



**PROJEKT OM STÖD TILL  
UTVECKLING AV INTEGRERADE  
VERKSAMHETER INOM  
PSYKIATRISK ÖPPENVÅRD  
– EN UTVÄRDERING**



# Förord

I en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen från maj 2012 har man enats om en satsning på att utveckla och samordna insatserna mot psykisk ohälsa. I ett av delmålen för denna satsning fanns ett uppdrag för SKL att utveckla och samordna kunskap om integrerade verksamheter för personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionsnedsättningar med en omfattande och komplicerad problematik. Som en del av detta uppdrag har SKL initierat ett projekt för att pröva och implementera integrerade insatser för denna målgrupp. Projektet döptes sedermera till *I-nod* ([www.I-nod.se](http://www.I-nod.se)) och kom att omfatta tre insatser: *Assertive Community Treatment* (ACT), *Flexible Assertive Community Treatment* (FACT) och integrerade verksamheter för samtidig psykisk sjukdom och missbruk. Det främsta exemplet på det senare är s.k. dubbeldiagnosteam utvecklade av Mueser m.fl, som kan betraktas som *ACT-team* med ett särskilt fokus på samtidig behandling av missbruk. I projektet har också ingått en satsning på utveckling och implementering av samordnade individuella planer som i en svensk kontext kan ses som en viktig grund för att arbeta med brukare i integrerade verksamheter.

Forskningen kring integrerade verksamheter är internationellt sett omfattande, framförallt när det gäller ACT-verksamheter där evidensen för effektivitet är god. Trots flera tidigare ansatser för att implementera denna typ av verksamheter, har dessa haft svårt att få fotfäste i det svenska vård- och stödsystemet, vilket får ses som en bakgrund till den aktuella satsningen från SKL.

Föreliggande rapport behandlar den utvärdering som knöts till projektet. Denna utvärdering har genomförts av *Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser* (CEPI). CEPI är ett nationellt forskarnätverk med medlemmar från sex svenska universitet och högskolor. Utvärderingen omfattar både implementeringsprocesser, möjligheterna att etablera integrerade verksamheter med god programtrohet i Sverige, och en uppföljning av brukarna i dessa nya verksamheter. En grundläggande insikt under utvärderingens gång har varit att implementering av integrerade verksamheter kräver stöd under en längre tidsperiod än den *I-nod* omfattat för att nå målet med projektet. Det är dock vår förhoppning att den utvärdering som legat till grund för denna rapport ska kunna ge vägledning för ett sådant fortsatt implementeringsstöd.

Utvärderingen har genomförts av professor Lars Hansson, doktor i medicinsk vetenskap Annika Lexén och docent Bengt Svensson, samtliga från Institutionen för hälsovetenskaper, Lunds universitet.

CEPI

Lund 2015

# Sammanfattning

SKL har initierat ett projekt för att pröva och implementera integrerade insatser för personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionsnedsättningar och en omfattande och komplicerad problematik. Projektet har omfattat en utveckling och implementering av fyra integrerade verksamheter: *Assertive Community Treatment* (ACT), *Flexible Assertive Community Treatment* (FACT), integrerade verksamheter för samtidig psykisk sjukdom och missbruk, och samordnade individuella planer. Ett uppdrag att genomföra en utvärdering av projektet har getts till CEPI, *Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser*.

Utvärderingsmodellen har inkluderat implementeringsprocesser, möjligheterna att etablera integrerade verksamheter med god programtrohet i Sverige, och en modell för uppföljning av brukarna i dessa nya verksamheter. Implementeringsprocessen har följts genom intervjuer med projektledare, teamledare/enhetschefer i verksamheterna, samt chefer inom den kommunbaserade socialpsykiatrin. Skattningar av programtrohet har genomförts periodiskt enligt internationellt beprövade programtrohetsskalor. Uppföljningen av brukarna i verksamheterna har fokuserat på resultatområden där tidigare forskning påvisat en effektivitet för integrerade verksamheter främst relaterat till ACT. Instrument som visat god reliabilitet och validitet i tidigare forskning har använts.

Resultaten från utvärderingen visar att implementeringen av FACT är det delområde som har kommit längst. Tio nya verksamheter har startats och man befinner sig i nuläget i fasen programinstallation och initial implementering. Personal och chefer inom både landsting och kommunen ser vinster med FACT-modellen både vad gäller arbetssätt, vårdkvalitet och psykosocial arbetsmiljö. En slutsats är att det under vissa förutsättningar vad gäller organisation och tidigare arbetssätt är möjligt att under en relativt kort tidsperiod implementera och bedriva FACT med god programtrohet i en svensk kontext.

När det gäller ACT så inkluderades detta delområde först under 2014. På grund av delområdets korta tid i projektet går det därför inte inom ramen för denna utvärdering att beskriva framgångsfaktorer och hinder för spridning och implementering av programtrogen ACT i Sverige. Utgångspunkten för arbetet har varit ett etablerat ACT-team med god programtrohet. I ett särskilt uppdrag har man kartlagt och klargjort de verksamhetsmässiga och juridiska förutsättningarna för att bedriva programtrogen ACT i Sverige. Den juridiska utredningen visar bland annat att det går att överbrygga hinder i form av sekretessregler och hitta rutiner för gemensam dokumentation för både sjukvårdspersonal i landsting och socialsekreterare anställda inom kommunen. För att undersöka i vilken utsträckning programtrogen ACT kan överföras från modellprojektet i Malmö till andra kontexter krävs ytterligare implementeringsinsatser med tillhörande utvärderingar.

Inom området integrerade verksamheter för personer med samtidig psykisk sjukdom och missbruk har man inom ramen för projektet ännu inte börjat sprida och implementera någon modell för sådan verksamhet. Man har genomfört en inventering under senare delen av projektet och tagit fram en utbildningsinsats för att främja området. Utbildningen ger framtida möjligheter till en ökad samsyn och kunskaper om problem vid samtidig psykisk ohälsa och missbruk. En planering för en fortsatt strategi som syftar till att implementera integrerade team inom området har dock ännu inte presenterats. Mot bakgrund av detta är det inom ramen för utvärderingen inte möjligt att uttala sig om hinder och framgångsfaktorer för ett sådant implementeringsarbete. Den genomförda inventeringen visar bland annat att behandlingen av samsjuklighet behöver prioriteras för att förebygga återfall i missbruk och kriminalitet vid övergång från sluten rättspsykiatrisk vård till öppenvård.

När det gäller införandet och ett utökat användande av samordnade individuella planer visar utvärderingen att hänsyn måste tas till den lokala organisationsstrukturen och de behov som finns lokalt. De olika huvudmännen måste också se sig som en helhet snarare än separata verksamheter för att få till en fungerande struktur för samverkan. Det framgår också att det upplevs som viktigt att ansvarsfördelningen är tydlig mellan huvudmännen.

En övergripande slutsats från utvärderingen är att en implementering av integrerade verksamheter kräver stöd under en längre tidsperiod än den I-nod omfattat, för att nå målen med projektet. För FACT-området är ett fortsatt implementeringsstöd av betydelse för att nå full implementering av FACT-modellen i de team som nu startats upp. Ytterligare resurser krävs också för att möta utvecklingsbehov hos team som visat intresse men ännu inte implementerat modellen. För ACT-området ger utvärderingen ingen kunskap om modellen kan överföras till nya verksamheter. Detta kräver fortsatt stöd för både implementering och fortsatt utvärdering av denna implementeringsprocess. Satsningen gällande delområdet integrerade verksamheter vid samtidig psykisk sjukdom och missbruk har ännu inte resulterat i etablerandet av nya verksamheter. En fortsatt satsning inom området med ett tydligare fokus på ett uppdrag att implementera och etablera nya verksamheter är därför av stor betydelse för att främja projektets övergripande mål att ta fram ett utvecklingsstöd för kommuner och landsting.

# Innehåll

Förord	2
Sammanfattning	3
Inledning	6
CEPIs uppdrag	6
Bakgrund – integrerade insatser	8
ACT	8
Integrerade insatser - psykisk sjukdom och missbruk	9
FACT	9
Samordnad individuell plan (SIP)	10
Metod och genomförande	11
Uppläggning	11
Instrument	11
Datainsamling	13
Dataanalys	15
Etiska överväganden	16
Resultat	17
FACT	17
ACT	24
Integrerade insatser- psykisk sjukdom och missbruk	25
Samordnad individuell plan (SIP)	27
Diskussion	31
FACT	31
ACT	32
Integrerade insatser - psykisk sjukdom och missbruk	33
SIP	33
Slutsatser från utvärderingen av I-nod	33
Referenser	35
Bilaga 1	37

# Inledning

I en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen från maj 2012 har man enats om en satsning på att utveckla och samordna insatserna mot psykisk ohälsa. I ett av delmålen fanns ett uppdrag för SKL att utveckla och samordna kunskap om integrerade insatser för personer med psykiska sjukdomar eller psykiska funktionsnedsättningar med en omfattande och komplicerad problematik. Som en del av detta uppdrag har SKL initierat ett projekt som syftar till att ge stöd till utveckling av integrerade verksamheter och arbetsformer inom öppenvård.

Det övergripande syftet med projektet var att:

- att ta fram ett utvecklingsstöd för kommuner och landsting för att underlätta och påskynda införandet av evidensbaserade integrerade arbetsformer och metoder.
- att via programtrohetskontroller och feedback till verksamheterna kartlägga och analysera vad som karakteriserar befintliga insatser, identifiera utvecklingsbehov och -potential, samt initiera systematiska uppföljningar på individnivå för de personer som får sitt stöd i berörda och tillkommande verksamheter.
- att prova ut, och implementera användarvänliga och ändamålsenliga instrument för att regelbundet följa verksamhetskaraktäristika och programtrohet.

Fyra samordningsstrategier - delområden har kartlagts och prövas närmare inom ramen för projektet:

1. Klassiska programtroga *ACT-team*.
2. Anpassade ACT-team vilka genom sin metodologiska närhet till ACT kan anses vara eller genom pågående forskning bli evidensbaserade, typ *FACT*.
3. Integrerade team för personer med samsjuklighet gällande: a) missbruk eller beroende och psykisk sjukdom och b) psykiskt störda lagöverträdare (med eller utan samsjuklighet för missbruk/beroende).
4. Samordnade insatser med hjälp av individuella planer och samarbete mellan verksamheter.

För att genomföra projektet har SKL gett uppdrag åt två landsting/regioner (Östergötland, Västra Götaland), respektive åt ett regionförbund (Västerbotten) och en kommun (Kristianstad) att skapa utvecklingsgrupper kring de fyra samordningsstrategierna. Ursprungligen skapades sådana grupper för tre av strategierna. I ett senare skede av projektet tillkom ett uppdrag inom ACT-området (Psykiatri i Malmö) som förutom ett utvecklingsperspektiv också fokuserade på en utredning av det rättsliga utrymmet för programtrogen ACT-verksamhet i Sverige. Ett utvärderingsuppdrag har också getts till CEPI. För CEPIs räkning har professor Lars Hansson, Dr Med Vet Annika Lexén och docent Bengt Svensson arbetat med projektet. Dessa är också ansvariga för föreliggande rapport.

## CEPIs uppdrag

- Sveriges kommuner och landsting har gett CEPI ett utvärderingsuppdrag kring projektet *Stöd till utveckling av integrerade verksamheter och arbetsformer inom öppenvård*. I överenskommelsen med Sveriges kommuner och landsting anges att CEPI ska genomföra uppdraget enligt följande: CEPI ska bygga upp en organisation för kunskapsstöd för att genomföra till satsningen knutet forskningsuppdrag. I denna uppgift ingår att förse de respektive deltagande områdena med relevanta instrument, skattningsskalor och dokumentationsmallar, samt att vid behov utveckla, anpassa och implementera relevanta sådana metoder/instrument.

- CEPI ska vidare ge visst konsultstöd till projektledarna för respektive delområde vad gällande frågor om uppföljning, utbildning och metodik.
- CEPI är ansvarigt för viss del av datainsamlingen (främst regelbundna fidelityskattningar och motsvarande), för sammanställning av erfarenheter och databearbetning, analys, samt återföring.

Av uppdraget framkommer också att aktuella verksamheterna inom de olika integrerade insatserna är ansvariga för delar av fältarbetet, som att göra datainsamling på individnivå, till exempel data från kvalitetsregister och journaldata), samt att vara kontaktpersoner gentemot Lunds universitet.

# Bakgrund – integrerade insatser

## ACT

*Assertive Community Treatment* (ACT) är ett samhällsbaserat behandlings- och rehabiliteringsprogram som integrerar vård- och stödinsatser. Det betraktas som en intensiv *Case Management* (CM)-modell och benämns ofta så i litteraturen. ACT utvecklades i USA under 1970-talet av Stein och Test (2) och vände sig till personer med allvarlig och långvarig psykisk sjukdom och funktionsnedsättning som använder mycket psykiatrisk slutenvård. I motsats till övriga typer av CM, där *Case-Managern* (CMn) arbetar individuellt med patienter, har man i ACT-modellen ett team där samtliga i teamet har ett gemensamt ansvar för patienterna, en så kallad delad *Case-load*. Teamet ska vara bemannat på ett sådant sätt att det i princip kan förmedla alla vård- och stödinsatser till sina patienter. Det innebär att det ska finnas en teamledare som både arbetar med patienter och har ett övergripande ansvar för arbetet. Vidare ska det finnas medicinsk kompetens i form av psykiater och sjuksköterskor. Vissa specialfunktioner krävs också för att behoven hos patienterna ska kunna tillgodoses. Det ska finnas en specialist på missbruksvård, en specialist på arbetsrehabilitering och slutligen en så kallad brukarspecialist. Den sistnämnde ska vara en person med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Brukarspecialisten ska ingå som fullvärdig teammedlem och delta i patientarbetet. För att kunna möta de komplexa vårdbehov som patientgruppen har måste antalet vårdtagare vara begränsat. Maximalt antal patienter per teammedlem får inte överskrida tio stycken. Teamet ska också ha möjligheter till att själv rekrytera patienter och ha mandat för att besluta om en person ska antas till programmet eller inte.

Innehållet i vården som förmedlas ska vara evidensbaserad och kunna ges via teamet. Man ska ha en daglig genomgång och planering för samtliga patienter. En viktig princip för vården är att kunna behålla patienterna kvar i behandling och hjälpa dem att hålla fast vid uppgjorda behandlingsprogram. Huvuddelen av vården ska ske i patientens naturliga miljöer och stödet från teamet ska inte vara tidsbegränsat. Dessutom ska teamet vara tillgängligt dygnet runt. Teamet ska behålla kontakten med sina patienter även vid slutenvård, fängelsevistelser eller vistelser på behandlingshem och liknande. När patienternas tillstånd förbättras ska det ske en långsam överföring till mindre intensiva vårdformer, oftast reguljära psykiatriska öppenvårdsmottagningar.(3)

Det är viktigt att betona att ACT är till för en definierad patientgrupp som kännetecknas av att de har en psykosjukdom som lett till funktionsnedsättning som kräver kontinuerlig vård. Personer som lider av primärt missbruk och/eller personlighetsstörning brukar exkluderas. Däremot är det vanligt att personer med psykosjukdom som vårdas av ACT-team har komplicerande samsjuklighet med missbruk, personlighetsstörning eller somatisk sjukdom. Man beräknar att i en given tidpunkt så omfattar den här gruppen cirka 20 % av den population som lider av långvarig och allvarlig psykisk sjukdom.(4)

Arbetet med ACT har pågått i 30 år och den är en väl utforskad och evidensbaserad metod (4). Sedan 2011 finns den med som en högt prioriterad insats i de svenska nationella riktlinjerna för psykosociala insatser för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (5). I den senaste översikten från Cochrane collaboration (6) sammanfattas resultaten från 38 randomiserade och kontrollerade studier genomförda i USA, Europa, Kanada och Australien. Sammantaget representerar underlaget 7 328 personer. I studierna har jämförelser gjorts mellan ACT och mindre intensiv CM (skillnaden har varit att varje CMr haft mer än 20 patienter per teammedlem) dessutom har man studerat skillnader mellan ACT och standardvård. Resultaten visar signifikanta fördelar för patienterna som fått ACT, jämfört med standardvård, med avseende på att stanna kvar i behandlingen, att ha en bättre allmän funktion, att få arbete, att inte vara hemlös och att ha kortare sjukhusvistelser. Det sistnämnda gällde särskilt personer som tidigare haft en hög konsumtion av psykiatrisk slutenvård. Det fanns även indikationer på att ACT minskade risken för självmord och för tidig död.



## Integrerade insatser - psykisk sjukdom och missbruk

Det råder samsyn enligt nationella riktlinjer om att behandling och insatser för både psykisk funktionsnedsättning och missbruk ska ske samtidigt och i samordnade former efter den första akuta insatsen (5, 7). För samordning av behandling och andra insatser används dels särskilda team, som erbjuder i huvudsak alla behandlings- och stödinsatser inom samma verksamhet och av samma personer t.ex. ACT-team och dels CM. Dessa ACT-team har samma kravspecifikation som för mer generella ACT-team (se ovan), skillnaden är att de därutöver har ett specifikt fokus på samtidig behandling av psykisk sjukdom och missbruk. Effekten av olika modeller för samordning med detta fokus har undersökts med både kontrollerade randomiserade och kvasiexperimentella studier. En sammanställning av olika RCT-studier i en meta-analys visar i jämförelser en större förbättring på missbruket för patienter i ACT-team, men ingen skillnad på psykiska symtom (8, 9). Behandlings- och uppföljningstiderna i de ingående studierna är generellt mycket korta, och studierna är sinsemellan olika, varför fler studier måste genomföras för att besvara frågan om effekten av samordning av olika specifika behandlingar. I några systematiska översikter har man inkluderat även studier med kvasiexperimentella designar och har då funnit fördelar i användandet av integrerade insatser, till exempel med avseende på minskat missbruk och förbättrad psykisk status (10-12). Dessa studier lyfter fram några viktiga komponenter, som ofta återkommer i dessa behandlingsmodeller; uppsökande och motiverande interventioner, samordnade, stegvisa och långvariga behandlingar för båda tillstånden samt omfattande service. (Texten i detta avsnitt är en sammanfattning av Öjehagen & Cruce (13)).

## FACT

Metoder för att kunna erbjuda intensiv CM enligt ACT inom ramarna för mer ordinär psykiatrisk öppenvård har börjat introduceras. Det mest lovande exemplet är så kallad *Flexibel ACT* (FACT). Detta arbetssätt är utvecklat i Holland där man efter att ha introducerat traditionella ACT-team upptäckte svårigheter kring koordination mellan olika vårdenheter och att det blev långa behandlingsepisoder för patienter knutna till teamen. Tanken bakom FACT är att i stället för att skapa särskilda team för de cirka 20 % som är i behov av ACT, bygga in denna funktion i ett team som även inkluderar de 80 % som inte vid en viss tidpunkt behöver ACT. Det finns också erfarenheter som visar att bland de 80 procenten som vanligtvis fungerar ganska väl finns patienter som periodvis kan behöva ACT-insatser. Samtidigt finns det bland de 20 procenten som är klara kandidater för intensiv CM de som periodvis inte behöver ACT. Detta kräver en flexibilitet som innebär att man inom ett team måste kunna öka eller minska insatserna utan att patienten behöver byta vårdinstans. Dessutom kan man då behandla ett större antal patienter inom ett och samma team. Ett genomsnittligt *FACT-team* i Holland innehåller 7 heltidsanställda CM (sjuksköterskor, socialarbetare, missbruksspecialister), 0,8 psykiater, 0,6 psykolog och 0,5 IPS-specialist. Teamet ansvarar för mellan 200-220 patienter inom ett definierat geografiskt område. Patientgruppen som vårdas innehåller vanligtvis ett 50-tal personer som är i en stabil fas och inte behöver särskilt mycket kontakt med teamet. Detta innebär att varje CM svarar för cirka 20 patienter med större eller mindre vårdbehov. Alltså dubbelt så många som i ett traditionellt ACT-team. (14)

Arbetssättet innefattar både individuell CM för patienter som går i traditionell öppenvård och integrerad uppsökande verksamhet för patienter som är i behov av detta. Patienter som vanligtvis är välfungerande får individuell CM via någon av teammedlemmarna. Om en patient riskerar ett återfall eller att det inträffar någon kris eller liknande, kan CM sätta upp patienten på den så kallade *FACT-tavlan* och därmed överföra ansvaret för patienten till hela teamet. Då inträder samma rutiner som gäller vid ACT. Precis som i sedvanlig ACT har teamet dagliga genomgångar av de patienter som finns på tavlan. När sedan patientens tillstånd åter är stabiliserat förs han eller hon tillbaka till sitt vanliga individuella stöd från sin CM i teamet. (14)

Erfarenheterna från Holland visar att en majoritet av patienterna har ett tidsbegränsat behov av intensiva insatser. De kan ofta överföras efter några veckor eller månader. Det är endast ett fåtal som har mer eller mindre permanenta behov av intensiva insatser med dagligt stöd för att kunna fungera utanför slutenvården. Man har även funnit att antalet patienter som vid ett givet tillfälle finns på *FACT-tavlan* utgör 10-15 % av den totala patientgruppen som teamet ansvarar för, alltså något mindre än de 20 % som brukar anges i ACT-litteraturen. (14)

FACT är ännu inte utvärderad i någon randomiserad kontrollerad studie. De utvärderingar som gjorts har baserats på rutinmässigt insamlad information som finns i olika register. Två holländska studier har jämfört patienter som fått FACT med patienter som fått vård som vanligt. I ena studien undersöktes en grupp patienter från tiden innan FACT infördes med en grupp efter att FACT introducerats (15) och i den andra en grupp som fått FACT med en grupp som inte fått FACT under samma tidsperiod (16). Båda studierna undersökte skillnaderna i symtomkontroll hos grupperna med särskilt fokus på remission. Studierna ger ett visst stöd för att fler patienter uppnår remission om de behandlas av ett FACT-team. I den sistnämnda studien gällde detta enbart om man hade ett uttalat behov av bättre symtomkontroll och i den förstnämnda kunde inte resultaten styrkas när man kontrollerade för oklarheter i data. I England (17) gjordes en studie där man överförde ett ACT-team till att bli ett öppenvårdsteam med FACT. Patientgruppen som överfördes från ACT-teamet fungerade som sina egna kontroller och data från före förändringen jämfördes med data efter. Resultaten visade att antalet inläggningar i slutenvård och antalet vård dagar minskade. De viktigaste slutsatserna var att servicen till patienterna inte verkade försämrats och att förändringen innebar mindre kostnader för vårdinsatserna då teamet kunde behandla fler patienter och att insatserna behovsanpassades. Även om modellen verkar lovande finns således ännu inga studier som utforskat effektiviteten på ett vetenskapligt godtagbart sätt.

## Samordnad individuell plan (SIP)

Sedan den 1 januari 2010 finns likalydande bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (3 f § HSL) och socialtjänstlagen (2 kap. 7 § SoL) om att landsting och kommun ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. För vissa personer bör landstinget och kommunen utgå ifrån att det finns behov av en individuell plan. Det gäller personer med omfattande behov, till exempel personer med samsjuklighet av missbruksproblem och annan psykisk sjukdom, personer med allvarliga psykiska sjukdomar och funktionsnedsättning, ungdomar med omfattande psykosociala behov och personer med demens med behov av somatiska insatser.

En plan kan bara upprättas om den enskilde samtycker och kan således inte upprättas mot den enskildes vilja. Under förutsättning att samtycke från den enskilde finns ska arbetet med planen påbörjas utan dröjsmål och upprättas i samråd med den enskilde och om möjligt med närstående. Enligt lagstiftningen ska planen minst innehålla vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för och vilka åtgärder som vidtas av någon annan än företrädare från kommun eller landsting. Vidare ska det i planen framgå vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för själva planen och hur uppföljning av planen ska ske. Om den enskilde har andra planer ska dessa sammankopplas med den individuella planen enligt SoL och HSL.

Syftet med samordnad vårdplanering är att med samlade insatser, utifrån respektive huvudmans ansvar och i dialog med den enskilde utforma insatser som behövs för att tillgodose den enskildes behov. Initiativ och kallelse till en gemensam vårdplanering kan komma från den part som uppmärksammat ett behov. Grundinställningen ska vara att den enskilde alltid ska vara med vid alla vårdplaneringar som berör henne/honom. I de fall möten sker där brukaren/patienten inte kommer att vara närvarande, ska information om detta samt mötets syfte alltid lämnas till henne/honom.

Vid all samordnad vårdplanering och samordning av vårdinsatser/-stöd ska den enskildes önskemål och prioriteringar inhämtas och beaktas. Närstående och eventuell legal företrädare ska ges möjlighet att delta i planeringen om brukaren/patienten samtycker till detta.

# Metod och genomförande

## Uppläggning

Utifrån SKLs uppdrag till CEPI har en gemensam plan för utvärdering av ACT, ACT/missbruk och FACT utarbetats. Utvärderingen bygger på tre strategier:

1. Att följa implementeringsprocesser genom att undersöka och analysera hinder och framgångsfaktorer vid spridning av de integrerade arbetsformerna. Detta sker genom intervjuer med olika aktörer: projektledare, teamledare och centrala personer inom verksamhetens kommunala och landstingsbaserade psykiatri.
2. Att undersöka i vilken utsträckning de nystartade verksamheterna uppnår en programtrohet efter 6, 12 och 18 månader mot den modell för integrerad verksamhet som ska implementeras (ACT, FACT, DD-team). Detta genomföres genom periodiska skattningar av programtrohet enligt internationellt beprövade programtrohetsskalor.
3. Att genomföra en individuell uppföljning av de brukare som har kontakt med de nystartade integrerade verksamheterna. Fokus för denna brukaruppföljning är de områden där det finns evidens för att integrerade verksamheter utgör effektiva insatser.

I realiteten har denna utvärderingsplan i sin helhet främst applicerats på tillkommande FACT-verksamheter, eftersom ACT-området inkluderats i projektet först under 2014, och med ett delvis annat uppdrag, och eftersom utvecklingsgruppen för integrerade insatser vid samtidig psykisk sjukdom och missbruk främst fokuserat på ett förberedande arbete med samverkan, inventering av aktuella verksamheter och praxis och i slutfasen utbildningsinsatser. För de två senare typerna av integrerad verksamhet har utvärderingen därför främst omfattat att följa processer kring utveckling och implementering av insatsen.

## Instrument

### Uppföljning av programtrohet

*FACT-programtrohetsskalan* (1) har använts för att mäta graden av programtrohet till *FACT-modellen*. Skalan består av 60 variabler fördelade på sju delområden: 1) teamstruktur, 2) teamprocess, 3) diagnostik, behandling och interventioner, 4) organisation, 5) samhällsbaserade insatser, 6) uppföljning/utvärdering, samt 7) professionell utveckling. Varje variabel skattas på en femgradig skala med definierade ankarpunkter där 1=låg överensstämmelse med FACT-modellen och 5=hög överensstämmelse. Bedömningen görs av två oberoende bedömare och bygger på intervjuer med teamledare/enhetschef, psykiater, samt teammedlemmar. Denna programtrohetsskala har inom ramen för CEPIs uppdrag översatts till svenska tillsammans med den FACT manual som utvecklats i Holland. Motsvarande programtrohetsskalor finns för ACT (18) och DD-team men har inte kommit till användning i projektet

### Uppföljning på individnivå - baspaket

För att genomföra uppföljningen på individnivå i tillkommande verksamheter har instrument använts som visat god reliabilitet och validitet i tidigare forskning. Instrumenten fokuserar på aspekter där tidigare forskning påvisat en effektivitet för integrerade insatser (främst med utgångspunkt från forskningen kring ACT). De valdes

också för att de är lätta att rutinmässigt administrera för personal i verksamheterna utan mer omfattande utbildningsinsatser.

#### *Formulär för sociala bakgrundsuppgifter*

Detta formulär syftar till att samla in uppgifter om kön, ålder, civilstånd, samboendeform, antal barn, födelse-land, antal år i Sverige (om utlandsfödd), bostadssituation, utbildning, yrkesutbildning, arbetssituation, försörjning, samt antal år sedan första kontakt med psykiatri.

#### *SIX (Social Outcomes Index)*

SIX (19) har utvecklats som ett mått för att skatta social funktion utifrån objektiva indikatorer inom områdena arbete, boendesituation, familjesituation och vänner. Respektive område skattas utifrån tillhörande skattningsalternativ (0-2, maxpoäng=6). SIX har prövats och befunnits ha god validitet och reliabilitet.

#### *AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test)*

AUDIT (20) syftar till att identifiera riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion. Instrumentet är ett självskattningsformulär och består av tio frågor inom områdena konsumtion, beroende och alkoholrelaterade skador med tillhörande skattningsalternativ med en maxpoäng på 38. Exempel på frågor är: Hur ofta dricker du alkohol? Hur många glas dricker du en typisk dag då du dricker alkohol? Högre poäng tyder på större sannolikhet att riskbruk, skadligt bruk eller beroende föreligger.

#### *DUDIT (The Drug Use Disorders Identification Test)*

Syftet med DUDIT (21) är att identifiera personer som har drogrelaterade problem. Instrumentet är ett självskattningsinstrument och består av 11 frågor som rör konsumtionsmönster och drogrelaterade problem med tillhörande skattningsalternativ (0-4, maxpoäng=44). Exempel på frågor är: Hur ofta använder du andra droger än alkohol? Använder du samma drog vid ett och samma tillfälle? Liksom i AUDIT tyder högre poäng på större sannolikhet att riskbruk, skadligt bruk eller beroende föreligger.

#### *PSF (Praktisk och Social Funktion)*

PSF (22) mäter praktisk och social funktion inom områdena hälsa, personlig hygien, matlagning, omsorg om egna ägodelar, sköta ekonomi, användning av transporter, kontakt med andra, samtalskontakt, arbetsförmåga och fritidsaktiviteter. Instrumentet administreras av en behandlare och baseras på observationer av brukaren i vardagsmiljöer och dennes bedömning av brukarens funktion i aktivitet i dessa miljöer. Inom varje delområde skattas fem olika påståenden på en skala från 0 till 2 där 0=stämmer inte, 1= stämmer delvis eller delar av tiden och 2=stämmer helt eller hela tiden. Maxpoängen är 100.

#### *Följsamhet i behandlingen*

Detta formulär syftar till att samla in uppgifter om patienten har kontakt med mottagningen enligt planering, har avslutat kontakten med mottagningen enligt planering, eller har avbrutit kontakten med mottagningen, samt skälet till att kontakten brutits.

#### *Formulär för registrering av vård- och stödkonsumtion*

Detta formulär syftar till registrering av vård och stödkonsumtion 18-månadersperioden före och efter brukarens inklusion i projektet. Formuläret omfattar antalet vård dagar i slutna psykiatrisk vård, inläggningstillfällen i slutna psykiatrisk vård, antal psykiatriska öppenvårdsbesök, antal beviljade dagar i boende i kommunal regi (LSS eller SoL), antal beviljade insatser avseende boendestöd eller stöd av behandlingsassistent, och antal dagar i träffpunkt/sysselsättning/studier/arbete. Vid 18-månadersuppföljningen registreras även antal tillfällen samt dagar på FACT-tavlan.

## Uppföljning på individnivå - tilläggs paket

Följande instrument har också erbjudits verksamheterna då de önskat inhämta mer information kring individen än de instrument beskrivna ovan; för patienttillfredsställelse har Nationell brukarenkät föreslagits (23), *PANSS*-remission för att skatta symtom (24) och *MANSA* för att undersöka livskvalitet (25).

## Uppföljning på individnivå - SIP

*Kunskaper i och attityder till samordnade individuella planer bland personal.*

När det gäller uppföljning av kunskaper och attityder till samordnade individuella planer bland personal har CEPI gett feedback i utvecklingen av enkät med syfte att mäta kunskaper i och attityder till samordnade individuella planer före och efter SIP-utbildning. Enkäten består av 17 variabler. Den första delen berör sociodemografiska data såsom kön, yrke, arbetslivserfarenhet (antal år) och typ av organisation. I den andra delen skattas kunskaper och attityder relaterade till genomförandet av SIP. I denna del skattas varje fråga på en skala från 1 till 5 där en hög poäng visar att personen har goda kunskaper och är positivt inställd till utförandet av SIP. Maxpoängen är 60.

*Brukarutvärdering av samordnade individuella planer*

CEPI har bidragit med en modell för att utvärdera process och resultat av genomförandet av SIP. Modellen är framtagen i samarbete med CEPIs brukarpanel och är anpassad för att även kunna användas vid brukarrevisioner av SIP. Utvärderingen genomförs dels via observation och dels via intervjuer. Vid mötet där den samordnade individuella planen görs upp deltar en observatör som utifrån ett observationsschema noterar vem som leder mötet, vilka som är där, hur och om brukaren ges möjlighet att framföra sina behov och önskemål, i vilken utsträckning man fattar beslut om insatser, ansvarsfördelning och uppföljning av beslut. Efter mötet genomförs en intervju med personen som fått en samordnad individuell plan. För intervjun finns en intervjuguide som innefattar frågor kring hur brukaren förberett sig för mötet, om han/hon upplever att det som beslutats överensstämmer med personliga önskemål och hur man upplevt mötet. Sist gör man tillsammans med brukaren en sammanställning av vilka områden brukaren velat ha hjälp med. Brukaren får sedan på en femgradig skala från "ingen hjälp alls" till "väldigt mycket hjälp" ange i vilken grad man får hjälp inom de områden man önskar. Efter tre månader genomförs en uppföljningsintervju som innehåller frågor om vad som hänt sedan den samordnade individuella planen gjordes och vilken nytta man upplever att man haft av den. Sedan får brukaren på nytt ange graden av hjälp man får inom de områden man angett i samband med att planen gjordes. Det sistnämnda görs på samma femgradiga skala som beskrivits ovan.

## Datansamling

### Uppföljning av implementeringsprocessen

*Teoretiskt perspektiv på implementering*

Implementeringsforskning relaterad till hälso- och sjukvården har vuxit fram parallellt med att intresset för evidensbaserade metoder har ökat. Denna forskning är omfattande och visar att en mängd olika faktorer har betydelse vid en implementering (26). För att förstå och analysera implementeringsprocesserna i detta projekt har vi utgått från Fixsen och kollegors (26) beskrivning av kärnkomponenterna samt modell för kärnfaserna vid ett implementeringsarbete, d.v.s. 1) styrning, 2) organisation, 3) personal-inre miljö, samt 4) samt yttre miljö. Faserna i sin tur inkluderar: 1) utforsknings- och anpassningsfasen, 2) programinstallation, 3) initial implementering, 4) full implementering, 5) innovation, samt 6) skapa varaktighet. Först måste en implementering av en ny arbetsmodell förberedas och förankras noggrant innan en organisation kan påbörja förändringsarbetet, vilket sker i de första faserna 1-3. Det kan handla om att inventera och anpassa organisationsstrukturen och resurserna, i form av exempelvis tillräckligt antal personal med rätt kompetens. Detta för att säkerställa att det finns resurser att införa det nya arbetssättet. I dessa faser är det också viktigt att identifiera så kallade möjliggörare eller

förändringsagenter, eftersom de har visat sig ha en extra viktig roll i implementeringsprocessen när det gäller att överbrygga avståndet mellan de övriga medarbetarna och de som har till uppgift att leda implementeringen. En full implementering (Fas 4) uppnås först när de nya kunskaperna inte bara testas utan har börjat bli en integrerad del av verksamheten samt personalens kunnande och arbetssätt. Innovationsfasen (Fas 5) innefattar att modellen utvecklas och förfinas utifrån verksamhetens förutsättningar och man försöker hitta lösningar på problem som uppstått vid implementering i den specifika kontexten. När arbetssättet väl är etablerat försöker man också skapa varaktighet (Fas 6), så att det finns förutsättningar för det implementerade arbetssättet eller modellen att finnas kvar över tid. Detta trots personalomsättningar och andra förändringar i organisationen eller i den yttre miljön.

*Intervjuer med projektledare, teamledare/enhetschefer, samt chefer inom den kommunbaserade socialpsykiatrin*

Implementeringsprocessen har följts genom intervjuer med respektive projektledare, teamledare/enhetschefer i verksamheterna, samt chefer inom den kommunbaserade socialpsykiatrin.

Intervjuer av projektledare genomfördes var fjärde månad under projekttiden och utgick ifrån respektive nods handlingsplan, samt vad som framkommit under *I-Nod*-arbetsmötena där projektledarna uppmanades berätta om processen, samt reflektera kring eventuella hinder och framgångsfaktorer. Vid projektets avslutande genomfördes även en tillbakablickande intervju där respektive projektledare uppmanades att reflektera kring den gångna projekttiden och vad de upplevt som de största hindren och framgångsfaktorerna vid spridningen av de integrerade vårdformerna. Sammanlagt har 27 intervjuer genomförts (se tabell 1). Intervjuer med projektledaren har också genomförts kring hans/hennes erfarenheter av implementeringen i enskilda integrerade verksamheter var fjärde månad per telefon och utgick i stort från samma frågor som ställs till teamledaren (se nedan).

Den första av de fyra planerade intervjuerna med teamledaren utfördes via telefon när den första patienten inkluderats i den integrerade verksamheten och de följande intervjuerna planerades in 6, 12 respektive 18 månader efter denna intervju. Fyra initiala intervjuer och tre intervjuer efter sex månader har hittills genomförts, analyserats och ligger till grund för denna rapport (se tabell 1). Frågorna som användes som underlag för dessa intervjuer innefattar de områden som ofta beskrivs som kärnkomponenterna i en implementeringsprocess (26), d.v.s. 1) styrning. 2) organisation. 3) personal-inre miljö, samt 4) yttre miljö (ref) (se bilaga 1).

Två intervjuer har inför implementeringen av FACT genomförts med chefer inom den kommunala och landstingsdrivna psykiatrin i Kristianstad. (tabell 1).

**Tabell 1.** Antal utförda intervjuer och programtrohetsmätningar vid uppföljning av implementeringen av FACT.

<b>Datainsamlingsmetoder</b>	<b>Antal</b>
Processintervjuer	8
Projektledare – FACT	8
Enhetschefer/teamledare - FACT	7
Projektledare – ACT	1
Projektledare – PRINSIP	4
Projektledare/projektarbetare – PUSSEL	5
Chefer inom den kommunbaserade socialpsykiatrin	2
<b>Totalt</b>	<b>27</b>
Programtrohetsmätningar	4

## Uppföljning av programtrohet (FACT)

Mätning av programtrohet har vid författandet av denna rapport hittills genomförts vid fyra av tio inkluderade FACT-verksamheter sex månader efter att den första patienten/deltagaren i verksamheten inkluderats. Ytterligare två genomförs under det fjärde kvartalet 2014 och under nästa år och kommer därför inte att omfattas av denna rapport. Programtrohetsmätningarna genomfördes vid besök i verksamheterna vid ett och samma tillfälle av två oberoende bedömare och innehöll strukturerade intervjuer med teamledare och personal. Feedback gavs sedan till respektive verksamhet/team baserad på resultatet av programtrohetsmätningen för att möjliggöra metodutveckling inom verksamheten.

## Uppföljning på individnivå (FACT)

Uppföljningen på individnivå planerades till baslinje (0) och efter 6, 12 respektive 18 månader (se tabell 2). Baslinjemätningen gjordes då brukaren/patienten för första gången kom upp på FACT-tavlan med röd eller orange markering. Detta innebär att brukaren blev aktuell för en mer intensiv ACT-insats med dagliga insatser pga. tecken på återfall, risk för inläggning eller suicid, eller om brukaren drastiskt hade minskat eller avslutat sin medicinerings (röd=akut läge, orange=under observation).

**Tabell 2.** Baspaket för individuppföljning av delområden i *I-Nod*.

Instrument	Baslinje	6-mån	12-mån	18-mån
Formulär för sociala bakgrunduppgifter	X			
SIX (Social Outcomes Index)	X	X	X	X
AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test)	X	X	X	X
DUDIT (The Drug Use Disorders Identification Test)	X	X	X	X
PSF (Praktisk och Social Funktion)	X	X	X	X
Följsamhet i behandlingen	X	X	X	X
Formulär för registrering av vård- och stödkonsumtion	X			X

Formulär för sociala bakgrunduppgifter, SIX, PSF, Följsamhet i behandlingen, Formulär för registrering av vård- och stödkonsumtion vid baslinje samt 18-månader fylldes i av respektive CM, medan AUDIT och DUDIT fylldes i av brukaren. De avkodade formulären distribuerades sedan till CEPI för databearbetning. I dagsläget har endast baslinjemätningar påbörjats vid de tio ingående FACT-teamen. Underlaget som hittills samlats in är därför fortfarande för litet för att kunna utgöra ett underlag för att bedöma resultaten av implementeringen av FACT på individnivå. En retrospektiv individuppföljning har också genomförts hos vårdteamet (*Nå-Ut*-teamet) i Göteborg som är ett certifierat FACT-team. Denna kommer att användas som en referensram då materialet från individuppföljningen analyseras.

## Dataanalys

### Statistiska analyser

Vid analyser av data som samlats in i samband med individuppföljningen användes beskrivande statistik såsom frekvenser, medelvärde och standardavvikelse för att beskriva deltagarnas sociala bakgrundsuppgifter. Medelvärden beräknades även för PSF samt SIX och för det totala summamåttet för FACT-programtrohetsmätningarna, liksom för de olika delområdena; 1) teamstruktur 2) teamprocess 3) diagnostik, behandling

och interventioner 4) organisation 5) samhällsbaserade insatser 6) uppföljning/utvärdering samt 7) professionell utveckling.

## Kvalitativa analyser

En riktad innehållsanalys (27) tillämpades för att analysera intervjumaterialet i relation till hinder och framgångsfaktorer i implementeringen av de integrerade vårdformerna. Generellt innefattar en kvalitativ innehållsanalys att processa, identifiera, koda och kategorisera grundläggande mönster eller teman i ett empiriskt material (28). En riktad innehållsanalys innefattar däremot en mer strukturerad process där kodningen görs utifrån teorier eller tidigare forskning och kan sägas ha en deduktiv ansats (27). I detta fall utgick frågorna till projektledare och teamledare samt chefer från faktorer som i tidigare implementeringsforskning visat sig vara kärnkomponenter vid en implementering, i enlighet med Fixsen och kollegor (26). Fixsen och kollegors modell som beskriver de olika faserna i en implementeringsprocess användes också som grund för analysen.

Analysen genomfördes enligt följande steg:

1. Intervjuerna transkriberades varefter de lästes igenom i sin helhet.
2. Efter genomläsningen kodades transkriptionerna rad för rad.
3. Koderna sorterades sedan i de förutbestämda övergripande kategorierna "Hinder" samt "Framgångsfaktorer". Övriga koder som inte innefattades under dessa två kategorier bildade kategorin "Strategier".
4. Gällande implementeringen av enskilda integrerade verksamheter sorterades de koder som identifierats som framgångsfaktorer respektive hinder i enlighet med kärnkomponenterna i en implementeringsprocess, d.v.s. 1) styrning, 2) organisation, 3) personal-inre miljö, 4) samt yttre miljö, i enlighet med Fixsen m.fl. (26).
5. Implementeringsprocessen för respektive integrerade vårdform analyserades slutligen också utifrån Fixsen m.fl. (26) modell för kärnfaserna vid en implementeringsprocess: 1) utforsknings- och anpassningsfasen, 2) programinstallation, 3) initial implementering, 4) full implementering, 5) innovation, samt 6) skapa varaktighet.

## Etiska överväganden

Utvärderingens uppläggning har följt forskningsetiska principer. Samtliga deltagare erhöll information om utvärderingens syfte och uppläggning. Projektledare och chefer gav sitt muntliga samtycke till deltagande i utvärderingen och att intervjuerna spelades in. Vad gäller individuppföljningen informerades deltagarna i verksamheterna som kom att beröras av denna via skriftlig information med hjälp av en affisch som sattes upp i väntrummet på respektive mottagning. Vid behov gavs också muntlig information av CM i teamet. De brukare som efter att ha tagit del av denna information uttryckligen sade nej till att delta exkluderades från uppföljningen, ett så kallat *OPT-out*-förfarande. I resultatsammanställningen har vi valt att anonymisera både projektledarna, cheferna och de deltagande teamen så långt det är möjligt. Dock har projektledarna unika roller, vilket gör att de med lätthet kan identifieras. Mot bakgrund av detta, och för att kunna ge feedback på resultatet av analyserna av intervjuerna, fick därför projektledarna möjlighet att läsa materialet och verifiera innehållet under utformningen av rapporten.



# Resultat

## FACT

”Den största framgångsfaktorn som jag ser det har varit att flera team redan arbetar med integrerad psykiatri. Även om det har blivit påtagligt för verksamheterna hur många klienter man har och hur belastade man är, så tycker jag att det har varit en bra förutsättning för att börja arbeta med FACT” (projektledare, FACT).

### Lägesbeskrivning

Implementeringen av FACT är det delområde som har kommit längst och befann sig vid projektets avslut i fasen programinstallation och initial implementering. Nå-Ut-teamet i Göteborg, som arbetar enligt FACT-modellen, har tillsammans med Kristianstad kommun och ett nätverk av CM-utbildade professionella i sex skånska kommuner utgjort basen för att rekrytera intresserade verksamheter som stimulerats till att anamma FACT-modellen, eller stöttats att införa det integrerade arbetssätt som krävs för att ett FACT-team ska kunna bildas. Utbildning och handledningsstöd har getts fortlöpande under projektiden. Detta har resulterat i att tio team (i skrivande stund, december 2014) har implementerat FACT-modellen i sin dagliga verksamhet varav fyra ingår i denna utvärdering. Samtliga team som visat intresse för modellen har dock fått en introduktion till denna. Detta har gjort att projektledarna har besökt och introducerat ett stort antal verksamheter i modellen. Vissa verksamheter har dock efter denna antingen valt att inte implementera FACT eller saknat de förutsättningar i organisationen och arbetssättet som krävs för att kunna implementera modellen. Målet har varit att fler personer i målgruppen ska vara inskrivna i team som arbetar enligt programtrogen FACT.

### FACT implementeringsprocess

Inledningsvis ägnade de två projektledarna mycket tid åt att informera och skapa kontakter på olika nivåer inom psykiatri och kommunen. Lokala styrgrupper sattes samman på ett strategiskt sätt med bland annat chefer från de olika huvudmännen. Målen i denna initiala fas var att undersöka förutsättningarna för implementering av FACT och hitta en plattform att utgå från i det fortsatta implementeringsarbetet. Detta arbete karakteriserar det som vanligen ingår i en utforsknings- och anpassningsfas enligt Fixsen (26).

Efter 4 månader var implementeringsarbetet till viss del kvar i utforsknings- och anpassningsfasen, men också i nästföljande steg; programinstallation och initial implementering. Arbetet karakteriserades av riktade utbildningsinsatser och metodstöd, samt arbete med att stimulera till hållbara strukturer för samverkan mellan olika myndigheter/organisationer. Som en del av denna fas försökte projektledarna även skapa nätverk och utbyte mellan verksamheter med syfte att skapa långsiktiga strukturer för den fortsatta implementeringen av FACT.

Efter 8 månader var implementeringsarbetet fortfarande kvar i faserna utforsknings- och anpassning samt programinstallation och initial implementering. Detta gör att denna rapport främst rör den initiala implementeringen av FACT. Detta även om detta delområde är det av I-Nods område som kommit längst i sitt implementeringsarbete. Det är tydligt att det finns behov av fortsatt metodstöd för de verksamheter som redan börjat arbeta med FACT för att säkerställa en god programtrohet. Vidare behövs också ytterligare resurser för att möta upp team som visat intresse, men ännu inte hunnit implementera modellen.

## Framgångsfaktorer och hinder i spridningen av FACT

Utifrån intervjuerna framkommer dels en mängd strategier som underlättat arbetet med spridningen och implementeringen av FACT och dels vilka grundförutsättningar hos teamet gällande organisation, styrning, inre miljö, samt yttre miljö som visade sig underlätta respektive hindra spridningen av modellen.

### *Strategier som framgångsfaktorer*

Denna kategori belyser en mängd strategier som projektledarna vid tillbakablick på den gångna projekttiden upplevde hade fungerat som framgångsfaktorer i spridningen och implementeringen av FACT:

- Skapa engagemang för integrerade vård- och stödformer genom information, dialog och utbildning i FACT och andra integrerade vårdformer på olika nivåer. Detta både på chefsnivå och hos personal inom både landstingspsykiatri och kommuner. Målet med dessa informations- och utbildningsinsatser har enligt projektledarna varit att stimulera verksamheter att börja tänka i enlighet med FACT-modellen. Detta illustreras i följande citat:

”Vi har varit i kontakt med många via telefon eller mail och sedan har vi besökt en hel del verksamheter också. Jag tycker att detta med information och dialog är viktigt för att få med sig folk på banan, så det har gett resultat. Målet med dessa insatser har varit att verksamheterna ska börja tänka FACT” (projektledare, FACT).

- Arbeta utifrån flera perspektiv för att stimulera till samverkan mellan kommun och landsting. Detta innebär att man, eftersom FACT förutsätter en god samverkan mellan landstinget och kommunen, arbetat genomgående utifrån både ett kommunalt och ett landstingsperspektiv vid spridningen och implementeringen av modellen. En förutsättning som gjort detta möjligt har varit att området FACT har drivits av två projektledare – en med erfarenhet från kommunen och en med erfarenhet från landstingen.

- Skapa lokala strategigrupper. Som en implementeringsstrategi har två lokala styrgrupper, en i Göteborg och en i Kristianstad skapats där chefer från båda huvudmännen har inkluderats liksom andra relevanta aktörer. Detta har medfört en rad positiva effekter, som exempelvis att man i Kristianstad träffats och lokalt diskuterat sig fram till gemensamma rutiner för att arbeta enligt FACT. I Göteborg har den lokala styrgruppen bidragit till att skapa kontakt med personer som i ett senare skede av implementeringsarbetet visat sig vara betydelsefulla. Dessa lokala styrgrupper har dock inte bidragit till spridningen av modellen i den omfattning som projektledarna initialt hade hoppats på.

- Top-down strategi. Utöver skapandet av lokala styrgrupper visade sig en top-down-strategi för att sprida och implementera modellen sig genomgående vara en effektiv implementeringsstrategi. Projektledarna skapade genom olika informations- och utbildningsinsatser intresse för och visade på behovet av FACT hos politiker, ledningsgrupper och chefer. Detta har i sin tur gett: ”ringar på vattnet ner i organisationerna” (projektledare, FACT).

- Bygga på intresse bland personalen i verksamheterna har visat sig underlätta spridningen och implementeringen av FACT. Ett exempel på detta är att man i Göteborg har gått ut aktivt och informerat de psykiatriska teamen om modellen och sedan haft en mer passiv strategi där man låtit teamen själva ta kontakt vid intresse av att implementera modellen:

”... det har varit en framgångsfaktor att detta inte har varit ett tvång. Alla måste inte jobba såhär och jag har pratat med ledningen om hur vi ska betrakta det, att det inte är någonting som vi ska tvinga på folk och då har dom sagt att; - nej, dom ska ha information och möjlighet men inte vara tvingade att anamma detta arbetsätt” (projektledare, FACT).

Generellt har kommunerna visat mer intresse än psykiatrin för att lära sig mer om integrerade vård- och stödformer, vilket projektledarna resonerar kring kanske kan bero på: ”... att det är lättare att lära nytt än att lära om”.

- Anordnande av konferenser och workshops beskrivs som en framgångsfaktor då detta har bidragit till kontakter med verksamheter som är intresserade av att implementera modellen.

- Visa på goda exempel har också varit en framgångsfaktor där studiebesök har anordnats för intresserade verksamheter hos Nå-Ut-teamet i Göteborg, som fungerat som en rollmodell för FACT i en svensk kontext. På samma sätt har Kristianstads kommun fungerat som en rollmodell för hur samverkan mellan psykiatri och kommunen kan se ut. Studiebesök hos etablerade FACT-team i Holland har också genomförts och fungerat som en inspirationskälla för intresserade verksamheter.
- Bedöma teamets grundförutsättningar för FACT har genomgående visat sig vara en framgångsfaktor för implementeringen av modellen (se 'Rätt grundförutsättningar för ett integrerat arbetssätt en framgångsfaktor' nedan):
- Implementering i redan befintliga verksamheter. På detta sätt kunde man skapa nya strukturer i redan befintliga verksamheter, vilket visade sig vara effektivt. Detta eftersom man byggde på de resurser som redan fanns i verksamheterna, vilket gjorde att implementeringen av FACT inte medförde så stora kostnader. En annan framgångsfaktor i detta sammanhang var att verksamheterna direkt upplevde nyttan av modellen i den ordinarie verksamheten, vilket beskrivs i följande citat:

”Det här att det är någonting man kan göra och kan uppleva nyttan av i den befintliga verksamheten är en framgångsfaktor. Man behöver inte skapa så mycket nytt” (projektledare, FACT).

Förhoppningen var också att modellen skulle bli mer långlivad än när den införs i projektform där medel och resurser tillskapas utanför den ordinarie verksamheten.

- Långsiktigt och ihållande implementeringsstöd i form av utbildning och riktat hands-on stöd har under implementeringen visat sig vara effektivt. Projektledarna har i detta arbete varit flexibla och mött varje enskild verksamhet och dess behov, vilket underlättat.
- Deltagande i I-Nod-möten beskrevs även av projektledarna som positivt och motiverande. Dessa tillfällen har gett möjlighet till feedback kring det egna arbetet med att sprida modellen och en gemenskap kring det gemensamma arbetet att sprida integrerade vård- och stödformer för målgruppen. Mötena har också gett möjlighet att skapa värdefulla kontakter som varit användbara i utvecklingsarbetet.

#### *Vikten av ha rätt kunskaper och egenskaper som projektledare*

Även projektledarnas kunskaper och egenskaper visade sig vara avgörande för en lyckad implementering. Projektledarna beskriver vikten av att vara visionär och kunnig inom området, engagerad i sitt uppdrag och ha ett engagemang för målgruppen, samt att vara flexibel och strategisk. Att ha en känsla för timing och tålmod, liksom att vara följsam och låta förändring ta tid lyfts också fram. Vidare är det en framgångsfaktor om projektledaren är motiverad inför uppdraget och vågar axla en utmaning. En framgångsfaktor är också att vara kreativ när det gäller att hitta lösningar som passar varje enskilt team och våga tänka ”out of the box” kring strategier och lösningar. Att vara socialt kompetent beskrivs också som viktigt, eftersom det skapar möjligheten att vara öppen för nya kontakter, inge förtroende och kunna skapa allianser som en del av spridnings- och implementeringsarbetet, liksom att vara förtroendeingivande när det gäller att en förändring är möjlig. Detta beskrivs i följande citat:

”Det räcker inte bara med kunskap, man måste kunna inge förtroende också för att det skall bli någon förändring. Det är ju så med alla förändringar att man måste ju kunna lita på den som säger det för att det skall fungera i praktiken. Och detta tänker jag är en viktig del, alltså att man skapar allians med dom som vill förändra sitt arbetssätt. Man måste kunna gå i god för att det ska bli bra...” (projektledare, FACT).

#### *Rätt grundförutsättningar för ett integrerat arbetssätt en framgångsfaktor*

Denna kategori handlar om vikten av att teamet som vill implementera FACT-modellen har rätt grundförutsättningar gällande organisation, styrning, inre miljö och yttre miljö, och är baserad på intervjuer med projektledarna, teamledare och enhetschefer i de olika psykiatriska öppenvårdsteamerna samt chefer i kommunen. Med rätt grundförutsättningar får teamet en ”varmstart” och kan redan efter kort tid anamma FACT-modellen. Utan dessa förutsättningar blir det mer av en ”kallstart” där teamet i första hand måste lära sig mer om grunderna för ett integrerat arbetssätt i form av exempelvis integrerad psykiatri och CM.

- Förutsättningar i organisationen som visade sig underlätta införandet av FACT innefattade exempelvis att modellen var i linje med verksamhetens mål, att verksamheten redan stod i kast med att förändra sin organisation och sitt arbetssätt, samt att teamen som ville implementera FACT redan var fullödig multidisciplinära team. Andra framgångsfaktorer var att redan ha ett befintligt mobilt team och/eller ett redan utåtriktat arbetssätt, vilket skapade goda förutsättningar för att bli ett uppsökande FACT-team. Detta liksom att verksamheten organisatoriskt hade sluten- och öppenvård inom samma enhet gav kontroll på in- och utskrivningar och är i linje med programtrogen FACT.
- Förutsättningar gällande styrning som visade sig underlätta var att enhetscheferna/teamledarna hade en positiv inställning, var nytänkande, orädda och öppna för förändringar, samt hade ett intresse för integrerade arbetsformer. Det visade sig även vara av vikt att det fanns stöd för implementering av modellen högre upp i organisationen.
- Förutsättningar i den inre miljön spelade också en betydande roll. Här visade sig rätt kunskaper hos personalen underlätta implementeringen av modellen, där kunskaper i integrerad psykiatri eller CM visade sig vara den största framgångsfaktorn. Detta eftersom man då redan till stora delar hade skapat förutsättningar för ett integrerat och utåtriktat arbetssätt och på detta sätt blev: "... inte steget till FACT så långt" (teamledare, FACT). Det var också betydelsefullt att personalen var positivt inställda till modellen, samt att de hade ett engagemang för målgruppen och en önskan att förändra och utveckla sitt arbete. Om teamet hade en eller flera drivande personer när det gäller utvecklingsarbete var det också en framgångsfaktor. En annan betydande faktor var om enhetschef/teamledare och personal inom psykiatrin och kommunen såg vinster med FACT modellen. Enligt cheferna inom socialpsykiatrin:

"... medger FACT en snabb integrerad insats vid kris eller återinsjuknande för brukarna inom exempelvis särskilda boenden".

Inom psykiatrin beskrevs vinster såsom en säkerställd vårdkvalitet för de brukare som är i behov av mer intensiva insatser, en minskad slutenvårdskonsumtion, utrymme att hantera patienter i kris, minskad hierarki i teamet, flexibilitet och förbättrad arbetsstruktur, samt delad case-load där CM inte blir lämnad ensam med en patient i kris utan att ansvaret för patienten överförs till hela teamet.

- Förutsättningar i den yttre miljön var också av avgörande betydelse. Detta inkluderade exempelvis att man hos båda huvudmännen såg fördelarna med att arbeta enligt FACT, samt att det fanns ett intresse och redan utarbetade strukturer för samverkan. Så kallade vård- och stödsamordnare i kommunen eller CM underlättade också införandet av modellen. En stabilitet i kommunens organisation och i de regioner där det fanns en historia av fungerande strukturer för samverkan möjliggjorde en långsiktig planering för att skapa bestående strukturer för ett integrerat arbetssätt.

### *Hinder på alla nivåer*

Denna kategori beskriver de hinder gällande organisation, styrning, inre miljö och yttre miljö som projektledare, teamledare, enhetschefer i de olika psykiatrisk öppenvårdsteamerna och chefer i kommunen upplevde i spridningen och implementeringen av modellen.

- Hinder på organisationsnivå för implementeringen av FACT var exempelvis en splittrad organisationsstruktur i kommunen, olika verksamheter med olika ideologier, resursbrist i teamen som exempelvis för liten psykiaterresurs i relation till antalet brukare och avsaknad av andra viktiga nyckelpersoner i ett FACT-team såsom missbruksspecialist, brukarspecialist och IPS-specialist. Stadsdelar med olika uppdrag kunde också utgöra ett hinder, liksom olika psykiater i öppen- och slutenvård, brist på slutenvårdsplatser, samt krav på detaljerade beslut för bistånd som minskade socialtjänstens möjlighet till en flexibel insats, vilket beskrivs i följande citat:

"Det kommunala självstyret är ju 100 procentigt, vilket gör att stadsdelarna fungerar som enskilda kommuner med egna organisationer, vilket kan vara problematiskt för psykiatrin. Det kan ju vara svårt att veta att när man bor i det och det området så fungerar det så, men när man bor i ett annat område så fungerar det så /.../. Något som kan vara ett problem när det gäller FACT arbetet är att kommunen har rambeslut eller detaljerade beslut när det gäller bistånd. I detaljerade beslut står det exakt hur mycket timmar boendestöd en klient beviljas, så att där kan det vara svårt att vara flexibel då en klient är i kris och behöver extra hjälp. Vi säger att

personalen i FACT-teamet hör av sig till kommunen och frågar; ”Kan inte ni gå dit en sväng varje dag den här veckan?” Då är det inte säkert att dom har den möjligheten utifrån hur beslutet är formulerat. Ibland så har man ju detaljerade beslut på antingen exakt antal timmar eller exakt antal gånger och på andra ställen i Sverige så har man ju mer av ett rambeslut, där boendestödjaren i viss mån får avgöra detta själv” (projektledare, FACT).

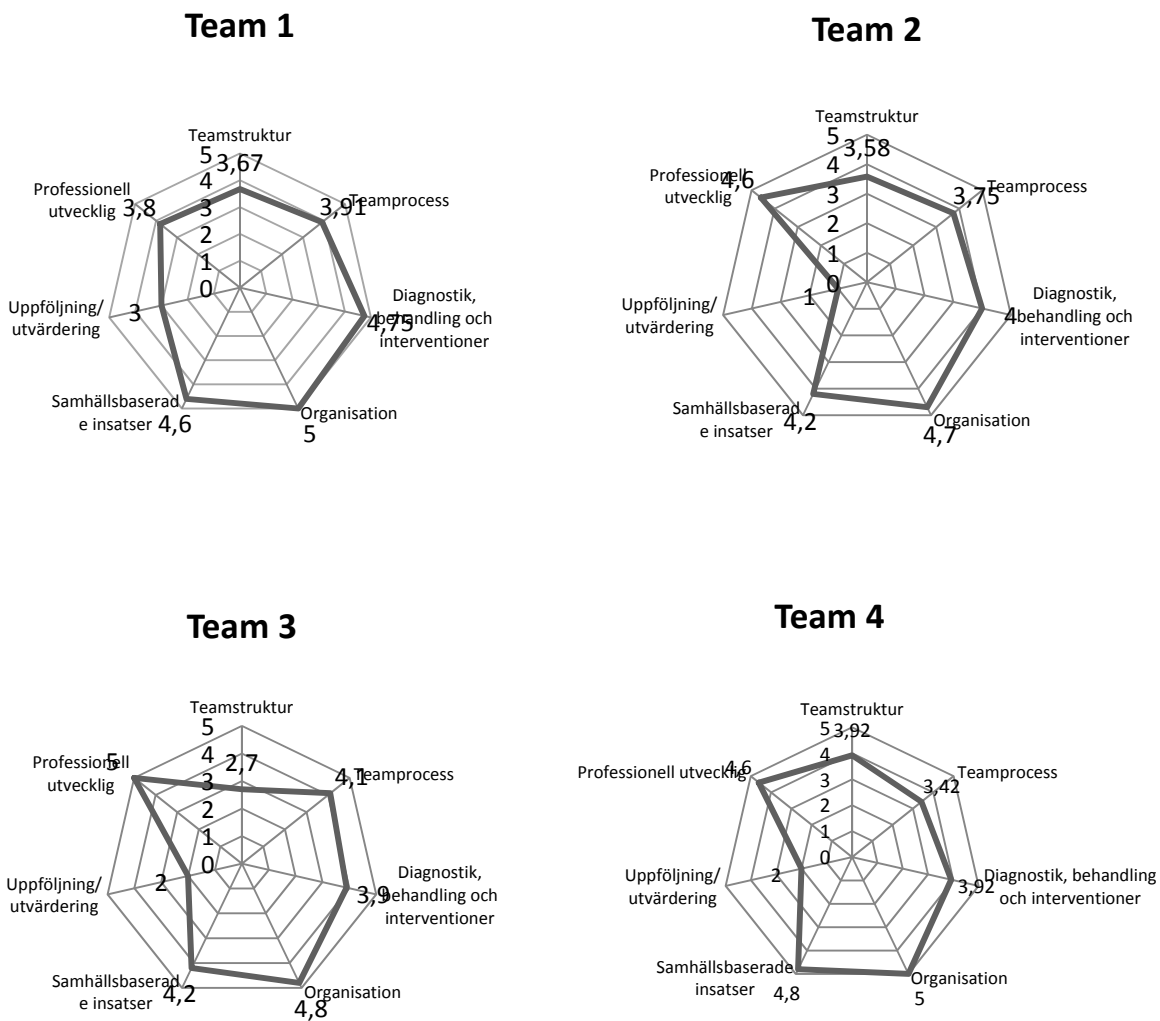
Svårigheter att hantera sekretessen i samarbetet mellan de olika huvudmännen var också något som framkom och beskrevs som ett hinder i organisationen för implementeringen av modellen.

- Hinder gällande styrning, kunde innefatta en oförstående ledning gällande vad det innebär att anamma ett integrerat arbetssätt, vilket innebar att det då var svårt att få gehör för ökade resurser i samband med implementeringen av FACT.
- Hinder i den inre miljön, såsom ett initialt förändringsmotstånd, interna konflikter och en negativ arbetsplatskultur kunde försvåra implementeringen av FACT, liksom avsaknad av kunskap i och upparbetade strukturer för ett integrerat arbetssätt. I dessa fall blev steget för stort att implementera FACT. Fokus fick istället bli att skapa förutsättningar för ett integrerat arbetssätt genom exempelvis utbildning i CM och integrerad psykiatri. Ett icke-evidensbaserat arbetssätt och förlegat tankesätt kring hur personer med psykisk sjukdom ska vårdas kunde också utgöra ett hinder. Flera team upplevdes också vara förändringströtta på grund av omorganisationer och/eller det stora antalet riktlinjer som skulle implementeras i teamets arbete.
- Hinder i den yttre miljön kunde innefatta avsaknad av upparbetade strukturer för samverkan, vilket utgör grunden för ett integrerat arbetssätt. Det kunde också innefatta okunskap kring fördelarna med ett sådant samarbete, vilket illustreras i följande citat:

”Jag tycker att ett hinder är att man inte ser vad man faktiskt tjänar på att samarbeta och framför allt vad det innebär för den enskilda. Krasst så är det ju så att den enskilda egentligen inte har något intresse av vem som gör vad, utan att det blir gjort och att själv återhämta sig från sin psykiska ohälsa. Då kvittar det ju om det är kommunen eller psykiatrin som gör arbetet. Utifrån detta synsätt är det ju viktigt att kommunen och psykiatrin tar hjälp av varandra. Att man inte gör det tycker jag är ett stort hinder i implementeringen av integrerade vård- och stödformer. Man har alldeles för dålig kunskap och bitvis förlegad syn på vad ett konkret samarbete egentligen kan medföra och vad man kan tjäna på det” (projektledare, FACT).

## **Programtrohet**

Samtliga fyra nystartade FACT-team bedömdes ha god programtrohet redan efter sex månader, d.v.s. team 1: 4,23, team 2: 3,92, team 3: 3,86 och team 4: 4,02 av maximalt 5 poäng. För poäng inom respektive område på programtrohetsskalan för varje enskilt team se figur 1 nedan



Figur 1. Resultat av programtrohetsmätning av team 1-4 efter 6-månader enligt FACT-programtrohetsskala (1).

Tre av fyra team fick höga poäng när det gäller teamprocess, diagnostik, behandling och interventioner och samtliga team fick höga poäng när det gäller organisation, samhällsbaserade insatser, samt professionell utveckling. Detta innebär att teamen på sex månader arbetat upp arbetsrutiner som stödjer FACT-arbetet med exempelvis frekventa teammöten, en handlingsplan för rutiner då brukaren skrivs upp och avskrivs från FACT-tavlan, samt en delad Case-load. Samtliga team arbetade också till stor del evidensbaserat enligt socialstyrelsens riktlinjer samt tog ett helhetsansvar för brukarens behandling och hade utvecklat en organisationsstruktur som stödde FACT. Detta inkluderade exempelvis tydliga intagningskriterier, tillgänglighet vid kris, samt god servicetäckning. Tre av fyra team fick dessutom höga poäng när det gäller teamstruktur, vilket innefattar exempelvis en lagom "case-load" i relation till antalet heltidsanställda, samt antal heltidsanställda inom respektive profession i relation till antalet brukare. Team 3 som fick något lägre poäng inom detta område (2,7, se figur 1) hade efter 6 månader ännu inte börjat arbeta enligt principen en delad case-load, d.v.s. att minst 50 procent av brukarna har kontakt med minst tre av teamets medlemmar under ett år. Detta team saknade också en rad olika professioner som enligt FACT-programtrohetsskalan bör ingå i ett FACT-team, d.v.s. brukarspecialist, IPS-specialist, och hade också för få CM och rehabiliteringsspecialister i relation till antalet brukare. De övriga teamen saknade också brukarspecialist och arbetsspecialist. Samtliga team fick låga poäng när det gäller uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. Detta innebär att teamen utvärderar sitt arbete i liten utsträckning trots att en manualiserad uppsättning av utvärderingsinstrument finns och ska användas enligt

klirikernas policy i tre av fyra team. De utvärderingar som görs används dessutom i liten utsträckning i det individuella arbetet med brukaren och används inte heller för att förbättra verksamhetens arbete.

Sammanfattningsvis visar programtrohetsmätningarna att det är möjligt att på relativt kort tid implementera FACT i en svensk kontext med god programtrohet. Intervjuerna med projektledare och teamledare/enhetschefer tyder också på att det redan från implementeringens start funnits goda förutsättningar för implementeringsarbetet, till exempel chefer som stödjer interventionen, en vilja bland personalen att förändra sitt arbetssätt och börja arbeta med FACT, samt goda organisatoriska förutsättningar där samtliga team redan arbetade med integrerade insatser, hade ett utåtriktat arbetssätt och till stor del arbetade evidensbaserat enligt socialstyrelsens riktlinjer för gruppen.

## Individuppföljningen – beskrivning av gruppen

Vid stoppdatum för skrivandet av rapporten har 35 brukare inkluderats i individuppföljningen och sju avböjt deltagande, men betydligt fler är på väg in, bland annat från tillkommande team (i skrivande stund, december 2014, är 74 brukare inkluderade). Bakgrundsdata för de som är inkluderade visar att 22 är män och 13 kvinnor med en medelålder på 50 år ( $\pm 17,6$ ). I genomsnitt har deltagarna varit i kontakt med psykiatrin i tjugo år. De flesta är ogifta och ensamboende. Ungefär hälften av deltagarna bor i boende med stöd och de flesta livnär sig på någon form av bidrag (se tabell 3).

**Tabell 3.** Sociala bakgrundsuppgifter vid baslinjemätningen för brukare som omfattades av en mer intensiv FACT-stödinsats t.o.m. 2014-11-18 ( $n=35$ ).

	Antal (%)		Antal(%)
Ålder	50 ( $\pm 17,6$ )	Boendesituation	
		Självständigt boende	19 (54)
Kön		Boende med stöd mindre än 24 h	12 (34)
Män	22 (63)	Hemlös eller boende med stöd 24 h	4 (11)
Kvinnor	13 (37)		
		Utbildning	
Civilstånd		Grundskola	20 (57)
Ej gift	24 (69)	Gymnasium	11 (31)
Gift	3 (9)	Högskola/universitet	4 (11)
Skild	7 (20)		
Änka/änkling	1 (3)	Försörjning	
		Lön	1 (3)
Sammanboendeform		Sjukpenning	8 (23)
Ensam	28 (77)	Sjukersättning/aktivitetsersättning	18 (51)
Partner eller hos föräldrar	4 (13)	Försörjningsstöd	2 (6)
Annan	3 (10)	Ekonomiskt stöd från familj	1 (3)
		Pension	5 (14)
Födelseland			
Sverige	30 (85)	Antal år i psykiatrisk vård	20 ( $\pm 14,6$ )
Bosnien	1 (3)		
Chile	1 (3)		
Iran	1 (3)		
Kurdistan	1 (3)		
Thailand	1 (3)		

Det sammantagna medelvärdet för deltagarnas praktiska och sociala funktion var, enligt instrumentet PSF, vid baslinjemätningen 43,5 av max 100 poäng. Generellt får deltagarna låga poäng inom samtliga delområden, d.v.s. egen hälsa, personlig hygien, matlagning, omsorg om egna ägodelar, sköta ekonomin, användning av transporter, kontakt med andra, samtalskontakt, arbetsförmåga och fritidsaktiviteter (se tabell 4).

**Tabell 4.** Praktisk och social funktion vid baslinjemätningen enligt instrumentet PSF för brukare som omfattades av en mer intensiv FACT-stödinsats t.o.m. 2014-11-18 ( $n=35$ ) (Range= 0-10).

PSF	Mv.		Mv.
Egen hälsa	3,64	Användning av transporter	2,40
Personlig hygien	3,33	Kontakt med andra	2,70
Matlagning	3,60	Samtalskontakt	3,20
Omsorg om egna ägodelar	3,10	Arbetsförmåga	2,90
Sköta ekonomin	3,50	Fritidsaktiviteter	2,10

Skattningarna på SIX-skalan visade också låga värden vid baslinjemätningen, ( $m=1,8(\pm 1,2)$ , range 0-6), vilket innebär att brukarna till stor del står utanför arbetsmarknaden, är hemlösa eller bor i skyddat boende, är ensamboende, samt har litet socialt umgänge med få vänner.

Sammantaget visar resultaten från skattningarna med PSF och SIX att gruppen har betydande psykiska funktionsnedsättningar inom flera områden av det dagliga livet såsom arbete, boendesituation, familjesituation och vänner, liksom svårigheter att klara dagliga aktiviteter på egen hand inom flera områden såsom personlig hygien, transporter och ekonomi.

## Metodstöd

Som en del av metodstödet till detta delområde har CEPI utarbetat ett baspaket och ett tilläggs paket av psykometriskt testade instrument att använda för uppföljning på individnivå, vilka beskrivs i detalj i rapportens metoddel. CEPI har också översatt programtrohets skalan och FACT-manualen från engelska till svenska. Feedback utifrån resultatet av programtrohetsmätningarna har även getts de psykiatriska verksamheterna för att underlätta och stimulera fortsatt implementering av FACT-modellen i verksamheterna.

## ACT

### Lägesbeskrivning

När det gäller ACT går det i nuläget, på grund av delområdes korta tid i projektet, inte att beskriva framgångsfaktorer och hinder för spridning och implementering av programtrogen ACT i Sverige inom ramen för I-nod-projektet. I skrivande stund befinner sig implementeringsarbetet i utforsknings- och anpassningsfasen där man spridit information om ACT och de erfarenheter man gjort då ACT implementerades i Malmö. Man har mött ett intresse i de landsting och kommuner som anser sig ha eller är intresserade av att starta programtrogna ACT-team, tagit fram en checklista för ACT, samt analyserat hur vårdens och omsorgens organisering och lagstiftning i Sverige påverkar införande av programtrogen ACT. Målet har således varit att kartlägga och klargöra de verksamhetsmässiga och juridiska förutsättningarna för att bedriva programtrogen ACT i Sverige, samt stötta ACT-intresserade huvudmän att implementera modellen. Checklistan finns nu publicerad på I-nods hemsida, den juridiska utredningen visar att det går att överbrygga sekretessregler och hitta rutiner för gemensam dokumentation för både sjukvårdspersonal i landsting och socialsekreterare anställda inom kommunen. Som en led i att sprida information om ACT till intresserade verksamheter genomfördes en workshop i Malmö och en i Stockholm. Båda var tämligen välbesökta och innehöll information om



implementeringsarbetet och hur teamet byggts upp. Vidare ingick ett antal stationer där deltagarna kunde prata med de olika teammedlemmarna om hur det var att leda ett team och hur arbetets innehåll såg ut för psykiatern, socialsekreterarna och vårdpersonalen.

## Beskrivning av ACT-teamet i Malmö – ACT i en svensk kontext

Det följande är en sammanfattning av resultat från en studie kring implementeringen av IPS och ACT, där bland annat implementeringsprocessen för ACT-teamet i Malmö har följts. Denna studie är ett CEPI-projekt på uppdrag av Socialstyrelsen. Teamet i Malmö startades 2012 och drivs genom ett fyraårsavtal mellan Region Skåne, Malmö stad och den del av psykiatrin som drivs av ett privat vårdbolag. Dessutom har det lokala samordningsförbundet beviljat projektpengar till delar av verksamheten. Redan innan teamet startade hade en planeringsgrupp med olika intressenter diskuterat behovet av CM, då det i Malmö fanns en grupp personer med psykisk funktionsnedsättning som inte nåddes av den traditionella vården. En person som tidigare varit ledare för en ACT-liknande verksamhet och fungerat som expert i planeringsgruppen rekryterades som teamledare. Vidare utökades rekryteringen med psykiater, sjuksköterskor, skötare, arbetsterapeuter, socialsekreterare, brukarspecialist och administratör för att vid uppföljningen 2014 bestå av 11 personer. Socialsekreterarna är anställda av Malmö kommun, medan resten av personalen är anställda av Region Skåne. Under projekttiden har programtrohetsmätningar enligt *Tool for Measuring Assertive Community Treatment* (TMACT) (3) genomförts efter 6, 18 och 24 månaders verksamhet. Hög programtrohet för TMACT innebär ett indexvärde på >4. Efter 18 månader uppnådde teamet en god programtrohet (4,02) och en ytterligare förbättring noterades vid 24 månader (4,35). Verksamheten ansvarade för cirka 60 patienter under hösten 2014. Teamets målgrupp består av personer med diagnoser inom schizofrenispektrat, bipolär sjukdom typ 1 samt med komplicerade och omfattande vårdbehov. Patienter som antagits av teamet under 2012 följdes upp under 2 år och antagna 2013 under 1 år. Slutenvårdskonsumtionen för gruppen under 1 alternativt 2 år före ACT jämfördes med de 1 eller 2 år de vårdats av teamet. Resultatet visade att den årliga minskningen för gruppen som helhet ( $n=34$ ) uppgick till sammanlagt 651 vårddygn per år vilket motsvarar en minskad kostnad på 3 257 000 kr. Om två personer med den högsta vårdkonsumtionen exkluderas från analysen, som så kallade *outliers*, blir den årliga minskningen 800 slutenvårdsdrygn och de minskade kostnaderna 4 000 000 kr. I övrigt visar individuppföljningen en stabilt låg funktionsnivå hos patienterna ( $SIX=1,31-1,35$ ) samt att få personer står för väldigt stora insatser från socialtjänsten. Slutsatsen från studien är att det går att implementera ACT inom det svenska vård- och stödsystemet med god programtrohet.

## Metodstöd

CEPI har varit delaktig i utvecklingen av checklistan för ACT, samt deltagit vid workshops. CEPI har också utarbetat utvärderingsupplägget, som beskrivits under i metodavsnittet, vilken innefattar ett baspaket och ett tilläggs paket av psykometriskt testade instrument att använda för uppföljning på individnivå.

## Integrerade insatser- psykisk sjukdom och missbruk

”Missbruket är ju det som hamnar längst ner på prioriteringsordningen trots att missbruket och kriminaliteten är det som ställer till det när klienten kommer ut i samhället och det är det som kostar pengar. Min uppfattning är dock att vinden vänt mer åt det positiva hållet och att man mer och mer lyfter fram hur viktigt det är att jobba med samsjukligheten och inte diagnoserna var för sig för att förebygga återfall i kriminalitet” (projektledare, Psykisk sjukdom och missbruk).

## Lägesbeskrivning

Målet med detta delområde har varit att fler personer i den del av målgruppen som tillhör kategorin personer med samtidig psykisk sjukdom och missbruk eller beroende samt psykiskt störda lagöverträdare (med eller utan samsjuklighet för missbruk/beroende) efter verkställighetstidens slut hos Kriminalvården eller under och efter vårdtiden hos rättspsykiatrien möts av ett integrerat vård- och stöderbjudande, som vid behov innefattar CM. I nuläget befinner sig spridningsarbetet och implementeringen av integrerade insatser vid psykisk sjukdom och missbruk i den initiala utforsknings- och anpassningsfasen. Fokus har främst varit på ett förberedande arbete med samverkan och inventering av aktuella verksamheter och praxis. Detta genom att exempelvis inventera problem, behov, möjligheter och goda exempel. Initialt utgjorde en bristfällig samordning av projektet ett hinder för implementeringsarbetet. Projektet har dock sedan andra kvartalet 2014 trappat upp sin aktivitet efter det att en ny projektledare tillträtt. I nuläget har inventeringen slutförts och en utbildning i samsjuklighet och integrerat stöd vid psykiatrisk/neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och beroendeproblematik har utarbetats i samarbete med Linnéuniversitetet. Denna utbildning ska under det sista kvartalet 2014 testas i den egna regionen och sedan enligt planering erbjudas övriga regioner under 2015. Utgångspunkten för detta arbete har varit att man menar att stora vinster kan uppnås genom att samordna statens, landstingets och kommunernas insatser, eftersom rättspsykiatrisk vård och kriminalvård är en kombination av sjukvård, samhällsvård och samhällskydd. Genom workshops och utbildning hoppas man kunna stärka befintliga nätverk mellan kriminalvården, de nio rättspsykiatriska klinikerna med riksuptagning, kommunernas verksamheter för socialt stöd och missbruksvård samt allmänpsykiatrien. Man hoppas också att en inventering och kartläggning av samverkansöverenskommelser ska leda till att dessa revideras vid behov.

### *Möjliga framgångsfaktorer i spridningen av integrerade insatser vid samtidig psykisk sjukdom och missbruk.*

Möjliga framgångsfaktorer för spridningen av ett integrerat vård- och stöderbjudande som framkommit under intervjuerna med projektledarna är som följer:

- Avtal och utarbetade rutiner för samverkan mellan de olika huvudmännen, samt ett gott samarbetsklimat över huvudmannagränserna. Avtalen medför en skyldighet att samverka, vilket i kombination med ett gott samarbetsklimat kan utgöra en grundförutsättning för ett integrerat arbetssätt.
- En vilja på klinikerna att utveckla sitt arbetssätt gällande samsjuklighet. Ett exempel som visar på en vilja till utveckling av arbetssätt är att en stor del av personalen utbildats i motiverande samtal (*Motivational Interviewing*, MI).
- Förankring av utformning av missbruksbehandling i de nationella riktlinjerna. Vad som erbjuds är dock olika från klinik till klinik, beroende av den egna organisationen och dess resurser, prioriteringar, samt uppdrag. Exempelvis arbetar man inom regionklinikerna för att hantera samsjukligheten med KBT-strategier, MI och återfallsprevention.
- Stödet i I-Nods arbetsgrupp har upplevts som en framgångsfaktor där den nya tillträdde projektledaren upplever sig ha haft god nytta av kompetensen i arbetsgruppen och uppskattat det välkomnande och accepterande arbetsklimatet.

### *Möjliga hinder för spridningen av en modell för integrerade insatser*

Möjliga hinder för spridningen av ett integrerat vård- och stöderbjudande upplevdes initialt av den dåvarande projektledaren vara nybyggnationen av rättspsykiatriska kliniken (Vadstena) och den omorganisation som denna kunde tänkas medföra, liksom omsättning på personal där personal lärdes upp och fick utbildning sedan avslutade sin anställning. Det framkom också initialt att oklarheter och oenigheter i projektledningen kring initieringen och genomförandet av projektet var ett hinder, liksom upplevelsen av avsaknad av stöd i organisationen att följa handlingsplanen, samt avsaknad av legitimitet hos huvudmännen. Vidare framkom också att osäkerhet och oerfarenhet i rollen som projektledare utgjorde ett hinder, vilket också påverkade samordningen och utvecklingen av projektet initialt. Vidare identifierades en rad problem under inventeringen som också kan utgöra möjliga hinder för en implementering av integrerade insatser för personer med samtidig psykisk sjukdom och missbruk:

- Avsaknad av samordnad linje för behandling av samsjuklighet. Som beskrivits tidigare strävar man inom regionklinikerna att arbeta i enlighet med de nationella riktlinjerna för gruppen och erbjuder en mängd olika interventioner främst relaterat till MI, KBT och återfallsprevention. Dessa interventioner beskrivs dock av projektledaren ha relativt likvärdigt innehåll:

”På två kliniker har man anpassat manualen för återfallsprogrammet så att det passar målgruppen så att patienterna kan klara av programmet, närvaro och deltagarnöjdhet. För övrigt jobbar man med Väckarklockan eller 12-stepsprogram och återfallsprevention, CRA som innehåller både KBT, ACT, MI m.m. Vi jobbar alltså relativt likvärdigt, men det heter olika, men innehållet är ungefär detsamma” (projektledare, Psykisk sjukdom och missbruk).

- Bristande kunskap om samsjuklighet och hur denna bör behandlas. Detta menar projektledaren främst beror på: ”att man inte ser missbruket som ett oberoende problem, utan man behandlar psykosjukdomen i förhoppning att också missbruket upphör av sig själv, eftersom personen i fråga är omhändertagen för vård.”
- Förändringsmotstånd bland personalen där man 'arbetar i invanda hjulspår': ”Så här har vi alltid jobbat och det har fungerat förut och vi tycker att det fungerar nu med” (projektledare, Psykisk sjukdom och missbruk), vilket projektledaren menar kan bero på en förändringströtthet bland personalen i verksamheterna, vilket gör att man värjer sig mot ytterligare förändringar i arbetssätt.
- Missbruksbehandling lågt prioriterad, eftersom de intagna ändå är drogfria pga. att de är frihetsberövade vid rättspsykiatrisk vård och inte har tillgång till droger eller alkohol. Detta gör att samsjukligheten inte prioriteras i vårdinsatserna och mer akuta tillstånd/beteenden hanteras i första hand. Att missbruksbehandlingen är lågt prioriterad inledningsvis menar projektledaren också kan bero på att den intagna är: ”... i så dåligt skick initialt att han eller hon inte är mottaglig för denna typ av behandling”.
- Svårighet att rekrytera personal som vill arbeta med missbruksproblematiken kan utgöra ett möjligt hinder.
- Brister i vårdprocessen och ansvarsfördelningen mellan huvudmännen resulterar i återfall i missbruk då den intagnas vård övergår från slutenvård till öppenvård. Projektledaren framhåller dock att vid de tillfällen då samverkan brister mellan huvudmännen är detta ofta relaterat till individnivå och inte relaterat till de avtal och överenskommelser som finns.
- Kommuner med begränsad budget kan utgöra ett möjligt hinder i övergången till öppenvård, eftersom det begränsar de möjligheter till stöd i form av exempelvis särskilda boende och de behandlingsinsatser som kan erbjudas individen vid utslussning i öppenvård.

## Metodstöd

CEPI har under projekttiden deltagit i diskussioner kring möjliga evidensbaserade modeller för integrerade insatser och även informerat den nytillträdde projektledaren rörande I-Nods uppläggning och de modeller som implementerats inom ramen för projektet. Utöver detta utarbetades utvärderingsupplägget, som beskrivits i metodavsnittet, där även AUDIT och DUDIT inkluderades för att specifikt identifiera eventuella förändringar i missbruk/beroende hos gruppen personer med samtidig psykisk sjukdom samt psykiskt störda lagöverträdare före och efter en integrerad insats, typ DD-team.

## Samordnad individuell plan (SIP)

”Det viktigast är ju att klienten är delaktig, sen vilken blankett man använder eller hur man gör kanske inte är så viktigt egentligen” (projektledare, SIP).

Som betonats i inledningen är SIP en lagstyrd insats, vilken är förenlig med och ofta en förutsättning för ett integrerat arbetssätt. Målet med detta delområde har varit att vuxna personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik i ökad utsträckning ska erbjudas delaktighet och inflytande över vården och omsorgens

innehåll och upplägg. Fokus för detta delområde har primärt varit att intresserade verksamheter inom landsting och kommuner, företrädesvis inom Norra regionen, inbjudits till ett utvecklingsarbete runt genomförandet av SIP. Utvecklingsarbetet har understötts via utbildning av personal med uppföljande handledning i *Delat beslutsfattande (Shared Decision Making, SDM)* där personer med egen erfarenhet bidragit både som deltagare i utbildningarna och som instruktörer. SDM är ett arbetssätt för att öka patientens delaktighet i vården och omsorgen, som syftar till att hjälpa personerna att spela en aktiv roll i beslut som rör deras hälsa samt vård och stöd, förmedla information om alternativ, tydliggöra personens egna preferenser och fatta gemensamma beslut om behandling. Informationsmaterial för utförandet av SIP för professionella inom exempelvis sjukvård och socialtjänst, samt för brukare och närstående kommer att göras tillgängligt på webben med förhoppningen att detta ska möjliggöra ett större brukarinflytande under själva utförandet av en SIP för den aktuella målgruppen.

## **Framgångsfaktorer och hinder i spridningen av SIP**

Intervjuerna med projektledaren identifierade följande framgångsfaktorer:

- SDM som ett komplement till SIP i utbildning av personal upplevdes övervägande som positivt då metoden bygger på ett återhämtningsinriktat tankesätt där brukarens vilja och val sätts i fokus. Metoden upplevdes dock svår att förmedla på ett lättfattligt sätt, vilket kunde utgöra ett hinder.
- Inledande kontakt på chefsnivå. Vid de tillfällen, främst i mindre kommuner, då projektledaren hade möjlighet att skapa en inledande kontakt på chefsnivå fick det ofta positiva effekter i spridningen av SIP: ”... chefen satte SIP på agendan och detta sprider sig ner i verksamheterna” (projektledare, SIP).
- Personligen besöka verksamheter hade flera positiva effekter. Dels knöts kontakter med viktiga nyckelpersoner och dels fick projektledaren information om hur SIP spridits lokalt i verksamheten och tillgång till lokalt utarbetat informationsmaterial. Detta gjorde att spridningsarbetet kunde utgå från behovet i de lokala verksamheterna.
- Att vara inbjuden/bygga på intresse var genomgående en framgångsfaktor. Vid dessa tillfällen fanns ett intresse hos den lokala verksamheten att förändra och utveckla sitt arbete med SIP. På detta sätt var det också lättare för projektledaren att komma in på rätt nivå i organisationen, vilket annars kunde utgöra ett hinder då arenan för SIP finns i brytpunkten mellan socialtjänsten och sjukvården.
- Regionala avtal en grund att bygga på. Regionala avtal fungerade som en grund att utgå från i arbetet med spridning och implementering av SIP.
- Skapa och använda sig av en lokal strategigrupp med SIP-entusiaster kom att fungera som en positiv kraft i arbetet. Gruppen var aktiv och gav riktning till spridningsarbetet, samt gav ett personligt stöd till projektledaren.
- Mindre kommuner med sammanhållen organisationsstruktur underlättade då det var enklare för projektledaren att få kontakt på rätt nivå i organisationen. Dessa kommuner hade dessutom bättre förutsättningar för att genomföra SIP, eftersom det många gånger fanns fungerande strukturer för samverkan, som byggde på personliga kontakter mellan de olika huvudmännen.
- Lokala nätverk tillförde uthållighet och kontinuitet i spridningsarbetet och resulterade i lokala utbildningsinsatser och utvärdering av dessa.
- Flexibel inställning till utförandet av SIP beroende av kontext upplevdes också av projektledaren som en nödvändighet för att möjliggöra ett ökat användande av SIP. I mindre kommuner kunde en och samma person vara ansvarig för SIP inom flera olika områden som exempelvis psykiatri, barn/unga, och äldreomsorgen. I större kommuner var ansvarsfördelningen mer uppdelad på olika delområden och fler personer, vilket ställde krav på flexibilitet i spridningsarbetet av SIP.
- Rätt projektledaregenskaper. Här liksom i delområdet FACT blev det tydligt att projektledarens personliga egenskaper hade stor betydelse som en framgångsfaktor för implementeringen. Detta innefattade egenskaper såsom att vara strategisk gällande ordningen på de olika insatserna och att vänta med att presentera en lösning, samt att vara flexibel utifrån behoven i verksamheterna:

”Jag har varit förändringsbenägen på det sättet att jag har förändrat både presentationer och riktningen för utvecklingen av informationsmaterialet under resans gång utifrån de erfarenheter jag fått. Jag har inte läst fast mig vid en modell så att säga” (projektledare, SIP).

- Knyta SIP till de psykiatriska verksamheterna. Med utgångspunkt från att det varit svårt att hitta en plattform för SIP-arbetet i gränslandet mellan sjukvården och kommunen har en framgångsfaktor varit att förankra SIP i psykiatriens arbete. Inte minst vid de tillfällen då en lokal samordningsstruktur för SIP saknades.
- Stöd från arbetsgrupper. Stödet från bland annat arbetsgruppen *PSYNK* och I-nod fungerade som en framgångsfaktor på det sättet att deltagarna i dessa grupper gav projektledaren stöd och feedback i spridningsarbetet.

Utöver dessa framgångsfaktorer blev även ett antal hinder tydliga under processens gång:

- Adressat känd men har ingen adress. Det största hindret för spridningen och implementeringen av SIP var att dessa ska utföras i gränslandet mellan kommun och psykiatri - en plattform som många gånger inte finns eller inte är tydligt definierad. Detta gör att det inte finns någon som tar ansvar för att tillhandahålla en struktur för genomförandet av dessa planer och andra sektorsövergripande insatser.
- Brukare och anhöriga är inte alltid positiva till SIP då man tycker att det är tidskrävande och kräver ett merarbete för brukaren/anhöriga att skapa kontakt mellan de olika huvudmännen.
- SIP byråkratiseras och krånglas till. Ett exempel på detta är att vissa verksamheter har omfattande SIP-formulär på 7-8 sidor med tillhörande ambitiösa rutiner, vilket kan göra att SIP blir för tidskrävande och därför inte genomförs i tillräcklig utsträckning.
- Hur SIP dokumenteras utgör enligt projektledaren också ett hinder. Många gånger riskerar SIP att hamna bland bilagorna i exempelvis journalen, vilket gör att den inte uppmärksammas i behandlingsarbetet.
- Osäkerhet kring vem som ansvarar för SIP. För att stärka patientens ställning i vården har patienten rätt till en fast vårdkontakt enligt hälso- och sjukvårdslagen, vilken har som uppgift att samordna vårdinsatser från olika enheter och vårdgivare samt genomföra SIP. CMrn eller kontaktpersonen inom psykiatri eller socialtjänsten har liknande uppdrag, vilket gör att det ibland kan uppstå osäkerhet rörande vem som ansvarar för SIP. När den fasta vårdkontakten och CM eller stödpersonen inom psykiatri är en och samma person underlättas arbetet. Men om det finns professionella som har till uppgift att samordna vård- och stödinsatser baserat på en SIP kan det skapa förvirring för brukaren.
- Större kommuner med komplex och uppdelad organisationsstruktur gör det svårt att skapa hållbara strukturer för SIP.
- Hur SIP prioriteras eller snarare att SIP ibland inte prioriteras bland chefer utgör också ett hinder för spridningen och implementeringen. Orsaken till detta är bland annat hög ärendebelastning i verksamheterna och olika intressen att ta hänsyn till inom verksamheterna, vilket resulterar i att: ”SIP hamnar mellan stolarna” (projektledare, SIP).
- Förankringen av de lokala överenskommelserna i verksamheterna. De lokala rutinerna för SIP kunde vara mer eller mindre tydliga och förankrade i verksamheterna, vilket kunde utgöra ett hinder: ”Det är ju en sak att skriva bra rutiner, men sen ska de ju vara kända i verksamheten och sen ska ju erfarenheterna från verksamheterna landa tillbaka” (projektledare, SIP).
- Bristande samordning inom sjukvården gör det svårt att samordna över huvudmannagränserna, exempelvis mellan primärvård och specialistpsykiatri. Projektledaren konstaterar att: ”Jag tror att det hade varit bra om man hade kört en kampanj att verksamheterna ska samordna sin verksamhet internt innan man kör en samordning över huvudmannagränserna”.

Utöver dessa framgångsfaktorer och hinder beskriver projektledaren att ambitionen att skapa breda kontaktytor visade sig vara svårt att realisera på grund av ovan beskrivna hinder. Han konstaterar också att interna och pågående initiativ för att öka användandet av SIP har varit svårt att inventera och överblicka och att dessa inte visar hur man egentligen arbetar med SIP ute i verksamheterna.

## **Metodstöd**

Under projekttidens gång har CEPI gett detta delområde stöd i utvecklandet av en enkät för att bedöma attityder till och kunskaper i SIP före och efter utbildning. CEPI har också tillhandahållit en modell för brukarutvärdering, innehållande intervjuguider och skattningsskala att använda för att utvärdera brukarnas upplevelse av delaktighet vid genomförandet av SIP, samt gett feedback på allehanda informationsmaterial.

# Diskussion

Denna rapport rör den initiala utvecklingen och spridningen av integrerade verksamheter inom öppenvård, d.v.s. ACT, FACT och DD-team samt spridningen av SIP. FACT är det av I-Nods delområden som kommit längst i implementeringsarbetet, där tio team har anammat och påbörjat en praktisk implementering av detta arbetssätt i sitt dagliga arbete. Som beskrivits tidigare kom ACT-området in ganska sent i projektet och med ett delvis annat uppdrag, vilket medfört att implementeringen av ACT ännu inte nått en fas då den praktiskt prövats i de verksamheter som visat intresse i samband med informationsarbete och workshops. När det gäller FACT visar programtrohetsmätningarna att det är möjligt att under en initial 6-månadersperiod implementera FACT i en svensk kontext med goda resultat. Verksamheterna har dock inte nått full implementering så att denna blivit en integrerad del av verksamheten och personalens kunnande och arbetssätt, jmf Fixsen och kollegor (26). Verksamheterna är därför fortfarande i behov av fortsatt implementeringsstöd för att fullt ut kunna stabiliseras och fungera med god programtrohet. För att få större genomslag i svensk praxis behövs också ytterligare resurser för att möta behov hos de team som visat intresse, men ännu inte hunnit implementera modellen.

Gällande delområdena FACT och samordnad individuell plan (SIP) som kommit längst i spridnings- och implementeringsprocessen och därigenom arbetat empiriskt ute i olika verksamheter kan vi se en del gemensamma framgångsfaktorer och hinder. I båda delområdena beskrevs en top-down strategi med inledande kontakt på chefsnivå i kombination med att bygga på intresse från verksamheterna vara framgångsfaktorer. Vidare kunde chefernas inställning och de organisatoriska förutsättningarna vara både främjande och hindrande, liksom samverkan mellan de olika huvudmännen. Projektledarens kunskaper och egenskaper beskrevs också som viktiga framgångsfaktorer i båda delområdena.

## FACT

*Det är möjligt att på kort tid implementera FACT i en svensk kontext*

Programtrohetsmätningarna visar att det är möjligt att på kort tid implementera FACT i en svensk kontext med god programtrohet. Intervjuerna med projektledare, teamledare och enhetschefer tyder på att det redan från implementeringens start funnits goda förutsättningar att implementera FACT-modellen i de team som under projektiden valt att implementera modellen. Exempel på detta var chefer som trodde på och gav sitt stöd till implementeringen, samt en vilja bland personalen att förändra sitt arbetssätt och börja arbeta med FACT. En stark chef med en aktiv implementeringsstrategi som tar sig över eventuella barriärer i implementeringsarbetet, liksom en positiv inställning hos personalen har beskrivits som betydande framgångsfaktorer i tidigare implementeringsforskning (26, 29). Både teammedlemmarna och cheferna såg dessutom vinster med införandet av FACT-modellen, eftersom den fyllde ett behov i verksamheterna, genom möjligheterna till ett mer strukturerat arbetssätt, säkerställande av vårdkvalitet, samt bättre psykosocial arbetsmiljö för personalen. Samtliga team hade också redan vid starten av implementeringen goda organisatoriska förutsättningar, eftersom man redan arbetade utifrån ett integrerat och utåtriktat synsätt, och även hade tillgång till evidensbaserade insatser i linje med socialstyrelsens riktlinjer för gruppen. Vidare gav en så kallad *slöp*/egna slutenvårdsplatser kontroll över in- och utskrivningar, vilket är i linje med FACT, liksom att flera verksamheter hade ett mobilt team som skapade förutsättningar för dygnet-runt verksamhet/akutverksamhet. En organisatorisk förutsättning som kom att bli en framgångsfaktor för implementeringen av modellen var också att de flesta teamen redan hade etablerat fungerande samarbetsformer med kommunen på personnivå, liksom slutenvården då man inte själv hade egna slutenvårdsplatser på kliniken. En annan betydande framgångsfaktor för implementeringen av:

### *Kunskaper i ett integrerat arbetssätt den största framgångsfaktorn*

Kunskaper i ett integrerat arbetssätt, d.v.s. *Case Management* (CM) eller integrerad psykiatri, lyftes fram som den största framgångsfaktorn. Flera av teamen i Göteborg arbetade vid införandet av modellen enligt grunderna i CM och integrerad psykiatri, vilket visade sig underlätta införandet av FACT. Utifrån dessa resultat kan man dra slutsatsen att dessa team hade rätt grundförutsättningar och därför fick en ”varmstart” vid implementeringen av modellen. Ett intressant framtida perspektiv skulle vara att följa implementeringsprocesser i team utan dessa förutsättningar och förkunskaper i ett integrerat arbetssätt för att få mer generaliserbara kunskaper om implementering av FACT i Sverige.

### *Projektledarnas kunskaper och egenskaper en betydande framgångsfaktor*

Ytterligare en framgångsfaktor när det gäller implementeringen av FACT var projektledarnas kunskaper och egenskaper. Projektledarna var kunniga inom området och hade redan goda kontakter ute i verksamheterna och kunde därför med lätthet fungera som så kallade champions eller förändringsagenter vid implementeringen av modellen. Med champions/förändringsagenter menas enligt Fixsen m.fl. (20) en person eller en grupp som representerar en metod och som aktivt arbetar för att implementera denna med god programtrohet. Denna person/er eller grupp har en viktig roll när det gäller att guida verksamheter som vill förändra sitt arbetssätt genom att hjälpa verksamheten på rätt spår, samt uppmuntra och lösa problem relaterat till implementeringsarbetet (26). Engagemanget från *Nå-Ut*-teamet, som har erfarenhet och kunskap av att implementera och arbeta utifrån modellen, kan också ha spelat en betydande roll som framgångsfaktor i implementeringen.

### *Hinder på flera nivåer ger ”kallstart”*

Utöver ovan beskrivna framgångsfaktorer för implementeringen kunde det även finnas hinder på olika nivåer vid implementeringen av modellen, d.v.s. på organisationsnivå, gällande styrning samt den inre och yttre miljön. Flera av teamen som valde att implementera modellen hade svårigheter att få samarbetet att fungera fullt ut mellan huvudmännen. Utifrån detta kan man konstatera att samverkan mellan landsting och kommun fortfarande är en utmaning för många verksamheter, vilket kan utgöra ett betydande hinder vid implementering av integrerade vård- och stödformer. Flera team i Sverige som projektledarna varit i kontakt med hade dessutom inte organisatoriska förutsättningar för att börja arbeta enligt FACT och saknade en stöttande ledning som snarare var oförstående till vad implementeringen av en integrerad vård- och stödform kunde innebära. Vidare saknade en del team kunskaper i ett integrerat arbetssätt, vilket gjorde steget till FACT för långt. Andra hinder kunde vara en otillräcklig bemanning och förändringströtthet p.g.a. av alla riktlinjer som skulle implementeras. Man skulle kunna tänka sig att dessa hinder kan leda till mer av en ”kallstart” vid implementeringen av FACT, där startsträckan är längre på det sättet att kunskaper i ett integrerat arbetssätt måste införlivas, relationer och samarbetsformer måste byggas upp med kommunen och de organisatoriska förutsättningarna måste skapas i större utsträckning för att en implementering ska kunna komma till stånd.

## ACT

Som beskrivits i resultatdelen går det i nuläget inte att utifrån detta projekt beskriva framgångsfaktorer och hinder för spridning och implementering av programtrogen ACT i Sverige. Resultaten från ett annat CEPI projekt som följt ett ACT-team i Malmö som är etablerat sedan två år tillbaka visar dock att detta har uppnått en god programtrohet och att resultaten av ACT i Malmö är snarlika dem som visats i internationella studier med avseende på förändringar i vårdkonsumtion). Den juridiska utredningen som genomförts för detta delområde har också visat att det inte finns några lagliga hinder för att arbeta programtroget enligt ACT. För att undersöka i vilken utsträckning ACT kan överföras från modellprojektet i Malmö till andra kontexter krävs dock ytterligare implementeringsinsatser med tillhörande utvärderingar.



## Integrerade insatser - psykisk sjukdom och missbruk

Detta delområde har i nuläget ännu inte börjat sprida och implementera någon modell för integrerad verksamhet för personer med samtidig psykisk sjukdom och missbruk. Man har genomfört en inventering och under senare delen av projektet tagit fram en utbildningsinsats för att främja området. Denna utbildning är dock av ganska grundläggande karaktär och utifrån den kursplan som presenterats framgår att utbildning och introduktion i evidensbaserade integrerade insatser för denna grupp inte är i fokus. Utbildningen kommer därför framförallt att leda till möjligheter till en ökad samsyn och kunskaper om problem vid samtidig psykisk ohälsa och missbruk. Vägen från denna utbildning till implementering av integrerade insatser känns lång och någon planering för denna fortsatta process har inte presenterats. Eftersom man i detta delområde inte arbetat med faktisk implementering av verksamheter går det i nuläget inte att uttala sig om hinder och framgångsfaktorer för ett sådant implementeringsarbete utan bara framåtsyftande möjliga sådana. Det som är tydligt är att behandlingen av samsjuklighet behöver prioriteras för att förebygga återfall i missbruk och kriminalitet vid övergång mellan slutenvårdspsykiatri till öppenvård. Detta genom en samlad evidensbaserad psykosocialmodell för behandling av samsjuklighet där fler personer i den del av målgruppen som tillhör kategorin psykiskt störda lagöverträdare efter verkställighetstidens slut hos kriminalvården eller under och efter vårdtiden hos rättspsykiatri möts av ett integrerat vård- och stöderbjudande, som vid behov innefattar CM enligt till exempel modellen *DD-team*.

## SIP

Utifrån resultatet av uppföljningen av spridningen och implementeringen av SIP kan man dra slutsatsen att hänsyn måste tas till den lokala organisationsstrukturen och de behov som finns lokalt vid spridning och implementering av dessa planer. På detta sätt menar projektledaren att: "SIP är en utmaning som måste lösas lokalt". I detta arbete är det också av vikt att de olika huvudmännen ser sig som en helhet snarare än separata verksamheter för att få till en fungerande struktur för samverkan och att ansvarsfördelningen blir tydlig mellan huvudmännen. Kanske kan en idé också vara att den fasta vårdkontakten och den person inom socialtjänst eller sjukvård som har ansvar för genomförandet av *SIP* är en och samma person.

## Slutsatser från utvärderingen av I-nod

- Med rätt grundförutsättningar gällande organisation och arbetsätt är det möjligt att under en relativt kort tidsperiod implementera och bedriva FACT med god programtrohet i en svensk kontext.
- FACT fyller ett behov i de verksamheter som valt att implementera FACT. Personal och chefer inom både landstinget och kommunen ser vinster med FACT-modellen både vad gäller arbetsätt, vårdkvalitet och psykosocial arbetsmiljö för personalen.
- Det krävs fortsatt implementeringsstöd för att nå full implementering av FACT-modellen i de team som nu startats upp. Ytterligare resurser krävs också för att möta utvecklingsbehov hos team som visat intresse, men ännu inte implementerat modellen. Erfarenheter och kunskaper från *I-nod*-projektet bör användas för fortsatt stöd till implementering av ACT och FACT i ett bredare svenskt perspektiv, framförallt riktat till verksamheter som inte kan dra fördelar av en varmstart.
- ACT har framgångsrikt implementerats på en ort i Sverige. Om modellen kan överföras till andra verksamheter är oklart och kräver fortsatt stöd för både implementering och fortsatt utvärdering.
- Satsningen gällande delområdet integrerade insatser vid samtidig psykisk sjukdom och missbruk har inte resulterat i etablerandet av nya verksamheter inom området. Möjligen skulle större framgång ha nåtts om samma modell använts som inom FACT-området, d.v.s. projektledare med erfarenhet och kunskaper kring teamarbete inom området och med utgångspunkt från ett team som redan arbetar framgångsrikt med modellen inom svensk öppenvårdspsykiatri. En fortsatt satsning inom området samtidig psykisk sjukdom och missbruk med fokus på faktisk implementering och etablering av integrerade verksamheter är fortsatt viktig.

- När det gäller införandet av samordande individuella planer måste hänsyn tas till den lokala organisationsstrukturen och de behov som finns lokalt. De olika huvudmännen måste också se sig som en helhet snarare än separata verksamheter för att få till en fungerande struktur för samverkan. Det är också viktigt att ansvarsfördelningen är tydlig mellan huvudmännen.

# Referenser

1. CEPI. FACT programtrohetsskala. Malmö: Lunds universitet; 2014.
2. Stein L I, Test M A. Alternative to Mental Hospital Treatment. I. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. *Archives of general psychiatry*. 1980;37(4):392-7.
3. Monroe-DeVita M, Teague G B, Moser L L. The TMACT: a new tool for measuring fidelity to assertive community treatment. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2011;17(1):17-29.
4. Mueser K T, Deavers F, Penn D L, Cassisi J E. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*. 2013;9:465-97.
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
6. Dieterich M, Irving C B, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010(10)(CD007906).
7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
8. Hunt G E, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40(1):18-20.
9. Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008;1(CD001088).
10. Brunette M F, Mueser K T, Drake R E. A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug and alcohol review*. 2004;23(4):471-81.
11. Donald M, Dower J, Kavanagh D. Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social science & medicine*. 2005;60(6):1371-83.
12. Drake R E, Mueser K T, Brunette M F, McHugo G J. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2004;27(4):360-74.
13. Öjehagen A, Cruce G. Samsjuklighet – psykisk ohälsa och riskbruk, missbruk och beroende av alkohol och narkotika. I Brunt D, Hansson L (Red.) *Att leva med psykisk funktionsnedsättning – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser (ny reviderad upplaga)*. Lund: Studentlitteratur; 2014.
14. van Veldhuizen J. FACT: A Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal* 2007;43(4):421-33.
15. Bak M, van Os J, Delespaul P, de Bie A, a Campo J, Poddighe G, et al. An observational, "real life" trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007;42(2):125-30.
16. Drukker M, Maarschalkerweerd M, Bak M, Driessen G, a Campo J, de Bie A, et al. A real-life observational study of the effectiveness of FACT in a Dutch mental health region. *BMC psychiatry*. 2008;8:93.
17. Firn M, Hindhaugh K, Hubbeling D, Davies G, Jones B, White S J. A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013;48(6):997-1003.
18. Socialstyrelsen. *Att bedöma programtroheten till ACT (TMACT)*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
19. Priebe S, Watzke S, Hansson L, Burns T. Objective social outcomes index (SIX): a method to summarise objective indicators of social outcomes in mental health care. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2008;118(1):57-63.
20. Babor T F, Higgins-Biddle J C, Saunders J B, Monteiro M G. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: World Health Organization*; 2001.
21. Berman A H, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. *The Drug Use Disorders Identification Test manual*. Stockholm: Karolinska institutet; 2003.
22. Rishovd Rund B, Ruud T. *Måling av funksjonsnivå og funksjonsendring i psykiatrisk behandling*. Oslo: Statens helsetilsyn. IK 2422.; 1994.

23. Socialstyrelsen. Att utveckla en modell för brukarundersökning inom psykiatrisk vård och omsorg. Erfarenheter från pilotstudie. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
24. van Os J, Burns T, Cavallaro R, Leucht S, Peuskens J, Helldin L, et al. Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2006;113(2):91-5.
25. Bjorkman T, Svensson B. Quality of life in people with severe mental illness. Reliability and validity of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Nordic journal of psychiatry*. 2005;59(4):302-6.
26. Fixsen D L, Naom S F, Blase K A, Friedman R M, EWallace F. *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, Florida University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231) 2005.
27. Hsieh H F, Shannon S E. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88.
28. Patton M. *Qualitative evaluation and reserach methods*. Beverly Hills: CA: Sage; 1990. p. 169-86.
29. Torrey W C, Bond G R, McHugo G J, Swain K. Evidence-based practice implementation in community mental health settings: the relative importance of key domains of implementation activity. *Administration and policy in mental health*. 2012;39(5):353-64.

# Bilaga 1

## Intervjumanual enhetschefer/teamledare *I-nod*

### *Styrning*

- Hur har det gått till när ni kommit fram till att införa funktionell ACT? Varifrån kommer initiativen till att ni vill (ska) införa FACT som arbetsätt? Upplever du att ni utsatts för påtryckningar från ledningshåll eller har ni diskuterat fram detta inom er arbetsgrupp?

### *Organisation*

- Upplever du att det finns stöd i din organisation för att skapa ett FACT-team? Tror du att det skulle finnas gehör från ledningen om förändringar skulle innebära ett behov av ytterligare resurser och därmed ökade kostnader?

### *Personal – inre miljö*

- Har ni tradition för att arbeta med utvecklingsarbete? Finns det några "eldsjälar" som är entusiastiska och driver på?
- Vissa inslag i FACT kan innebära förändrade rutiner i arbetet. Vilka förutsättningar har ni för att få dessa att fungera?
- Hur ser det ut nu i din verksamhet? Har alla "full mottagning" eller finns det utrymme för extrainsatser om det kommer att behövas? Hur ser era resurser ut för att kunna leva upp till denna modellen?
- Hur upplever du att engagemanget är för att arbeta med FACT? Upplever du att man tror på modellen – vad tror du om den?

### *Yttre miljö*

- Finns det något bland era samarbetspartners som kan påverkas? (Boendestödjare, slutenvården, socialtjänst och så vidare).
- Hur tror du brukarna kommer att uppleva möjligheten till intensivare kontakter vid behov?

### *Planering*

- Berätta om er planering! Hur mycket vet man om FACT i ditt team?
- Vad behöver ni lägga till eller förändra, behöver ni någon specifik utbildning?