen etablerade sig under 1970-talet ofta utgått från ett kontaktmannasystem där varje patient har en särskild kontaktperson som ansvarar för viss samordning av den behandling och det stöd som ges. Under 1980-talet utvecklades också en öppenvårdsorganisation med ambitioner att ta ett helhetsansvar för patienten. Arbetet utgick från tvärprofessionella team med några drag av det som idag inryms i ACT metodiken (CEPI 2011).

I samband med den svenska psykiatrireformen 1995 uppmärksammades CM, dels genom ett särskilt delbetänkande i den föregående psykiatriutredningen, dels genom en pilotsatsning på personligt ombud. Satsningen etablerades genom ett årligt statsbidrag som utgår till kommunerna sedan år 2000. (Socialstyrelsen 2011).

Samtidigt som personligt ombud blivit en insats som en majoritet av kommunerna i Sverige erbjuder, har utvecklingen mot en mer kliniskt förankrad Case Management metodik helt uteblivit (Socialstyrelsen 2011). En anledning har antagits vara den ansvarsfördelning som finns mellan kommunen och landstingets hälso- och sjukvård, och som försvårar organiserandet av intensiva CM-modeller (Socialstyrelsen 2011).

Sedan psykiatrireformen har viss metodutveckling skett inom t.ex. området insatser till personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk, men satsningarna har inte fått någon bred nationell spridning. Hösten 2003 tillsatte regeringen utredningen Nationell psykiatrisamordning, med ett brett uppdrag att se över frågor som rörde arbetsformer, samverkan, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade (CEPI 2011).

Inom ramen för utredningen betonades behovet av en utveckling av evidensbaserade metoder på det aktuella området, och man tog också initiativ för att stimulera olika utbildnings- och implementationsprojekt. Detta intresse för evidensbaserade psykosociala insatser fanns även parallellt hos andra aktörer, inte minst Socialstyrelsen och särskilt den dåvarande enheten Institutet för Metodutveckling i Socialt arbete (IMS), som bland annat initierade arbetet med en kunskapsöversikt på området för att identifiera metoder med god effektivitet (Socialstyrelsen 2011).

Socialstyrelsen har ansvarat för utarbetandet av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni, ett arbete som slutförs 2010. I både den första kunskapssammanställningen och i riktlinjerna lyfts i synnerhet ACT fram som en modell med hög evidens ((Socialstyrelse 2011).

År 2006 skrev Nationell psykiatrisamordning ett förslag till Socialdepartementet om utvecklingsmedel för ”ett projekt med en större utbildningssatsning i case management-metodik i ett koncept med gemensamma samhällsbaserade insatser mellan kommun och

landsting för personer med psykiskt funktionshinder”. Regeringen beslutade samma år att avsätta 20 miljoner kronor för denna femåriga satsning ”för case managers som skall arbeta enligt ACTmodellen”. Uppdraget gavs att hålla ihop projektet till Karlstad universitet (CEPI 2011).

Assertive Community Treatment (ACT)

Det finns olika insatser som på en organisatorisk nivå syftar till att säkerställa kontinuitet i insatserna och minska risken för avbrott i insatsen eller återfall i sjukdom. En av de mest väldokumenterade insatserna är Assertive Community Treatment (ACT) [på svenska ”uppsökande integrerad samhällsbaserad behandling”] (Marshall et al, 2000 Marshall et al., 2005; Dieterich et al., 2010).

ACT är en teambaserad insats som syftar till att förmedla hjälp till behandling och rehabilitering samt stöd för personer med svåra psykiska funktionshinder där det finns risk att vederbörande avbryter kontakt med vård eller där ett återfall i sjukdom får allvarliga konsekvenser. Det är vanligt förekommande att personer i denna grupp, speciellt de med psykiatrisk samsjuklighet, tidigare ”fallit mellan stolarna” i olika vårdinstanser, d.v.s. inte har fått hjälp i missbruksvården eller inom psykiatrin. Det kan också handla om personer som undvikit kontakt med vården eller där traditionella öppenvårdsbaserade vård, stöd eller rehabiliteringsinsatser visat sig otillräckliga (CEPI 2011).

Grunden för ACT som tankemodell och arbetssätt växte fram i USA på 1970-talet i samband med nedläggningen av de stora psykiatriska institutionerna (Holloway, 1991). Nedläggningen kan jämföras med förändringen som skedde i Sverige i samband med psykiatrireformen 1995 där institutioner lades ned och psykiskt sjuka skulle integreras i samhället (Malm 2001).

Case Management (CM) är ett samlingsnamn för flera delvis liknande insatser med utgångspunkt från ACT. Gemensamt för insatserna är att en särskilt utsedd person - en Case Manager - har huvudansvaret för att brukaren får adekvat vård och stöd. De mest centrala komponenterna i CM är en integration mellan sjukvårdande och sociala insatser och att man i stor utsträckning genomför behovsanpassade insatser, ofta i klienternas egna miljöer. En psykiatriker finns ofta också integrerad i teamet (Wright m fl 2004). Svenska erfarenheter och forskningsresultat visar att CM har goda resultat (Åberg-Wistedt, Cressel, Lidberg, Liljenberg & Ösby, 1995).

Exempel på vardaglig hjälp och stöd som en CM kan ge är att tillsammans med brukaren planera och säkerställa kontinuitet i vård- och andra samhälleliga kontakter, ansvara för att beslut fattas om de insatser som klienten behöver, ge praktisk hjälp initialt vid behov på individnivå, vara ombudsman för brukaren samt bevaka sociala och juridiska rättigheter. En Case Manager kan också fungera som problemlösare, lärare, utbildare och rollmodell. Huvuduppgiften är att ha en samordnande funktion. Brukarna själva ska också med hjälp av ACT få ett ökat eget inflytande över de insatser och annan hjälp från samhället som ges. Eftersom kontakten är långvarig innebär det också att ha tillgång till ett samlat stöd under lång tid (Piuva & Lobos, 2008, Holmqvist 2009, Käcker 2010).

Det som särskiljer ACT-modellen från den traditionella psykiatrin är dess uppsökande roll, att den är samhällsbaserad samt att hjälpen och stödet ges i brukarens egen miljö. Stödet ges av ett multiprofessionellt team med bl.a. psykiater, sjuksköterska och socialarbetare där man delar på ansvaret för klienterna, har ett fåtal eller lågt antal brukare samt har tydligt fokus på insatserna (McGrew & Bond 1995).

Ett flertal studier visar att insatser från ACT-team jämfört med sedvanlig behandling ger en minskning av antalet psykiatriska vårdtillfällen på sjukhus, och patienterna behåller också i större utsträckning kontakten med vården (Piuva & Lobos, 2008, Holmqvist 2009, Käcker 2010). ACT-insatsen ökar också graden av stabilitet i självständigt boende och lägre risk för hemlöshet och arbetslöshet än vid sedvanlig behandling (Åberg-

Wistedt, Cressel, Lidberg, Liljenberg & Ösby, 1995, Lockwood & Marshall 1998; Rosen & Teesson, 2002; Ben-Porath, Peterson, Piskur & Carol, 2004. Craig.; Coldwell & Bender 2007; Björkman & Hansson 2007).

Mellan, 2005 och 2006 genomförde de tre landstingen i Norrbotten, Jönköping och Västra Götaland/Sjuhärad ett metodutvecklingsarbete med syfte att införa ACT modellen i den svenska kontexten. Resultatet av satsningen finns dokumenterad i en studie (Ekemo & Zavko, 2007). Studien visar att ur ett brukarperspektiv skedde positiva förändringar. Till exempel har onödigt lidande undvikits vid vräkning, att klienten kan komma direkt till ett behandlingshem med hjälp av CM. Missbruk och våld har förebyggts. När klienten hamnar i bråk på sitt boendestöd ringer personalen till CM som kommer och reder ut situationen istället för till polisen. CM ställer upp för sin klient och denne slipper tas in i fängelse utan kan fortsätta med frivårdsinsatser. Klienten har fått hjälp i praktiska vardagsfrågor. CM har tagit initiativ till nätverksmöte, är samordnare och förmedlare i myndighetskontakter. Klienten har fått hjälp att föra sin talan. Klienten upplever att det är lättare att bli tagen på allvar. Klienten upplever att han respekteras (Ekemo & Zavko, 2007).

Ytterligare tre svenska studier (Piuva & Lobos, 2008, Holmqvist 2009, Käcker 2010) visar att CM enligt ACT modellen för personer med psykisk funktionsnedsättning och komplexa vårdbehov fungerar utifrån ett brukarperspektiv. Det finns en tydlig tendens till en förbättrad psykisk hälsa, ett minskat missbruk och en ökad livskvalitet för gruppen. En av studierna (Piuva & Lobos, 2008) har använt sig av enkäter till klienterna och fokusgrupp med case managers. De har även genomfört bedömningar på klienter, med bedömningsinstrumenten Addiction Severity Index ASI (mäter problemdagar bl.a. i förhållande till arbete, sysselsättning, alkoholbruk, psykisk hälsa), Global Assessment of Functioning GAF (mäter funktionsnivå), Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT (mäter alkoholkonsumtion), Drug Use Disorders Identification Test, DUDIT (mäter drogkonsumtion) och Manchester Livskvalitetsskala MANSA (mäter livskvalitet).

Öjehagen och Cruces (2003) studie av psykos- och missbruksteamet (POM) i Lund visade på att arton månader efter verksamhetens start hade droganvändningen minskat med 75 procent och problemtyngden i alkoholkonsumtionen minskat med ungefär en tredjedel. Den psykosociala funktionen hade förbättrats något och slutenvårdskonsumtionen minskat med mer än hälften. Någon förbättring av de psykiska symtomen kunde ej påvisas. En utvärdering redan efter arton månader är dock något tidigt för att kunna utläsa ett resultat av behandlingens inverkan på de psykiska symtomen då den genomsnittliga behandlingsperioden i ett ACT team vanligtvis ligger på sex år (Burns & Firn, 2005).

Ziguras och Stuart (2000) sammanställde en metaanalys. Syftet med denna var att undersöka effektiviteten av CM i jämförelse med rutinbehandling och ACT mellan 1980-1998. Artiklarna berörde jämförelser mellan brukarna som fick CM med dem som fick traditionell vård eller brukarna som fick CM i jämförelse med dem som fick ACT. Även åtgärder som påverkade brukarnas resultat i förhållande till livskvalité, tillfredsställelse, sjukhusvistelse och samhällsfunktionsnivå studerades. De ingående 180 artiklar som var relaterade till CM kodades och granskades vetenskapligt, det slutliga antalet studier som analyserades var 44 stycken. Resultatet visade att CM var mer effektiv än vanlig traditionell behandling. Förbättringar i symtombilden, färre inläggningss dagar inom slutenvården, mer kontakt med både psykiatri och övriga myndigheter påvisades. Förbättrad social förmåga, högre klient- och familjetillfredsställelse med vården, mindre familjeansvar för vård och omsorg samt minskad total kostnad för vården var andra positiva effekter. Däremot kunde ingen signifikant skillnad i resultat uppvisas mellan CM och ACT när det gällde förbättring av symtom, kontakt med andra serviceorgan och familjeansvaret för vård och omsorg.

På grund av att case management enligt ACT modellen existerat så kort tid i kombination med långa behandlingsperioder är de svenska utvärderingarna få. Detta gör det svårt att säga något säkert om hur effektiv case management eller ACT modellen i Sverige är utifrån forskningsevidensen (Malm, 2002).

Internationella studier är inte jämförbara med svenska förhållanden då bland annat organiseringen av vård, hur mycket behandlings- och stödinsatser som finns

tillgängliga och förutsättningarna för klienterna att kunna ta del av insatserna ser olika ut från land till land (Malm, 2002).

Forskning som gjorts av (Malm & Fallon, 2008) visar att stöd - behandlings insatser enligt ACT modellen och skattning med hjälp av AUDIT är viktiga ingredienser för bättre resultat och att brukarnas mål uppnås. Brukarna som deltar i ACT-program (Malm, 2002) med hög grad av programtrohet uppvisar förbättrad följsamhet i sin behandling och färre inläggningar i psykiatrisk slutenvård (McHugo, Drake, Teague & Xie, 1999).

Det finns dock andra studier bl.a. Hesse m.fl. (2007) metaanalys (metaanalys innebär att en serie studier samlas ihop och analyseras som om de vore en enda stor studie.

Randomiserade kontrollerade studier är undersökningar som försöker fastställa den relativa effekten av en behandling. Hälften av patienterna välj slumpmässigt ut till den behandlingsform som skall studeras och hälften till ingen behandling alls eller till standardbehandling) som visar att Case Management kan förbättra kopplingar/kontakter till andra tjänster/insatser för brukarna med alkohol och drog missbruk/beroend men inte minskar missbuk/beroende.

I en annan studie gör Fridell & Hesse (2006) en jämförelse av olika behandlings metoder av internationell behandlingsforskning inom kriminalvårdssystem, både på och utanför institutioner. Syftet med studien var att visa på effekter och resultat av behandling på både drogmissbruk och kriminellt beteende samt analysera vilka förutsättningar som måste gälla och vad som kan förbättras. Sudiens resultat visade att Case Management enligt ACT modellen varken minskar missbruk eller kriminaliet, för den här gruppen brukaren som inte lider av sansjuklighet.

Essock et al (2006) jämförde hur ett antal resultatområden, bland annat drogmissbruk samt fysisk och psykisk hälsa, skilde sig åt emellan brukarna med enbart psykisk störning och de andra gruppen med enbart drogmissbrukproblem. Brukarna blev slumpvis tilldelade behandling med klinisk case management eller ACT. Efter tre år i behandling kunde inte påvisas någon skillnad av resultat beroende på modell.

Jeffery et al (2000) genomförde en metaanalys på sex randomiserade kontrollerade studier för klienter med en psykisk störning och ett missbruk. Dessa studier inkluderade bland annat olika former av psykiatrisk vård med samtidig behandling för missbruk, som klinisk case management och ACT samt traditionell behandling inom den psykiatriska sluten- och öppenvård. Slutresultatet visade på att ingen behandlingsform var bättre eller sämre än någon annan.

Trots olika resultat betraktas ACT idag som en metod som har vetenskapligt stöd (Socialstyrelsen, 2011). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är ett av de mest aktuella exemplen på en forskningssammanställning som rekommenderar CM (Socialstyrelsen, 2011).

Det finns idag fortfarande få studier i Sverige om brukares egna erfarenheter och uppfattningar om ACT och CM.

Syfte och problemformulering

Syftet med denna studie är att med utgångspunkt från ett antal kvalitativa intervjuer undersöka hur brukare uppfattar sin kontakt med ett lokalt anpassat ACT team.

Med hjälp av den här studien skulle en ökad förståelse kunna uppnås för hur olika typer av insatser och stöd uppfattas av brukarna själva. Denna studie är därför viktig för att få en uppfattning om brukarnas perspektiv, ett perspektiv som hos personer med allvarlig psykisk ohälsa är mycket eftersatt.

METOD

Grundad Teori/ Grounded Theory (GT)

Grundad teori, kallas på engelska Grounded Theory (GT) är en analysmetod för kvalitativa undersökningar som utvecklades under 1960-talet, och används när forskaren strävar efter att beskriva något nytt och ger en möjlighet att finna okända perspektiv på relativt outvecklade områden (Hartman, 2001).

En grundad teori är tänkt att beskriva det som är viktigast för de personer teorin handlar om (Hartman, 2001). Grundstenen i metoden är hur personerna i studien upplever och förstår sin värld. Forskaren ska göra allt för att upptäcka det som faktiskt sker. Detta nås genom att låta problemställningar och alla andra processer framkomma av sig själv ur data och inte vara bestämt på förhand (Hartman, 2001).

Under arbetets gång använder forskaren sig av memo-writing.(egna minnesanteckningar med reflektioner). Begreppen skapas direkt ur de ord som informanterna säger eller formas utifrån intervjumaterialet. Det arbete som görs direkt på datamaterialet kallas kodning av texten. En kod kan bestå av en rubrik eller en benämning på något som uttrycks i intervju. Rent praktiskt är kodning ett mekaniskt arbete där forskaren letar sig igenom texten rad för rad och letar efter ord eller fraser som beskriver enskilda fenomen. Kodningen görs i flera steg för att skapa kategorier med olika egenskaper (Hartman, 2001). Kodning utifrån metoden GT gör att forskaren stannar upp och frågar sig analytiska frågor om innehållet som är insamlat (Charmaz, 2006). Det framväxande resultatet av analysen ger uppslag till var och vilken typ av data som ska sökas härnäst i syfte att mätta datamaterialet. I början är ändamålet att upptäcka så många kategorier som möjligt. Sedan blir ändamålet att sortera bort kategorier och bestämma de kvarvarande kategoriernas egenskaper. Slutligen blir ändamålet att integrera kategorierna i en teori genom att finna samband mellan dem (Hartman, 2001).

Planering och genomförande

Innan studien påbörjades kontaktades primärteamet (ledningsgruppen för det aktuella ACT-teamet) och case managers både muntligt och skriftligt för att få medgivande om att få genomföra studien (se bilaga 1).

Brukarna blev informerade både muntligt och skriftligt om studien (se bilaga 2) samt att deltagandet var frivilligt och anonymt samt att de hade rätt att avbryta deltagandet när som helst. De blev också informerade om att ett avböjande inte på något sätt skulle påverka deras kontakt med teamet i framtiden. Brukarna som författaren själv var case manager till exkluderades.

När brukarna hade tackat ja genomfördes intervjuerna i brukarnas hem (förutom en intervju på en psykiatrisk mottagning). Det fanns även utrymme för frågor under intervjuens gång i syfte att undersöka om intervjuaren uppfattat korrekt. Brukarna tillfrågades också om de hade något att tillägga som inte tagits upp i intervjun. Intervjun spelades in på band och transkriberades därefter ordagrant.

Intervjun inleddes med en information/beskrivning av studien, samt en noggrann information om de etiska förutsättningarna om anonymitet samt frivillighet. Därefter fick brukarna återigen ta ställning till om de ville vara med eller om de föredrog att avstå. Syftet med information innan intervjuens början var för att säkerställa att de förstått innebörden av deltagandet och syftet med studien.

Deltagare

Då målgruppen som ACT team vänder sig till är mycket heterogen, valdes personer till studien ut på grund av deras olikheter, dvs. ett strategiskt urval i enlighet med Grundad teori (Ahrne och Eriksson-Zetterquist 2011). Detta innebar att personer med olika diagnoser, grad av missbruksproblematik, hjälpbehov ålder och kön valdes ut.

Antal deltagare var sju personer, varav två kvinnor och fem män. Alla deltagare var mellan 24-50 år och hade någon form av svår, långvarig psykisk sjukdom Fem av de sju

deltagarna hade också ett missbruk/beroende. Samtliga deltagare hade ett utökat behov av samtidiga vård- och stödinsatser från ett flertal verksamheter. Två av deltagare bodde i eget boende, en var inneboende och fyra bodde i någon form av skyddat boende. Alla deltagare hade varit i kontakt med ACT teamet sedan 2009.

De antal intervjuer som genomfördes i studien bedömdes som tillräckligt för att uppnå mättnad inom området. En tolkning av mättnad är när ingen kan längre berätta något om det studerade området som överskar forskaren (Guvå & Hylander, 2003).

Instrument

Datainsamlingen gjordes genom semistrukturerade intervjuer och med detta menas att frågorna inte följde en strikt uppsatt linje utan att de frågor som ställdes anpassades utefter situationen som uppstod under intervjun (Ahrne & Eriksson-Zetterquist, 2011). Vid intervjutillfällena användes en intervjuguide vilken utarbetats av författaren. Intervjuguiden bestod av 17 frågor som belyste tre övergripande områden. De tre första frågorna handlade om deltagarnas allmänna erfarenheter i kontakten med teamet, fyra frågor om ömsesidig påverkan/samspel och de tio sista frågorna rörde sig om delaktighet/medverkan (se bilaga 3) Dock tillkom en del frågor allt eftersom intervjun pågick då nya frågeställningar framkom utifrån de svar som erhöles.

Analys

Allteftersom intervjuerna genomförts har dessa transkriberats från ljudform till textform. Analysprocessen har tagit sin utgångspunkt i transkriptionerna för att därefter undersöka, sortera och analysera teman (Guvå & Hylander, 2003).

De transkriberade intervjuerna analyserades i enlighet med principerna för GT. Analysen inleddes med att det insamlade materialet igenomlästes upprepade gånger. Reflektioner, tankar och ideér nedtecknades, s.k. *memoskrivning*. När en intervju transkriberats startade första steget i analysen, *öppen kodning*. Kodningen genomfördes rad för rad. Nya tankar och ideér uppkom efter varje intervju. Koderna grupperades sedan i preliminära kategorier som föreföll något gemensamt. Genom *axial kodning*

relaterades kategorierna till varandra. Det görs genom att en kategori/ett fenomen som framträtt i analysen väljs ut och ställs frågor om det.

Kärn/huvudkategorier formuleras med hjälp av *selektiv kodning*. Kärnkategori är ett begrepp som förklarar det mesta av det som händer inom det studerade området och är central.

Inom Grundad teori beskrivs begreppet *Main concern* som är en grundläggande utgångspunkt när analysarbetet genomförs. *Main concern* innebär att forskaren skall sätta sig in i intervjupersonernas sätt att se på saker och ting samt hur de agerar, men utan att ta ställning till deras svar (Frykedal Forslund & Thornberg, 2011). Detta är något som författare eftersträvat vid analysprocessen.

En annan viktig del i analysprocessen inom Grundad teori är att ständigt jämföra sitt material med varandra genom så kallad *Comparison/jämförelse*. Detta har gjorts genom att hela tiden jämföra de intervjuer som slutförts och dess koder som framkommit med varandra för att ha god koll på de empiriska data och utifrån det arbeta fram passande kategorier. Kategorierna har sedan utmynnats i ett par större huvudkategorier och ett antal mindre kategorier som utgör grunden till studiens huvudområde.

Etiska aspekter

Enligt Vetenskapsrådet (2002) finns det fyra etiska kategorier som forskare bör ta hänsyn till. Det första är *informationskravet* som innebär att de medverkande informanterna skall vara medvetna om vad det är de ställer upp på och vad syftet med studien är. Detta klargjordes redan vid första kontakten som togs så att brukarna redan tidigt visste vad som gällde. Med hänsyn till denna brukargrups sårbarhet upprepades information om studie även vid intervjutillfällen för att säkerställa att de förstått innebörden i studien. Brukarna fick återigen ta ställning till om de ville vara med eller om de föredrog att avstå.

Det andra är *samtyckeskravet* som innebär att informanterna själva får bestämma om de vill ställa upp i studien eller inte. Även detta försäkrades i ett tidigt stadie innan intervjuerna genomfördes och även vid intervju tillfällen.

Det tredje är *konfidentialitetskravet* som betyder att alla personuppgifter och all information som deltagare uppger skall förbli anonyma. Detta betonar även Denscombe (2004) när han nämner en punkt han valt att kalla *skydd av identitet*. Detta görs i studien genom att i den mån det går låta informanterna vara anonyma på så vis att inte deltagarnas namn framkommer.

Sista punkten Vetenskapsrådet (2002) tar upp är *nyttjandekravet* som innebär att den information som framkommer under intervjuerna endast får användas till det studien avser och inte vidarebefordras till andra sammanhang.

RESULTAT

För att särskilja de sju personer som blev intervjuade kommer första intervjupersonen benämnas som intervjuperson 1 (IP1), andra personen som intervjuperson två (IP2) och så vidare. Case Manager kommer att förkortas till CM.

Analysarbetet resulterade i två teman. Det första temat var **Upplevelse av förändring** där deltagarna på olika sätt beskrev en förändring som de relaterade till insatserna från ACT. Tre aspekter av temat framkom i analysen:

- *Upprätthållande av vårdkontakt och andra kontakter,*
- *struktur i vardagen,*
- *Ökad självständighet och stabilitet.*

Andra temat var **Det som uppskattas i kontakten** och beskriver olika aspekter av det som värdesattes i kontakten. Följande fem aspekter av det andra temat framkom i analysen:

- *lång inledningsfas,*
- *flexibelt och anpassat stöd,*
- *samordning,*
- *lättillgänglighet*
- *praktisk hjälp*

Upplevelse av förändring

Upprätthållande av vårdkontakt och andra kontakter

Att kunna upprätthålla vårdkontakter och andra kontakter med stöd av ACT teamet hade bidragit till upplevelser av förändring enligt intervjupersonerna. Vissa uttryckte att de innan ACT-kontakten haft svårt att exempelvis söka hjälp, boka tider och komma på utsatt tid i kontakten med sjukvård, socialtjänst och andra verksamheter, vilket i sin tur lett till ett upplevt utanförskap med befintligt vård- och stödsystem.

Flera intervjupersoner som tidigare haft svårt för att planera och passa tiderna till sina kontakter upplevde en förbättring tack vare kontakten:

”Största skillnaden är när man har varit heltids sjukskriven i rätt många år, dagar flyter ihop och man tappar koll på saker och ACT hjälper väldigt mycket med just att träffas regelbundet varje vecka och gå genom tider och vad som ska göras; hur veckan har varit innan och hur veckan kommer att bli. Man flyter inte iväg ur systemet lika lätt.”(IP6)

Det var viktigt och betydelsefullt att få hjälp för sina somatiska/fysiska besvär till exempel diabetes:

”CM har räddat mig när jag var jätte sjuk och jag mådde jätte dålig här hemma och jag gick upp i vikt och svimma av ibland och på grund av jag mådde inte bra psykiskt och fysiskt och jag hamnade på sjukhus och sen det visade sig att jag var sjuk, det är tack vara CM. Jag kanske

inte hade hamnat på sjukhus annars, jag kanske hade hamnat någon annan stans, men nu är det bra En förbättring är att jag har fått reda på att jag har diabetes och det fick jag inte reda på innan så det är ett steg framåt” (IP2).

Det var viktigt att få injektionen, andra mediciner i tid samt att få hjälp med rätt dosering.

”CM hjälper mig att ta min injektion i tid. Utan injektion mår jag dåligt” (IP7).

Information i samband med medicinering var viktig:

” ... jag får hjälp med mina mediciner eller jag får råd om mina mediciner och jag kan framföra den här för min läkare” (IP5).

Stöd till att agera på ett konstruktivt sätt när någonting inte fungerade bidrog också till att upprätthålla kontakten:

”Ifall om jag skulle komma försent eller någonting, om något inte funkar, då hjälper de mig att reda ut det och det är bara att ringa ett samtal” (IP6).

Struktur i vardagen

Det framkom i intervjuerna att få stöd med att strukturera upp vardagen bidrog till en positiv förändring av den. Med struktur menade intervjupersonerna att gå igenom dagen eller veckan och att planera för den kommande veckan. Vissa uttryckte också att utformningen av vardagen tillsammans med CM gav möjlighet till ökad delaktighet, mer dialog och att kunna öppna sig och prata om sina känslor. Struktur i vardagen uttrycktes som en positiv dominoeffekt där exempelvis hjälp med att strukturera ekonomin ledde till minskad oro och ångest.

Att samtidigt med planeringen få möjlighet till att öppna sig och tala om sina känslor:

”... man går igenom lite grann vad som har hänt sen sist och hur det gick i helgen och man går igenom lite praktisk vad som ska hända under veckan beroende på väder och vind och humör. Man kanske hittar på någon kort liten fika eller typ vad som helst kort möte, med de mötena

känner jag det ger mycket att det är en ny vecka och man tittar framåt och är det något, känns någonting tyngande och jobbigt eller sånt, så kan man börja veckan med att prata med någon om det” (IP5).

Stöd med till exempel ekonomi ledde till mindre oro och ångest och stabilare privat liv:

”Bara en så enkel sak som att ACT hjälpte mig med ekonomin en hel del sånt att gör att man slipper den oro och ångesten men även att man faktiskt har en stabilare ekonomi, slipper vräkning. Man kan lättare strukturera upp sitt övriga privatliv”(IP5).

Ökad självständig och stabilitet

Genom intervjuerna framkom att ACT hjälpt dem till mer självständighet och stabilitet. Intervjupersonerna nämnde till exempel möjligheterna att få fram sina åsikter, att argumentera för att få insatser, att lära sig nya problemlösningstrategier och att reflektera och få förståelse för sin livssituation.

Stödet från ACT som bidrog till att få rätt insatser var avgörande för känslan av ökad självständighet och stabilitet:

”Jag har blivit lite stabilare, jag har fått hjälp med att få insatser utav min ACT kontakt som har följt med mig på möten. Hjälpte mig att argumentera varför jag ska få handdator. Hjälpte mig att fylla i frågeformuläret, så jag har blivit lite mer självständig”(IP4).

Reflektionsförmåga och stöd med att hitta nya strategier blev avgörande för en känsla av ökad självständighet:

”Jag försöker backa nu liksom lite grann och tänka tillbaka i mitt liv och det är tack vare CM att CM hjälpt mig med mina problem alltså, så att jag förstår bättre nu alltså hur man måste kämpa för att må bra”(IP3).

Problemlösningförmågan hjälpte Ip till en ökad självständighet:

”Förut försökte jag inte titta på problemet, jag gick förbi det men nu försöker jag backa och titta på det, går genom och reder ut det så det är en förbättring för mig. I alla fall så är det nu” (IP2).

Förståelse för livet, sig själv och omgivningen upplevdes som en förbättring:

”Ingen förändring i mitt privata liv men förbättring. Det har inte förändrats någonting men det är som vanlig, liksom det är mina grejer så men förbättring är att jag har fått mer hjälp och så för att kunna förstå livet och med mig själv och andra” (IP7).

Vad som uppskattas i kontakten

Lång inledningsfas

Det framkom i intervjuerna att en lång inledningsfas i kontakten uppskattades. Tack vare det fick intervjupersonerna möjligheter att lära känna CM och skapa relation vilket var avgörande för anknytningen. Kontakten omvandlades till en personlig kontakt och en naturlig del av vardagsrytmen vilket även skapade en tillit gentemot varandra. Det var viktigt att det inte bara handlade om en ”kall” kontakt utan även att man faktiskt umgicks som vanliga personer.

”Det viktigaste för mig är att man har en lång inledningsfas i kontakten och man lärde känna varandra att det är på mina villkor att jag kunde säga ifrån utan att min CM på ACT bli besviken eller så. Det var väldigt professionellt så” (IP4).

Möjligheten till den långa inledningsfasen sågs som relationsskapande och bidrog till att Ip knöt kontakt på ett smidigt sätt:

”Jag har haft en väldigt smidig och bra kontakt hittills, flyter på som en naturlig del av min rytm i vardag det känns väldigt stabilt o det känns att det kommer att nog vara mer kontinuerligt en tid framåt också som ett allmänstöd” (IP2).

”Jag och min CM pratar som sagt minst en gång i veckan och särskilt i början var den mer lång; gick promenader och sånt. Det känns som att vi börjar lära känna varandra helt allmänt,

vilka filmer vi gillar och vad var på Julstöket. Det känns som det inte bara är en ren kall professionellt kontakt utan att vi faktisk umgås lite också”(IP5).

Flexibelt och anpassat stöd

Intervjupersonerna uppskattade flexibelt och anpassat stöd i kontakten. De menade att stödet var anpassat efter deras behov och relaterade till deras psykiska status och funktionsnivå. De ansåg att de även fick vara med och bestämma och forma stödet efter sina egna behov. Isoleringen kunde brytas genom till exempel hembesök och kontakten blev mer personlig.

Kontakten beskrevs som ”bästa skraddarsydd hjälp”:

”Jag känner att det absolut är den bästa skraddarsydda hjälp och den är inbakad med att man känner att de lyssnar på ens önskemål och har ett genuint intresse om vad jag har för önskemål”(IP5).

Anpassning av kontaktens innehåll från gång till gång beroende på den psykiska statusen var uppskattad:

”Att det är på brukarens villkor att man kanske anpassar det lite från gång till gång, att idag mår jag dåligt så vi får skipa det vi hade planerat och göra annat istället och lite så. Jag tycker det är väldigt bra för att man får en personlig kontakt och personen från ACT kan komma hem till en i fall när man mår dåligt och så det fungerar väldigt bra”.(IP4)

Hembesök som ett sätt att bryta isoleringen:

”Jag uppskattar väldigt mycket att ACT kan komma hem till mig att man kan mötas även om jag mår dåligt och isolerar mig så kan de komma och bryta isoleringen”(IP5)

Samordning

CM:s samordningsroll var ett sätt att synliggöra intervjupersonernas behov av olika insatser och lyfta fram deras önskemål. En annan aspekt var att det var viktigt att samordnaren inte tog på sig rollen som terapeut då man lätt kunde hamna i konflikt med

denne vid jobbiga faser av terapin. Då var det bra om samordnaren enbart fanns där som en grundläggande stabilitetsfaktor.

”Det var väldigt bra samarbete, min ACT kontakt höll i alla trådar och såg till så att mötena blev på mina villkor och CM knöt samman alla trådar och hjälpte mig att få fram mina önskemål och vad jag behövde som hjälpte” (IP4).

Samordningsrollens innebörd från ett nytt perspektiv och uppskattning av ACT som en neutral samordnare men inte som samtalsterapeut:

”Jag känner inte att jag skulle vilja att ACT till exempel tog över rollen från min samtalsterapeut utan jag ser att de är bättre som grundläggande stabilitetsfaktor. Som samtalsterapeut kan man lätt hamna i konflikt när man är i jobbiga faser i terapi och det kan konkurrera med den stadiga biten och jag har inte problem med hemmet på det sättet, jag är självgående på mat o tvätt o städ så det upplever jag. De kan hamna på min sida lite oavsett var det kan komma ett problem, har jag problem med vård insats eller min socialsekreterare eller försäkringskassan eller så kan de vara mig till hjälp utan att det blir intresse konflikt på något sätt och det känns rätt bra”(IP5).

Kunnigheten hos ACT-teamet var betydelsefull:

”I alla fall med ACT fick jag intryck av att i teamet finns det väldigt sakkunniga i olika vård expertområden. Om man har frågor varför social sekreteraren nekar mig något och eller så, så finns det någon form av expertis som kan svara”(IP3).

Lättillgänglighet

Intervjupersonerna uttryckte att lättillgänglighet var kärnan i en fungerande kontakt och gav dem en känsla av trygghet om i fall något oväntat hände och en bra möjlighet för utbyte av information med CM. Lättillgängligheten visade även på CMs engagemang och det hjälpte dem att lättare kunna ta plats i planeringen.

”Ja CM bruka vara väldig nåbar det inte jätte ofta jag har något akut ärende, också brukar jag informera om kommande tider eller att jag inte kan komma de tillfällen vi hade planerat, jag

vill byta tid, Ofta brukar CM svara via mejl närmaste dag eller samma dag och om jag smsar brukar CM svara väldigt snabbt”(IP4).

CM hade ansvar för ett begränsat antal individer vilket uppfattades som en möjlighet för lättillgänglighet och det bidrog till bättre relation:

”De andra har många olika personer som mig men CM har inte många så det finns tid för mig. Det är inte lätt att prata rakt och ärligt när man träffar någon då och då ” IP7

Det gav trygghet om någonting oväntat dök upp:

”Det är väldigt lätt att kontakta. Jag har CMs nummer så jag hör av mig i så fall när någonting oväntat dyker upp och får jag även mejl kontakt så brukar det inte var så svårt att få tag på” (IP3).

Dåliga erfarenheter av svårtillgänglighet uppfattades som ett problem:

”Det är väl tillgänglighet är en tredje faktor, vissa vårdinrättningar har haft problem, har tagit för många veckor för att ge tid och svar. Det är klart problem Jag skulle säga de är tre viktiga men det finns alltid massa små saker som är viktiga men bemötande, tillgänglighet och expertis” (IP2).

Lättillgänglighet upplevdes som ett lätt sätt för utbyte av information om sin psykiska status:

”CM är alltid tillgänglig jag kan berätta för honom hur jag mår”(IP7).

Ett sätt att vara närvarande och påverka planeringen även när de mår dålig:

Om jag mår väldigt dåligt kan jag skriva ett e mejl i värsta fall om jag inte kunde vara med och säga det rakt ut. Jag kan hela tiden påverka planeringen på mina villkor”(IP5).

Praktiskt stöd

Att få hjälp till exempel med att hitta boende, behandlingshem, att få bilskjuts till ett planerat möte. Utifrån intervjuerna framkom det tydligt att få stöd med att bo någonstans, att ha tak över huvudet eller hitta rätt behandlings hem var en viktig del av vardagen och en betydelsefull praktisk hjälp. Att hitta boende var en viktig faktor och hjälpte deras tillvaro att ta form.

Praktisk hjälp som bilskjuts gjorde vardagen lättare:

”Det går lättare, för att om det blir problem fixar CM det med bil körning och såna saker” (IP3).

Hjälp med ”flyttning” beskrevs som en bra hjälp:

”Ni finns där och hjälper till med saker som är bra och man ska få hjälp med såna saker till exempel flyttning” (IP3)

Att hitta ett boende är viktigt:

”CM hjälpte mig hitta det stället jag bor nu” (IP2).

Att få stöd med att hitta behandlingshem är också väsentligt:

”Hjälp med att leta upp behandlingshem, skapa kontakter och såna saker” (IP3).

Diskussion

Personer med allvarlig psykisk ohälsa tillhör de mest utsatta i samhället och majoriteten är i behov av samtidiga stöd och behandlingsinsatser från ett flertal verksamheter (Molin, Alborn & Lizén 2007). En ökad förståelse för hur insatser och stöd av olika

slag uppfattas är mycket angeläget då detta skulle kunna bidra till hur insatser/stöd/behandling ytterligare kan förbättras. Syftet med studien var att utifrån ett antal kvalitativa intervjuer undersöka hur brukare uppfattar kontakten med ett ACT team.

Resultatdiskussion

Studiens första tema var:

Upplevelse av förändring

Ett tema som framkom i analysen var uppfattningen om att kontakten med ACT lett till förändringar i brukarnas liv. De kategorier av förändringar som framkom var följande: *upprätthållandet av vårdkontakt och andra kontakter, struktur i vardagen samt ökad självständighet och stabilitet ledde till positiva förändringar i brukarnas liv.*

Generellt vad gäller insatser och stöd, oavsett metod, är det yttersta syftet att det ska leda till positiva förändringar i brukarens liv. De upplevelser av förändringar som framkom i denna studie stämmer ganska väl överens med det ACT som metod arbetar med, vilket inbegriper stöd till ett mer självständigt liv, men med en grundtrygghet att hjälp finns när det behövs (Björkman & Hansson, 2007). Vad gäller *upprätthållande av vårdkontakt och andra kontakter* är detta mycket viktigt eftersom tidigare forskning visat att avbrott i behandlings- eller stödsatser kan leda till allvarliga konsekvenser för individen i form av återinläggningar på sjukhus, hemlöshet, våldshandlingar eller suicid, (Dixon m fl, 2009).

Forskning inom området visar att när brukaren får hjälp med att ta emot behandlingsinsatser på ett mer regelbundet sätt så leder det till ett bättre psykiskt

mående när de är kvar i vårdkedjan och ökar möjligheten att de också får sina somatiska tillstånd uppmärksammade (Palmstierna 2004).

Upprätthållande av vårdkontakter och andra kontakter i den här studien innebar också att den fysiska hälsan uppmärksammades. Angående somatiska problem som brukarna med allvarlig psykisk ohälsa ofta kan ha så uppmärksammas de inte i samma utsträckning i den vanliga psykiatriska vården trots att de oftare än andra grupper inom psykiatrin skadar sig och skadas på grund av den utsatthet de befinner sig i (Björkman & Hansson, 2007). En annan positiv aspekt av kontinuitet med ett team är att när brukarna mår sämre uppmärksammas detta i tid och de behöver inte söka sig till Akutvård eller/och läggas in på en slutenvårdsavdelning vilket är positivt i första hand för dem själva men även ur en samhällsekonomisk aspekt (Björkman & Hansson, 2007).

I studien framkom också att brukarna uttryckte att de fått hjälp att bättre strukturerat upp sin vardag. Med utgångspunkt från sina egna behov kunde hade de utformat sin egen planering. Kontakten med teamet var en naturlig del av vardagsrytmen vilket gjorde att samtalen inte blev laddade med Cae Managern. Det medförde också att brukarna fick möjlighet att framföra sina åsikter och träna sig i argumentering vilket gav dem en känsla av ökad självständighet och stabilitet. Det en viktig förändring för att denna brukargrupp med allvarlig psykisk ohälsa med eller utan missbruk finns alltid en risk att man känner sig missförstådd i kontakten med myndigheter och andra i samhället. Känslan av att vara missförstådd leder lätt till irritation vilket ibland kan sluta med bråk. Konsekvenserna av detta kan bli dramatiska, kränkande och smärtsamma med t.ex. skadegörelse, skador på andra människor, skador på sig själva vilket kan sluta i en polishandräckning samt inlåsning. (Coldwell & Bender 2007).

Studiens andra tema var:

Vad som uppskattats i kontakten?

En s.k. lång inledningsfas innebär att brukaren inte skyndas på att prestera något. Den får ta den tid den behöver för att knyta kontakten med CM, lära känna denne och hitta en tillit i kontakten. Kontakten är med andra ord förutsättningslös. Brukarna har sällan upplevt det som en av dem så fint kommenterade: att denne fick möjlighet till samtal ”oavsett vind och väder”, d.v.s. med någon som kunde lyssna förbehållslöst.

Inga färdiga mallar finns i mötet med brukaren utan denne möts där den är. Oavsett om det gäller en bilskjuts, kontakt med en socialsekreterare, hjälp med en flyttlåda eller hjälp att hitta ett boende – så går det bra. Det är inte, som en brukare påpekade, ”ett kallt professionellt möte” utan ett möte mellan människor – just det som fattats i deras liv.

På våra vårdinrättningar samt på socialtjänstkontoret ställs ofta krav på brukarna redan vid första kontakten. Detta leder till att de känner sig osedda, till uteblivna besök och därmed kan de hamna utanför systemet och inte tillgodogöra sig den hjälp de eventuellt skulle kunna ha haft rätt till. (Holmqvist 2009)

På grund av de effektivitetskrav som finns på sjukvård och kommun så finns inte den möjligheten till en lång inledningsfas och en mellan-mänsklig kontakt (Holmqvist 2009).

Enligt studien uppskattade brukarna samordning. En Case Manager som höll ”i alla trådar d.v.s. samlade brukaren med alla berörda parter till ett och samma möte så att alla visste vad som sagts och planerats samt såg till att brukaren fick den insats den behövde. Viktigt var också att Case Managern hade kompetens och kunskap nog att kunna leda nätverksmötena. Samordningen av nätverksmötena gav möjligheter till medgivande om sekretesslättnad. Det var viktigt i det avssende att sekretessen mellan olika organisationer som t.ex. mellan sjukvården och socialtjänsten kan ibland hindra flödet av information gällande brukarens planering vilket leder till att planeringen inte blir effektiv då planeringarna hos sjukvården och de olika myndighetskontakterna kan innehålla olika mål för en och samma brukare (Törnblom 2010).

Lättillgänglighet är kärnan i en fungerande kontakt enligt studiens resultat. Brukarna upplevde att de enkelt kunde höra av sig till CM via olika tekniska möjligheter såsom mejl, sms eller telefon. De beskrev att det gav dem en känsla av trygghet om utifall något oväntat skulle hända dem. Om de t.ex. mådde dåligt och inte kunde komma på ett planerat besök så hade de ändå en möjlighet att få träffa CM i hemmet. Hembesöken ledde också till minskad isolering.

Sjukvården har idag en s.k. Vårdgaranti som gör att brukarna kan få vänta i tre månader innan de får hjälp vilket visar på en svårtillgänglighet för den som är i nöd. När brukaren inte får hjälp i tid kan det leda till olika konsekvenser som t.ex. isolering, suicid eller våldbrott (Törnblom 2010).

Även möjligheten att få hjälp hos Socialtjänsten är omgärdad av olika hinder p.g.a. uppdelningen av olika ansvarsområden. Enheterna arbetar alltså var och en för sig med t.ex. ekonomi eller psykisk ohälsa eller missbruk eller boende osv vilket också gör dessa enheter svårtillgängliga. Det innebär att brukaren kan ha olika handläggare inom olika enheter/ansvarsområden utan gemensam planering och de är ofta svåra att nå. (Törnblom 2010).

Enligt ett av exemplen på ”praktisk hjälp och anpassat stöd”, enligt studien, handlade det om att hitta ett boende vilket är en viktig faktor som behövs för att hjälpa deras tillvaro att ta form.

Just dessa brukare har svårt att bo kvar på ett och samma ställe och att anpassa sig. En av anledningarna kan vara att boendena som finns inte är anpassade för deras behov och inte heller har tillräckligt med olika inriktningar vilket begränsar brukarnas val (Coldwell CM, Bender WS 2007).

Ovanstående resultat från studien överensstämmer delvis med resultatet av en svensk studie, Ekermo och Zovko (2007). Huvudfrågan i studien var hur brukarna uppfattade Case Management. Studien omfattade intervjuer med sex klienter. Resultatet visade att

klienterna inte hade så mycket vetskap om Case managern, uttalanden om förväntningar gjordes försiktigt men klienterna uttryckte sig ändå positivt. Intervjupersonen som haft en längre kontakt med sin Case manager visade uppskattning över stöd, hembesök, kontakt via telefon, bilskjuts, hjälp med myndighets- och vårdkontakter samt att de uppskattade att Case managern fanns till hands. Här skiljer sig studiernas frågeställningar åt angående om hur brukarna uppfattade CM och inte kontakten i sig. Resultatet gällande vad som uppskattades överensstämmer dock.

Det är viktigt att tilläggas att i de flesta studier och blant annat i (Ben-Porath, Peterson, Piskur & Carol, 2004; Dincin, Wasmer, Witheridge, Sobeck, Cook & Razzano, 1993; Malm, 2008; Ziguras & Stuart, 2000) betraktats ofta inläggning i slutenvård är ett centralt utfallsmått för att värdera förändringar.

Enligt ovanstående studier resultat har Case Management enligt ACT bidragit till en minskning av psykiatrisk slutenvårdskonsumtion, vilket är ett område som denna studie inte berör eftersom antalet inläggningar som sker inte behöver innebära ett misslyckande utan ibland kan vara ett tecken på att stödfunktionerna upptäckt ett icke tillgodosett behov enligt Socialstyrelsen 2011.

Likheterna i studierna däremot hittar vi i hur brukarna upplever Case management enligt ACT. Resultatet visar att de upplevde att denna metod ledde till en stor förståelse, ökad trygghet, ett större inflytande, större kunskaper, bättre tillgång till sina rättigheter och att deras relationer blivit mer trygga, d.v.s. positiva förändringar vilka överensstämmer med denna studie.

Detta resultat överensstämmer delvis med ytterligare två svenska studier (Holmqvist 2009, Käcker 2010) som visar att Case management enligt ACT modellen för personer med psykisk funktionsnedsättning och komplexa vårdbehov fungerar väl utifrån ett klientperspektiv. Det finns en tydlig tendens till en förbättrad psykisk hälsa, ett minskat missbruk och en ökad livskvalitet för gruppen. I ovannämnda studiers målgrupp ingår personer med funktionsnedsättning och komplexa vård behov med missbruk vilket

skiljer sig från denna studies målgrupp som inkluderar svåra psykiskt sjuka personer även utan missbrukproblematik.

Bjorkman & Hansson, 2000; Fallon, 1999) visar på liknande resultat, att Case management enligt ACT bidrar till att brukarna upplever en högre grad av livskvalitet, en minskad upplevelse av psykiska besvär och ett större inflytande över sina liv vilket överensstämmer med denna studies resultat gällande positiva förändringar i brukarnas liv.

Av studiens resultat framkom att brukarna uppskattade lång inledningsfas för att det gav dem möjligheter till en Personlig kontakt. Det finns ringa evidens gällande Case Manager om vad som avses när man pratar om behandlarrelation, terapeutisk allians, hjälpande allians eller samarbetsrelation. Men det är ett viktigt inslag i psykiatriskt vårdarbete (Elvins & Green 2008).

Att författaren arbetade som Case Manager på teamet när intervjuerna skedde hade troligtvis både sina för- och nackdelar. En nackdel skulle kunna vara att brukarna var mer sparsamma med sina negativa åsikter och kommentarer. Å andra sidan kunde en fördel vara att just författaren var ett känt ansikte för brukarna vilket skulle kunna innebära en ökad trygghet i intervjusituationen.

Författaren som har fått vara med från uppstarten av teamets tillblivelse kan uppfattas ha haft ”positiva glasögon” på sig och därmed kanske ha påverkats av en förförståelse i processen med datainsamlingen och analysen vilket skulle kunnat påverka resultatet i positiv riktning. Men alla intervjuer utom en finns på band varför författaren inte upplever att så är fallet. Om ett resultat är positivt så är det så.

Metoddiskussion

Att ha intervjuer som datainsamlingsmetod var fördelaktigt på grund av att frågorna kunde utformas efter brukarnas funktionsnivåer från gång till gång. Deltagarnas problematik är komplex, ofta med kognitiva funktionsnedsättningar, vilket gör att funktionsnivåerna

varierar varför det inte var helt lätt att genomföra intervjuerna på ett sedvanligt sätt. Brukarna kunde t.ex. lida av abstinens, tvångstankar och/eller paranoida föreställningar just när vi skulle genomföra en intervju och då fick vi avbryta intervjun för att fortsätta en annan dag. En enda intervju kunde ta fyra tillfällen/besök i anspråk. Intervjuaren tillmötesgick alltid brukarens önskemål om att endera gå eller också sitta kvar, tala om andra ämnen och/eller dricka en kopp kaffe med dem. Ett annat exempel på att tillmötesgå en brukare var att inte använda bandspelaren vilket denne starkt ogillade. Trots ovanstående förhållanden blev alla intervjuerna genomförda och inget bortfall finns.

Alla brukarna hade valmöjligheter när det gällde platsen för intervjun. Det egna hemmet blev platsen för alla utom en som önskade att vi bokade rum på en mottagning utan någon känd anledning. Fördelen för övriga som valt sitt hem var att intervjun kunde utvecklas till en dialog kanske därför att hemmet är en trygg miljö.

Att ha en semistrukturerad intervjuguide var både till fördel och nackdel för datainsamlingen och analysen. Fördelen var att den ”röda tråden” i datainsamlingen kunde hållas genom alla splittrade intervjutillfällen och trots alla svårigheter.

Nackdelen var att det inte gick att vara helt trogen metoden Grundad Teori, vilken inte förespråkar semistrukturerad intervjuguide.

Slutsatser, implikationer

ACT Nordost är första teamet som arbetar enligt en lokal anpassad ACT modell och är ett samarbete mellan socialtjänsten, Beroendekliniken och psykiatrin i nordöstra Göteborg. Ett team som har startat 2009 enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinje (2005) rekommendationer. Det finns stora förhoppningar för att hitta optimala lösningar som leder till bättre livskvalitet för målgruppen.

Implementeringen av ACT-modellen ska inte betraktas som ett mekaniskt införande av en detaljängiven modell. Snarare handlar det om en grundidé som kan anpassas till

lokala villkor och förutsättningar som gäller i organisationer, kommuner och landsting. För personer med långvarig psykisk sjukdom är det långsiktiga målet det att deras livssituationer ska förbättras. Genom individuellt sammansatta och samtidigt koordinerade vård-, hjälp- och stödinsatser, vilket utgör kärnan i Case management enligt ACT, kan detta uppnås, vilket forskningsstudier visat (Socialstyrelsen 2011).

Denna studie har inte berört graden av påverkan på brukarnas missbruk/beroende eller antal inläggningar på slutenvård. Här ligger fokus på brukarnas erfarenheter av CM och ACT.

Enligt studien har alla brukarna varit positiva till det anpassade stöd de fått. Trots att vi är ett lokalt anpassat ACT team d.v.s. i avsaknad av ett par av de centrala komponenterna enligt ursprunglig ACT modell så har vi ändå fått en feedback från brukarna på att insatserna fungerar. En CM sågs som en fast punkt i tillvaron som kunde hålla i alla trådar så att deras liv blev mer hanterligt.

Inom psykiatri och missbruksvård samt socialtjänst letar man efter, och hoppas att hitta, en så kallad "Golden key/en gyllene nyckel" som skulle kunna öppna många nya dörrar till nya möjligheter och arbetssätt vilka skulle kunna leda till en bättre livskvalitet för dessa brukare, som har ett utökat behov av samtidig vård och stödinsatser från ett flertal verksamheter. Personer som tidigare provat på olika behandlings- och stödinsatser men inte fått önskad effekt skulle kanske kunna få en god hjälp av ett ACT team med utbildade Case Managers istället.

Den här studien har kanske inte hittat den Gyllene nyckel som alla önskar hitta men kan kanske visa vägen dit.

REFERENSER

Ahrne, G., & Eriksson-Zetterquist, U (2011). Intervjuer. I G. Ahrne & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s.36-56). Malmö: Liber AB.

Alling, C; Beck, O, Bergman, H., Helander, A., Jenner, H; Nyström, S. (2006). Markör Markörer och diagnostiska Test. I: Faktaunderlag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård Stockholm: Socialstyrelsen.

Ben-Porath, D., Peterson, G., & Piskur, C. (2004). Effectiveness of and Consumer Satisfaction with an Assertive Community Treatment Program for the Severely Mentally Ill: A 3-Year Follow-Up. *Psychiatric Service*, 1, s 40-47.

Bergh, A, Topor, A, Schön, U-K, Tidemalm, D, Svensson, J (1998). Perspektiv på psykiatrireformen. FoU-enheten, Västra Stockholms Sjukvårdsområde.

Björkman, T (2000). Case management for individuals with severe mental illness. A process – outcome study ten pilot services in Sweden. Lund University.

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

Björkman, T., & Hansson, L. (2000). How does case management for long-term mentally ill individuals affect their use of health care services? An 18-month follow-up of 10 Swedish case management services. *Nordic journal of Psychiatry*, 54, s 441-447.

Boklund, A (1987). *Samverkan inom socialtjänsten*. Stockholm: Stockholms Universitet.

Burns, T & Firn, M (2005). *Samhällsbaserad psykiatrisk vård*. Lund: Studentlitteratur.

Byrne, P (2001). Psychiatric stigma. *British Journal of Psychiatry* 178:281:284.

Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C Lockwood a, Marshall M (2007). Use of Intensive Case Management to Reduce Time in Hospital in People with Severe Mental Illness: Systematic Review and Metaregression. *British Medical Journal*, 7615:336:340.

Burns, T (2009). End of the road for treatment-as-usual studies? *The British Journal of Psychiatry*, 195, 5-6.

Centrum för Evidensbaserade psykosociala Insatser CEPI (2011). Uppsökande, informeraende och förebyggande insatser för personer med psykisk sjukdom med risk att utveckla allvarig psykisk sjukdom.

Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory*. London: Sage Publications.

Craig, M; Coldwell CM, Bender WS (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 164:393-399.

Denscombe, M. (2004). *Forskningens grundregler. Samhällsforskarens handbok i tio punkter*. Lund: Studentlitteratur.

Dieterich, M., Irving, C., B., Park, B., Marshall, M. (2010). Intensive Case Management for Severe Mental Illness. *Cochrane database of systematic reviews* 2010;(10):CD007906

Dixon L, Goldberg R, Iannone V, Lucksted A, Brown C, Kreyenbuhl J, Fang L, Potts W (2009). Use of a critical time intervention to promote continuity of care after psychiatric inpatient hospitalization. *Psychiatric Services*:60:451-8.

Essock, S, Mueser, K, Drake, R, Covell, N, McHugo, G, Frisman, L, Kontos, N, Jackson, C, Townsend, F & Swain, K (2006). *Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders*. ><http://ps.psychiatryonline.org/content/vol57/issue2/>< 2006-04-15.

Elvins R. Green J. The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review* 2008;28:1167-1187.

Ekermo, M., Zavko, D. (2007). Att utbilda vävare och bygga vävstolar samtidigt. Utvärdering av Sveriges Kommuner och Landstings metodutvecklingsarbete med case management för människor med dubbla diagnoser. Västerås: Arkitektkopia.

Fejes, A & Thornberg, R. (2011). *Kvalitativ forskning och kvalitativ analys*, I A. Fejes & R. Thornberg (Red.), Handbok i kvalitativ analys (s.13-37). Stockholm: Liber AB.

Fridell, M; Jansson, I (2003). Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor. Statens institutionsstyrelse.

Fridell, M. Hesse, M. (2006). *Psykosociala interventionsmetoder vid kriminalitet och drogmissbruk*. Metaanalyser och randomiserade kontrollerade studier. Kriminalvården, Förlaget, 601 80 Norrköping. Fax nr: 011-496 35 17. Hemsida: www.kvv.se . Beställn.nr: 4831 ISBN. 91-85187-17-8 .ISSN 1650-8335

Frykedal Forslund, K. & Thornberg, R. (2011). *Grundad Teori*, I A. Fejes & R. Thornberg (Red.). Handbok i kvalitativ analys (s.38-61). Stockholm: Liber AB.

Glaser, G., B. (2010). *Att göra grundad teori - problem, frågor och diskussion*. Mill Valley: Sociology Press.

Guvå, G. & Hylander, I. (2003). *Grundad Teori- Ett teorigenererande forskningsperspektiv* Stockholm: Liber AB.

Hartman, J. (2001). *Grundad teori*. Lund: Studentlitteratur.

Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*. Art. No.: CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3. 36

Hesse, M., Vanderplaschen, W., Rapp, R. C., Broekhardt E. & Fridell M. (2007). Case management for persons with substance use disorders (Review). *The Cochrane Collaboration*, 2007(4): 1–50, Cochrane Library, Wiley Publishers.

Holloway, F. (1991). Case Management for the Mentally Ill: Looking at the Evidence. *The International Journal of Social Psychiatry*, 37, (1), 2-13.

Holmqvist, A (2009). ACT teamet samlat stöd för personer med psykisk sjukdom och missbruk i Huddinge. Stockholms läns Lansting. Öppenvårdenheten inom Missbrukssektionen , Socialförvaltningen.

Jeffery DP, Ley A, McLaren S, Siegfried N (2000) Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane*

Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2.
><http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001088/frame.html>< 2006-04-15.

Killaspy, H, Kingett, S, Bebbington, P, Blizard, R, Johnson, S, Nolan, F, Pilling, S, King, M (2009) Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes, *The British Journal of Psychiatry*, 195, 81-82.

Kihlström, J (2007). Böjelser och begär. En kritik av medicinens beroendebegrepp. *Örebro Studies in Sociology*.

Kreyenbuhl J, Nossel IR, and Dixon LB 2009;35:696-703. Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*.

Käcker, P (2010). Utvärdering av ett arbetssätt "Assertive Community Treatment ACT" ur ett klientperspektiv.

Lundberg, L (2004): "Unga röker för att dämpa sin oro" *Drugnews nyhetssite www.drugnews.nu; Publicerad 2004-06-01*.

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

McKeon, P, Carrick S. Public attitudes to depression: a national survey. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 1991;8:116:121.

McGrew, J.H & Bond G.R (1995). Critical ingredients of assertive community treatment: judgements of the experts, *Journal of Mental Health Administration*, 22, 113-125.

McHugo, J.G., Drake, E.R., Teague, B.G., & Xie, H. (1999) Fidelity to Assertive Community Treatment and Client Outcomes in the New Hampshire Dual Disorders Study. *Psychiatric Services*, 50, 818-824.

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

Malm, U., & Fallon, I. R. H. (2008). *Integrerad Psykiatri e-Arbetsbok 2008*, Vol. 1, 58.

Marshall, M., Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Cochrane database of systematic Review 2007; (2): CD001089*.

Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A. (2000). Case management for people with severe

mental illness. *Cochrane database of systematic Review 2000; (2): CD000050.*

Miles M. B, Huberman A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook.* Thousand Oaks, CA: Sage publications.

Molin, L., Alborn, S-E., Litzén, M-L.(2007). Hur kan vi hjälpas åt? Om samverkan och utvecklingsarbete bland verksamheter som arbetar med personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk. Slutrapport från projekt KPM. Beroendekliniken Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Morse, G. A., Calsyn, R., Klinkenberg, W. D., Trusty, M. L., Gerber, F., Smith, R., Tempelhoff, B., Ahmad, L. (1997). "An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons". In *Psychiatric Services* 48:497-503.

Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E. & Resnick, R.G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24 sid. 37–74

Mueser, K. T (2009). Missbruk och psykiatrisk samsjuklighet– integrerade insatser för vård och behandling Dokumentation från heldagskonferens för politiker, chefer och medarbetare i kommuner, hälso- och sjukvård, kriminalvård och frivilligorganisationer Göteborg.

Nosé M, Barbui C, Tansella M (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological Medicine* 33:114960.

Nosé M, Barbui C, Gray R, Tansella M. Clinical interventions for treatment nonadherence in psychosis: meta analysis. *British Journal of Psychiatry* 2003;183:197206.

O'Brien A, Fahmy R, Singh SP. (2009). Disengagement from mental health services. A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 44:558 68.

Palmstierna, T. (2004). Behandling av personer med komplexa vårdbehov pga psykisk störning och missbruk. Rapport. Stockholms läns landsting.

Piuvu, K. & Lobos, C. (2008). Case management Utvärdering av en arbetsmetod i samverkan mellan vård och socialtjänst. ErstaSköndalHögskola. Fältenheten.

Pekkala ET, Merinder LB. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.*

Rosen, A., & Teesson, M. (2002). Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35*, 731-746.

Törnblom, M (2010). Kartläggning av människor med komplexa vårdbehov inom missbruksområdet.

SBU (2001). Behandling av alkohol och narkotikaproblem (vol. 11). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

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

Scott, J, Lehman, A (2001). *Case management and assertive community treatment. . I: Thornicroft, G & Szumukler, G (eds): Textbook of Community Psychiatry.* New York, Oxford University Press.

Smith L & Newton R (2007). Systematic review of case management. *Aust N Z J Psychiatry, 41*(1):2-9.

Socialstyrelsen (1988). Psykiatri i utveckling. Mot öppnare vårdformer och ökad samverkan. PM 1988:21.

Socialstyrelsen. (1998:2). *Reformens första tusen dagar, Årsrapport för Psykiatireformen 1998.* I serien: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. 1998:4. Huvudansvarig för rapporten: Peter Brusén. Allmänna förlaget. Stockholm.

Socialstyrelsen (1999). Valfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatireform. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1

Socialstyrelsen (1999). Personer med svår psykisk störning och missbruk. (Psykiatriuppföljningen 1999:1) Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (1999:2). *Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer.* Ingår i skriftserien PSYKIATRI uppföljningen. Rapport 1999:3. Huvudansvarig för rapporten: Lars Hansson och Tommy Björkman. Allmänna förlaget. Stockholm.

Socialstyrelsen; (2003). Socialstyrelsen och länsstyrelserna. Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Tillsyn av verksamhetsplanering och utbud av insatser. Rapport framtagen i samverkan mellan Socialstyrelsen och Länsstyrelsen. Stockholm:

Socialstyrelsen (2004). Förbättringsprocessen hos personer med svår psy-kisk störning och missbruksproblem. En långtidsuppföljning av Social-styrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatireformen. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2005) Personligt ombud 2000-2004.

Socialstyrelsen (2007). Nationella riktlinjer för missbruk och beroendevård Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.

Socialstyrelse, 2011 Metod på drift. En studie om implementeringen av en nationell utbildningssatsning på CaseManagement enligt ACT-metoden för personer med psykiskt funktionshinder. ISBN 978-91-86885-28-1. Artikelnr 2011-6-20. Publicerad: www.socialstyrelsen.se, augusti 2011.

Socialstyrelsen, (2011). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni ellerschizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. Preliminär version. Socialstyrelsen 2011-02-15.

Statens Folkhälsoinstitut. *Psykisk sjukdom. Vad är det?* < <http://www.fhi.se> > Tillgänglig 2010-10-14.

Svensson, B (2003): Knarkare och plitar. Tvångsvården inifrån. Carlssons.

Topor, Alain. (1987). Vårdbiträdenas samlade tystnader Hemtjänsten, människor och psykiska problem. Forsknings- och utvecklingsbyrån. Stockholms Socialförvaltning.

Topor, Alain. (1997). Att återhämta sig från svåra psykiska störningar – en litteraturstudie. FoU-enheten/psykiatri. Västra Stockholms Sjukvårdsområde. Bromma.

Topor, A; Schön, U-K; Bergh, A; Tidemalm, D & Svensson, J (1998). *Perspektiv på psykiatrireformen*. Rapport, FoU enheten/psykiatri, Västra Stockholms Sjukvårdsområde, 1998:5.

Vetenskapsrådet (2002) Etiska åtaganden.

Wright C, Catty J, Watt H, Burns T(2004). A systematic review of home treatment services classification and sustainability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39:789-96.

World Health Organisation (2010). Management av substance abuse. Washington: USA. BRÅ-rapport 2004:3 Brottsutvecklingen i Sverige 2001-2003. Stockholm. Hämtad 2008-01-21 från <http://www.bra.se>

Åberg-Wistedt, A., Cressel, T., Lidberg, Y., Liljenberg, B., & Ösby, U. (1995). Two-Year Outcome of Team-Based Intensive Case Management for Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 46, 1263-1266.

Öjehagen, A. & Schaar, I. (1999). *Personer med svår psykisk störning och missbruk*. Stockholm, Socialstyrelsen, Psykiatriuppföljningen 1999:1.

Öjehagen, A & Cruce, G (2003) Behandling och stöd till personer med psykossjukdom och missbruk: ett samverkansprojekt mellan psykiatri och socialtjänst. Lund: Lunds universitet, institutionen för klinisk neurovetenskap, avdelningen för psykiatri.

Öjehagen, A. & Schaar, I. (2004). Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem – En långtidsuppföljning av Socialstyrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatrireformen. Stockholm, Socialstyrelsen.

Ziguras, S.J., & Stuart, G.W. (2001). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric services*, 51, 1410-1421.

BILAGA 1 Brev till Primärteam

Till: ACT Nordost primärteam

Göteborg den 11 januari 2012

Hej!

Mitt namn är Maria Ahmadikhatir och är Case manager/psykiatrijuksköterska, har en tjänst på ACT team sedan 11 augusti 2009. Jag planerar att skriva en D-uppsats (master uppsats).

Jag kommer att belysa: ” *Patientens/ klientens erfarenheter av kontakt med ACT team* ”. Syftet med studien är att utifrån ett antal intervjuer undersöka hur brukarna uppfattar kontakten med ACT team.

Jag vill genomföra intervjuer med ett antal brukare som har kontakt med ACT team.

Jag önskar er tillåtelse att genomföra denna studie.

Med vänliga hälsningar

Maria Ahmadikhatir

Case manager/Leg psykiatrijuksköterska

Maria.ahmadikhatir@vgregion.se

Min handledare är Kristina Berglund lektor på Psykologiska institutionen Göteborgs universitet.

Kristina.berglund@psy.gu.se

Bilaga 2 Information till Brukarna

Vad anser du om kontakten med ACT Nordost?

För att erbjuda bästa tänkbara stöd och behandlingsinsatser, behöver vi ta reda på vad du och andra brukarna som har kontakt med oss anser om det stöd och behandlingsinsatser du har fått på ACT teamt.

Vi ber dig därför delta i en intervju med Maria Ahmadikhatir case manager/psykiatrisjuksköterska som arbetar på ACT team . Resultatet från denna undersökning skall sedan hjälpa oss att så långt det är möjligt, göra förbättringar utifrån dina erfarenheter och synpunkter.

Din medverkan är frivillig. Ditt svar kommer att behandlas konfidentiellt. Vi frågar inte efter ditt namn eller personnummer.

Ansvarig för denna studie är Case manager/ Leg Sjuksköterska Maria Ahmadikhatir. Om du har några frågor kring om denna undersökning är du välkommen att ringa

031 – 365 41 62.

Bilaga 3 Intevjuguide

Allmänna erfarenheter

1. Hur tycker du det är att ha kontakt med ACT Nordost?
2. Vad tycker du om är skillnaden mellan ACT NO, s stöd och hjälp i förhållande till annan hjälp och stöd du fick tidigare?
3. Har du upplevt någon form av förändring efter du har fått kontakt med ACT NO? Vilka är de? Nämn några
4. Har du upplevt någon form av förändring i ditt privata liv efter kontakt med ACT NO?

Vad mer du skulle ha sagt?

Ömsesidig påverkan/samspel

1. Vad tycker du är viktigt för att det ska fungera i kontakten?
2. Känner du dig delaktig i planering och genomförande av ditt stöd och behandlingsplan?
3. Hur upplever du att din handläggare på socialtjänst och sjukvård och din case manager samarbetar?

medverkan/delaktighet

1. Upplever du att du får vara med och bestämma innehållet i planeringen?
2. Upplever du att din Case manager har lyssnat och tagit fasta på dina egna upplevelser och erfarenheter?

3. Om någonting inte fungera upplever du att du kan vara med och bestämma att något kan förändras? På vilket sätt?

4. Har du haft samma case manager hela tiden?

5. Finns det stöd och behandlingsinsatser som du önskat men som det inte funnits tillgång till?

6. Har du möjligheter att komma i kontakt med din Case manager på ACT Nordost när du har haft behov av det?

7. Anser du att du har fått stöd och behandling i den omfattning som du anser att du behöver?

8. Vad anser du skulle kunna bli bättre när det gäller dina stöd och behandlingsinsatser på ACT Nordost?

9. Finns det något som du själv skulle vilja förändra när det gäller dina stöd och behandlings insatser på ACT Nordost? Är det något du saknat eller särskilt uppskattat?

10. Vad anser du har betydelse för ett gott stöd och behandlings insatser?