

Evidens och Karlstads universitet i samverkan

Uppdragsutbildning och implementering av CM som skall arbeta enligt ACT-metoden

Slutrapport till Socialstyrelsen 2011-12-27

Tommy Nordén och Torsten Norlander

Evidens och Karlstads universitet i samverkan

Uppdragsutbildning och implementering av CM som skall arbeta enligt ACT-metoden

Slutrapport till Socialstyrelsen 2011-12-27

Tommy Nordén och Torsten Norlander

Innehåll

1. Slutsatser och förslag	6
2. Bakgrund	7
3. Vad är ACT?	10
4. Utbildningsinsatser.....	13
5. Projektets resultat	16
6. Ekonomisk redovisning.....	17

1. Slutsatser och förslag

I denna rapport sammanfattas erfarenheterna från projektet *Uppdragsutbildning och implementering av CM som skall arbeta enligt ACT-metoden* som genomfördes under perioden 2007 – 2011 av Evidens och Karlstads universitet i samverkan. Ett stort problem är att Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) vid Lunds universitet inte har fullgjort sina åtaganden som de fått från Socialstyrelsen, det vill säga att ansvara för en regelrätt implementeringsstudie av den nationella utbildningsstrategin och en utvärdering på klientnivå. Sådana insatser måste planeras och förberedas i god tid för att därmed säkra data före (baseline), under och efter själva implementeringen. Inget av detta har genomförts på ett vetenskapligt acceptabelt sätt.

Trots dessa förhållanden har vi från projektets sida på kort varsel gjort insatser för att säkra åtminstone några kvantitativa och kvalitativa uppgifter om projektets resultat. Vår upplevelse är att projektet har varit framgångsrikt. Intervjuer och rapporter från deltagare i projektet indikerar flera positiva effekter såsom förbättrad behandlingseffektivitet, kortare behandlingstider, bättre verktyg i bemötandet och i behandlingarna, bättre samordning mellan kommun och landsting och därmed minskat antal felbedömningar. Särskilt betydelsefullt har varit alla positiva rapporter från deltagande brukare och närstående. Dessa resultat speglas i flera av bilagorna till denna rapport och har också framkommit på konferenser som anordnats inom projektets regi. Ytterligare ett belegg för att den speciella form av ACT modell som använts, det vill säga Integrerad Psykiatri eller Resource group Assertive Community Treatment (RACT), upplevts som värdefull av såväl personal som brukare är att nu finns snart 700 resursgrupper verksamma i landet som ett direkt eller indirekt resultat av projektet.

Flera slutsatser kan dras från projektet:

- (1) Även om en majoritet av de medverkande brukarna hade diagnoser inom det psykotiska fältet återfanns cirka 35 % inom hela spektret av typiska psykiatriska diagnoser som missbruksproblem, personlighetsstörningar, panik- och ångestsyndrom, beteendestörningar, ätstörningar, uppmärksamhetsstörningar och så vidare. Erfarenheterna visade att metodprogrammet kunde genomföras för alla personer med svåra psykiska besvär oberoende av medicinsk diagnos.
- (2) På några ställen försvårades implementeringen då cheferna inte var insatta i metoden vilket belyser nödvändigheten av en särskild chefsutbildning.
- (3) Nya viktiga erfarenheter understryker att utbildningsmanualen behöver skrivas om och förbättras. Det arbetet har redan påbörjats.
- (4) Upplägget med teamutbildningar och fördjupningsutbildningar fungerade väl och var lagom omfattande även om det skulle vara önskvärt att utöka metodhandledningen.
- (5) Under utbildningens gång uppmärksammades nödvändigheten av en god balans mellan landstings- och kommunperspektiven. Båda dessa perspektiv är lika viktiga och det måste prägla utbildningarna och kursmaterialet. Det fanns till exempel en missuppfattning om att kommunalt anställda inte får använda vissa skattningsinstrument (Kvalitetsstjärnan) för att få en mer omfattande bild av brukarens förhållanden. Några sådana hinder föreligger inte utan tvärtom måste det ses som angeläget att personalgrupperna lär sig av varandras tekniker.
- (6) Kontakter och nätverk har skapats mellan personal från kommuner och landsting vilket

gett ett bättre omhändertagande. Bäst fungerade det på platser där formella avtal slöts mellan kommun och landsting.

- (7) Erfarenheterna indikerar att den modell som varit mest framgångsrik har inneburit att det skall finnas vård- och stödsamordnare (CM) knutna till både kommunerna och till landstingen. Resursgrupper formeras runt brukaren och en samordnare från landstinget ingår när brukaren har behov av landstingets tjänster. När verksamheten tas över av den kommunala omsorgen tar en samordnare från kommunen vid. Om brukaren sedan åter behöver landstingets tjänster "aktiveras" den tidigare CM från landstinget. Det är naturligtvis av största vikt att de två samordnarna samverkar nära både sinsemellan och tillsammans med brukaren.
- (8) Kvalificerad handledning av CM är en viktig faktor. Handledaren bör själv ha en gedigen erfarenhet av patientgruppen, själv ha varit CM och dessutom vara handledarutbildad.

Mot bakgrund av de vunna erfarenheterna vill vi ställa följande förslag:

- (1) Fortsatt satsning på uppdragsutbildning och implementering av CM genom att resurser tillskjuts med tydliga kvalitetskriterier. En framgångsfaktor har visat sig vara politiska beslut lokalt och regionalt.
- (2) En organisationsmodell utvecklas som innebär att regionförbunden har ett särskilt ansvar för samordningen kring resursgrupperna fungerar. Inom varje regionförbund finns eller tillskapas en psykiatrisamordning som skall fungera som "SKL-team" (Samverkan Kommun Landsting) med uppgift att bevaka och hjälpa till så att verksamheten med resursgrupperna fungerar på ett bästa möjliga sätt. SKL-teamet består av tjänstemän direkt underställda regionens politiker.
- (3) Utbildningar genomförs av chefer och av SKL-teamen.
- (4) Utökad kunskap till närstående. Anhöriggrupperna behöver mer stöd, utbildning och mötesplatser.
- (5) En särskild satsning på utbildning för kvalificerade handledare av vård- och stödsamordnare.
- (6) En satsning görs för forskning som är kopplad till utbildning och implementering av arbete med resursgrupper. Särskilt beaktas medverkan av brukare och anhöriga i denna forskning.

2. Bakgrund

Uppdraget

Karlstads universitet fick av Socialstyrelsen uppdraget att "i ett antal kommuner genomföra ett koncept med uppdragsutbildning och implementering av CM (case manager) som skall arbeta enligt ACT-metoden (Assertive Community Treatment). Projektet skall bestå av *utbildning, handledning och genomförandestöd*" (Avtal daterat 2006-12-05, Dnr 00-05145/2006). Avtalet omfattar riktlinjer för CM-projektets målgrupp, verksamhetsinnehåll, projektorganisation, ekonomi och återrapportering till Socialstyrelsen under perioden 2007 – 2011.

Efter ett upphandlingsförfarande, där endast företaget Evidens kunde matcha de strikta kvalitetskraven, organiserades verksamheten med hjälp av en projektledning med två representanter från vardera företaget och universitetet. Professor Torsten Norlander (Karlstads universitet) utsågs till projektledare och fungerade som uppdragsutbildningens examinator och psykiatrikern Tommy Nordén (Evidens) utsågs till projektorganisatör. Dessutom tillsattes en Strategigrupp där förutom projektledningen även ingick representanter från Socialstyrelsen, SKL, brukarrörelsen samt vetenskapsområdet.

Organisation

Utbildningssatsningen organiserades av Evidens. För att underlätta det arbetet tillsattes en central organisationsgrupp bestående av projektadministratören och utbildningsansvariga vid Evidens. Dessutom har Evidens ett särskilt kursråd där implementerings- och utbildningsfrågor regelbundet diskuterades.

Utbildningarna bedrevs på fem kursorter, nämligen Sundsvall, Örebro, Borlänge, Göteborg/Mölnadal och Kristianstad.

Dessa påbörjades under hösten 2007 med basutbildningen (7,5 hp) som avslutades med examinationer maj 2008. Därefter följde fördjupande utbildning (30 hp) samt implementeringsstöd. Kursdeltagarna var anställda inom kommun eller landsting och verksamma inom socialtjänst eller psykiatri på orterna: Timrå, Härnösand, psykiatriska kliniken Sundsvall/Härnösand, Borlänge, Ludvika, Psykiatri Norra Västra Dalarna. Örebro, Lindesberg, Ljusnarsberg, Örebro psykiatri. Mölnadal psykiatri, Härryda, Partille. Kristianstad, Hässleholm, psykiatri Hässleholm/Kristianstad.

Varje utbildningsort bildade en lokal projektgrupp bestående av medlemmar från socialtjänsten och psykiatrin. Projektorganisationen hade i uppdrag att ansvara för samordning, genomförande och utvärdering av projektet på varje kursort. I den lokala projektorganisationens ansvar ingick bland annat att:

- delta i diskussioner med enhetschefer kring grupp sammansättning och prioriteringar
- samarbete med den centrala projektorganisationen
- deltagande vid kursdagarna
- rapportering till kursansvarig kring hur kursen förlöper, närvaro etc.
- delta i möten med kursansvarig, kurssekreterare och övriga utbildningssamordnare
- bidra till att utveckla gemensamma rutiner

En arbetsordning gjordes upp för projektet av projektgruppen direkt efter det att avtal hade slutits mellan Evidens och universitetet:

1. Konferens vård- och stödsamordnare Karlstad 28/2 – 1/3 2007.
2. Förfrågan + checklista + förutsättningar till ett 15-tal kommuner angående medverkan.
3. Inbjudan + följebrev + förutsättningar
4. Anmälningar mottages via mejl.
5. Bekräfta anmälningar.
6. Avtalsförslag (se förutsättningar) skall undertecknas (samarbete).
7. Avslut 31/3 2007
8. Lokala projektledare utses för vardera kommunen

9. Lokala projektgrupper inkl. utbildningssamordnare skall bildas.
10. Övergripande utvecklingsplan
11. Möten med utbildningssamordnare
12. Förberedande distanskontakt – webbkamera etc.
13. Informationssystem Karlstads universitet.
14. Case management konferens, Göteborg 31/5 – 1/6
15. Information till berörda utbildningsställen september och oktober
16. Första utbildningsdagen för läkare
17. Utbildning för team start v 45, 2007
18. Examination team v 17, 2008
19. Läkarutbildning första dubbeldagen maj- 2008
20. Första ”teamhandledning”
21. Termin 1 ht 2008, utbildning Case management samt handledning
22. Termin 2 vt 2009, utbildning Case management samt handledning
23. Termin 2 ht 2009, utbildning Case management samt handledning
24. Vt 2010, Implementeringsstöd samt tilläggshandledning v.b.
25. Ht 2010, Implementeringsstöd samt tilläggshandledning v.b.
26. Vt 2011, implementeringsstöd.
27. Ht 2011, utvärdering, slutrapport till Socialstyrelsen senast 2011-12-31

Socialstyrelsens lägesrapport

I Socialstyrelsens lägesrapport för de två första åren (*Utbildning av Case Managers för personer med psykiska funktionshinder och komplexa vårdbehov. Socialstyrelsens lägesrapport om verksamheten 2007-2008*) påpekas att Socialstyrelsen fortlöpande följt verksamheten och kan mot den bakgrunden ge en ingående rapportering till regeringen. Rapporten visade att Evidens i samverkan med Karlstads universitet uppfyllt alla förpliktelser och i några avseende till och med mer än vad man ursprungligen åtog sig. Exempel på det var att den fördjupade CM-utbildningen utformades enligt 30 hp och inte som avtalet krävde 15 hp och att den kortare basutbildningen kvalitativt stärktes så att det blev möjligt att ge 7,5 hp.

Socialstyrelsens bedömning var att:

- projektet följer villkoren för medlens användning enligt ingånget avtal
- implementeringen av case managementverksamheten i kommunerna fungerar tillfredsställande, men att bristen på psykiatriker eller personalomsättningen bland psykiatriker kan utgöra vissa problem

Rapportering

Utöver ovanstående beskrivna rapporteringsförfarande fick CEPI vid Lunds universitet uppdraget av Socialstyrelsen att genomföra (a) en implementeringsstudie av den nationella utbildningssatsningen, och (b) en utvärdering på klientnivå av införande av ACT-modellen för personer med psykiska funktionshinder och komplexa vårdbehov. Tyvärr har CEPI inte fullföljt detta åtagande. Visserligen presenterades en implementeringsstudie men den var för allmänt hållen och dessutom med flera allvarliga metodologiska svagheter. Kvantitativa uppgifter saknades helt och endast nio personer intervjuades (per telefon under cirka en kvart!) efter genomförd implementering. Brukarperspektivet var helt frånvarande. Trots att författarna till rapporten erkänner att deras valda metod innebar att det ”finns begränsade möjlig-

heter att undersöka i vilken utsträckning den förmedlade metodiken implementerats i den reguljära verksamheten” så dras slutsatser på ett mycket bräckligt underlag. Efter kritiken mot den så kallade implementeringsstudien drog CEPI sig på kort varsel tillbaka från det andra uppdraget som man fått. Därmed hamnade projektet i den besvärliga situationen att tidigare beslutat rapporteringsförfarande inte fungerade.

Från projektledningens sida har vi dock bedömt det som helt nödvändigt att på olika sätt samla in och sammanställa uppgifter som kan ligga till grund för en bedömning av projektets resultat. Därför finns nu en kvalitativ rapport som baseras på CM-studenternas examensarbeten i form av fallstudier, enkäter gällande så kallad programtrohet, uppgifter om antal medverkande och ACT-team, liksom andra empiriska data. Sammantaget ger dessa data goda möjligheter att värdera projektets insatser och att dra slutsatser inför framtida satsningar.

3. Vad är ACT?

Traditionell ACT

Det finns idag ett flertal olika ACT-modeller och det tillkommer ständigt nya erfarenheter och forskningsresultat som driver utvecklingen framåt (van Veldhuizen, 2007). Här görs en mycket översiktlig beskrivning och referenserna återfinns i delrapporten *Vård- och stödsamordnares upplevelser av utbildning i Resursgrupps ACT* (Bilaga 1).

Assertive Community Treatment (ACT) är ett samhällsbaserat behandlings- och rehabiliteringsprogram som utvecklades under 1970 och 80-talen och som framför allt riktat sig till långtidssjuka personer med stor konsumtion av psykiatrisk slutenvård (Stein, 1990; Stein & Santos, 1998; Test & Stein, 1978). Ett traditionellt ACT-team är ett multidisciplinärt team som bygger på intensiv ”clinical case management” som i första hand är inriktad på behandling. Insatserna genomförs i patientens närmiljö i stället för på mottagning eller institution. Den ursprungliga varianten som var den dominerande i USA under 1970- och 1980-talen bestod av rent psykiatriska sjukvårsteam där all personal kan arbeta med alla brukarna och all personal kan ha en case management funktion (Lewin Group, 2000). I ett sådant team bör finnas minst en heltidsanställd psykiatriker, två heltidsanställda sjuksköterskor, personal med särskild kunskap om missbruk och beroende samt personal med specifik kunskap om arbetsrehabilitering. Totalt ingår 10 till 12 professionella teammedlemmar som tillsammans ansvarar för cirka 100 – 120 brukare.

Ursprunglig ACT har endast modifierats minimalt under de senaste 30 åren (Bond & Drake, 2007) trots att servicesystemet och olika sociala faktorer har förändrats dramatiskt. Denna huvudvariant av ACT-team kan benämnas som de ortodoxa ACT-modellerna till skillnad från de mer moderna integrativa och flexibla ACT-modellerna.

De ortodoxa modellerna kan uppvisa evidensbaserade interventioner från studier i USA (Bond, Drake, Muesser, & Latimer, 2001), men det återstår ändå en diskussion om modellernas effektivitet och möjligheter att tillämpas i olika kulturella sammanhang. Jämförande

studier av ACT i Västeuropa visar inte lika goda resultat (t.ex., Burns, Fioritti, Holloway, Malm, & Rössler, 2001; Fiander, Burns, McHugo, and Drake, 2003) vilket kan förklaras med skillnader vad gäller den normala vården och omsorgen som gavs i kontrollgrupperna. I Västeuropa var den vanliga vården mer baserad på social-psykiatriska paradig jämfört med i USA och det har också nödvändiggjort en utveckling av ACT i Västeuropa med så kallad Assertive Outreach (ACT-AO) som både ger behandling och socialt stöd och där personal från både psykiatrin och socialtjänsten medverkar (Malm, 2002). Dessutom har varje brukare inom ACT-AO, till skillnad från ortodox ACT, en individuell CM.

De ortodoxa modellerna med sina stora team med dygnet runt bemanning är dessutom svåra att anpassa till mer lantliga miljöer där problem uppstår med kontinuitet och reseavstånd (Burns et al., 2001). I takt med att kunskaper om insatser med tidiga interventioner i samband med psykisk ohälsa ökar (Killackey & Jackson, 2007) så blir det allt viktigare att såsom Bond and Drake (2007) föreslår att fullständigt se över målgrupperna för ACT. Den service som skall ges kanske inte enbart skall inriktas på de svårast sjuka (severely mentally ill - SMI) utan också mer flexibelt kunna användas på ett bredare spektrum av brukare.

Integrativa och flexibla modeller

Med en modells integrativitet åsyftas modellens förmåga att integrera brukaren med kontaktnät av närstående, samhället och av olika vård- och omsorgsgivare. Med en modells flexibilitet åsyftas modellens förmåga att kunna växla mellan mindre intensivt och mer intensivt behandlingsarbete. Integrativa och flexibla ACT-modeller kännetecknas av en större närhet till brukarna (Malm, 2002). Senare forskning (t.ex., Thornicroft & Tansella, 2009) understryker betydelsen av den personliga kontakten med en speciell case manager och där begreppet "shared decision making" är helt centralt. Delat beslutsfattande syftar till att formalisera brukarnas deltagande i vård och omsorg.

Ett exempel på en modern flexibel ACT-modell är den som utvecklats i Holland, Function-ACT eller FACT (van Veldhuizen, 2007). Denna version av ACT-team (kallas också för Flexible-ACT) tar hand om brukare med både intensiva behandlingsbehov och mindre intensiva behandlingsbehov (Bak, van Os, Delespaul, de Bie, à Campo, Poddighe, & Drukker, 2007) och varje brukare har en individuell case manager (vård- och stödsamordnare). Kontinuiteten i behandlingen säkras genom att brukare som tidigare haft svårartade problem ändå kan vara kvar i verksamheten under bättre perioder. I och med att brukarna befinner sig i olika tillstånd vad gäller behov av insatser ligger också case-loads (antalet brukare) för case managers väsentligt högre än de cirka 10 som är vanligt inom ortodoxa ACT. Case-loads på omkring 20 – 30 brukare per samordnare är det normala inom FACT. Assertive outreach tillämpas där personal gör både annonserade och oannonserade hembesök hos brukarna och där man eftersträvar att lära ut effektiva copying-strategier till brukarna som är anpassade till deras speciella behov och hälsostatus.

Kriterier för remission har utvecklats för schizofrenipatienter (Harvey, Helldin, Bowie, Heaton, Hjärthag, Norlander, & Patterson, 2009; Helldin, Kane, Hjärthag, & Norlander, 2009) och forskningsresultat indikerar (Bak et al., 2007) att svårt psykiskt sjuka som behandlats enligt FACT får ökad övergång till remission jämfört med brukare som behandlats enligt den vanligt förekommande vården och omsorgen. Det skall dock påpekas att evidensläget inte än är helt klarlagt vad gäller FACT och dessutom kännetecknas inte modellen av en högre

grad av integrativitet. Detta har bidragit till att holländska forskare nyligen har uttryckt stort intresse av att ta del av erfarenheterna från den ACT-modell som arbetar med resursgrupper.

Resursgrupps ACT (RACT)

Även om FACT på flera sätt verkar vara mer flexibel och mer anpassad till brukarnas behov jämfört med ortodox ACT, så är det den tradition som härstammar från Nya Zeeländaren Ian Falloon (1999) som mest radikalt tagit fasta på delat beslutsfattande och förstärkning av brukarnas självförtroende och förmåga (empowerment). Tanken var att man skulle samla kunskaperna om de bästa evidensbaserade metoderna som används inom psykiatri och omsorgen och tillämpa dessa i ett behandlingssystem, Optimal Treatment. Evidensbaserade behandlingsstrategier som användes inom Optimal Treatment (Falloon, Montero, Sungur, Mastroeni, Malm, Economou, Grawe, Harangozo, Mizuno, Murakami, Hager, Held, Veltro, Gedye, 2004) var flera: (a) Minimera antipsykotiska läkemedel genom starkare övervakning av att hitta rätt i syfte att minska symtom, (b) utbildning av brukarna och deras närstående i stresshanteringsmetoder, (c) uppsökande verksamhet med vård- och stödsamordnare, (d) målorienterade utbildningar för att utveckla sociala och yrkesmässiga förmågor, (e) speciella farmakologiska och/eller psykologiska strategier för att kunna hantera uppkomna krissituationer.

Metoden utvecklades och förfinades genom ett forskningsprojekt - Optimal Treatment Project (Falloon, 1999), Projektet har pågått sedan 1994 och behandlingsprogrammet i sin helhet har vetenskapligt prövats i flera länder med olika slags system vad gäller hälso- och sjukvård och välfärd (t.ex., Lurigio, Fallon, & Dincin, 2000; Malm, Ivarsson, Allebeck, & Falloon, 2003; Mastroeni, Belotti, Pellegrini, Galletti, Lai, & Falloon, 2005; Mizuno, Sakum, Ryu, Munakata, Takebayashi, Murakami, Falloon, & Kashima, 2005). Ett viktigt inslag i modellen är att brukarna själva sätter målen för behandlingen och har ett avgörande inflytande över hur denna skall utformas, det vill säga att delta i beslut om planering och genomförande (Nordén, Ivarsson, Malm, & Norlander, 2011). Modellen har under åren fått en rad olika namn förutom Optimal Treatment såsom Integrated Care, Integrated Psychiatry, Integrated Mental Health Care, Optmal Case Management, Early Intervention, Behavioral Family Therapy, men eftersom modellen alltmer utvecklats till att betona brukarnas centrala ställning genom en så kallad resursgrupp så lanseras nu nationellt och internationellt benämningen "Resursgrupps ACT" (eng., Resource group ACT) eller RACT.

Metoden är evidens-prövad och nu pågår dessutom ett arbete på en metaanalys som sammanställer resultat från de senaste 10 årens RACT-forskning. Preliminära resultat visar på mycket goda effekter (effect size) både för de randomiserade studierna och för observationsstudierna i avseende på sammantagna mått och uppdelat på symtom, funktion och välmående.

RACT, som både är en integrativ och flexibel metod, kännetecknas av att i ACT-teamet ingår inte endast professionella utan också brukaren och hans/hennes närstående. Filosofin är att om all verksamhet skall utgå från brukarens behov och önskemål då kan inte brukaren utestängas från ACT-teamet. Det skulle konservera gamla mönster som innebär att vård- och omsorgsgivare inom psykiatri och socialtjänst tar beslut över brukarnas huvuden och att uppfattningar odlas som att vårdgivaren vet bättre än brukaren själv om dennes behov. Den nya formen av ACT-team har kommit att benämnas resursgruppen (Malm, 2002). Resursgruppen står inte i motsättning till att de professionella sinsemellan kan mötas i

team (t.ex. öppenvårdsteam) eller på konferenser, som just i det avseendet kan påminna om ett ortodoxt ACT teammöte, för att diskutera insatser för de mest sjuka patienterna, eller att case managers sinsemellan har stödjande nätverk. Men så fort det är möjligt skall alla insatser ske i form av assertive outreach genom resursgruppen och i nära och respektfull samverkan med brukaren.

RACT- metoden är den enda ACT-modell i Sverige som är evidensprövad och dessutom utprovad i stor skala, dels genom en mångårig och framgångsrik klinisk verksamhet från ett generalistteam i Lysekil, två generalistteam i Malmö samt en psykosmottagning i Göteborg och dels genom uppdraget från regeringen/Socialstyrelsen och alla uppdragets avknoppningar. Inför en nyligen genomförd landsomfattande konferens om vård- och stödsamordning (2011-11-30) gjordes en sammanställning som visade att det fanns 668 verksamma RACT-team i Sverige och att dessutom ett hundratal var under förberedelse. Sannolikt har resursgruppsarbetet en särskild betydelse i den svenska versionen av RACT eftersom den svenska psykiatriska omvårdnaden är uppdelad på två huvudmän, landstingen och kommunerna. Det innebär att det då föreligger en stor risk för brukaren att så att säga falla mellan stolarna. Genom resursgruppen kan personal från båda huvudmännen medverka. En annan fördel med resursgruppens flexibilitet, jämfört med traditionella ACT-team, är att olika specialister såsom personal från arbetsförmedling eller kriminalvård, kan adjungeras till resursgruppen när deras kompetens behövs.

4. Utbildningsinsatser

Introduktion

Utbildningen innehöll ett omfattande paket och kan mer i detalj studeras i bilaga 2 (manual för utbildning av CM). Här görs endast en översiktlig redogörelse för de olika komponenterna. Utbildningarna inom projektet *Uppdragsutbildning och implementering av CM som skall arbeta enligt ACT-metoden* startade under hösten 2007 och inleddes med introduktionsdagar för en bred målgrupp.

Basutbildningarna (7,5 hp)

Utbildningen i ACT-metodik för öppenvårdsteam i psykiatri och team inom socialtjänst som arbetar med personer med psykiska funktionshinder (7,5 hp) omfattade 8 kursdagar under en termin med 1-2 dagar per kurstillfälle. Vi startade utbildningarna i november 2007 och avslutade dem i maj 2008. Totalt har cirka 160 deltagare från landsting och kommuner utbildats. Cirka hälften av deltagarna gick vidare till 30 hp. Utbildningen syftade till att man skulle få en gemensam kunskapsbas och ett utvidgat nätverk till team inom psykiatri och socialtjänst som samverkar inom ett geografiskt område med vård och service till personer med psykisk sjukdom och eller psykisk funktionsnedsättning. Utbildningen innehöll undervisning om Integrerad Psykiatri (dvs. RACT-metoden), metoder för planering med gemensamt beslutsfattande, resursgruppens arbete med individens sociala och professionella nätverk och undervisning om psykopedagogiska interventioner.

Den teoretiska utbildningen med sina viktiga inslag av praktiska tillämpningsövningar och utbildningsmaterialet (bilaga 3) var förankringen för projektarbetet. Projektarbetet inriktades på hur förändringsinsatser, som berörde case management-metodik inom respektive projektgrupps egna verksamheter skulle kunna införas. Projektarbetet genomfördes huvudsakligen som grupparbeten och avslutades med ett seminarium som omfattade muntlig presentation av gruppens skriftligt redovisade projekt, opposition av annan projektgrupp, diskussion och interaktion mellan projekt- och opponentgrupper och auditoriet.

Examinators sammanfattning var bland annat att samtliga kursdeltagare hade kunnat ta till sig utbildningen och förstått huvudinnehållet i utbildningsmaterialet. Flera av projektgrupperna lämnade väl genomarbetade förändringsförslag som belyste såväl hinder som möjligheter för införandet och implementeringen av olika, ofta mycket viktiga, komponenter i case management-metodik (kopplat till lokal verksamhetsledningpolicy och lokala/regionala vårdprogram). Ett arbete har inletts på att sammanställa dessa bidrag till en artikel.

Utbildning för läkare

Vi har genomfört utbildning för psykiatriker i de team som har deltagit i teamutbildningen. Utbildningen varade under fem dagar, oktober 2007 – oktober 2008. Syftet var att förmedla nya rön inom samhällsbaserad psykiatri och case management, nya rön gällande behandling vid olika diagnoser och att problematisera med betoning på teampsykiatrikerens roll i en framtida vård- och serviceverksamhet som stöd för införande av case management. Lokal utveckling, internationell kvalitetspsykiatri, workshop och möte med internationellt ledande psykiatriker har varit punkter på agendan dessa dagar. Vidare diskuterades insatser som är särskilt användbara vid speciella psykiska sjukdomar och funktionshinder.

Vård- och stödsamordning (30 hp)

Utbildningarna av samordnare (CM) startade under september 2008 som planerat. Under den första terminen fokuserades livssituationen för den psykiskt sjuke/funktionshindrade, de juridiska rättigheter personer med psykisk sjukdom/psykiska funktionshinder har och de samhällsinsatser som står till buds. Parallellt med utbildningen arbetade kursdeltagaren tillsammans med en patient/klient under handledning med den arbetsmetodik som introducerades under 7,5-poängsutbildningen.

Den första terminen avslutades med en audit – betyder ungefär granskning. En audit innebär att den enskilde brukarens personliga case manager redovisar hur alla insatser har genomförts (vanligen under det senaste året), berättar om brukarens roll och möjligheter och hinder med hänsyn till egna verksamhetens organisation. Auditören, som enligt grundregeln inte är involverad i den auditerade verksamheten har i förväg tagit del av verksamhetsplaner, policydokument och samverkansavtal. Auditen genomförs i grupp, helst bestående av utförarteamet. Om inte sådant finns görs auditen i en liten grupp av case managers. Auditören sammanfattar resultaten för varje enskild brukares deltagande i programmet i direkt anslutning till genomgången. Detta för att kunna göra en första reflexion kring behov av kompletterande utbildning/träning för utförarna och identifiering av eventuella hinder och möjligheter i egna organisationen och dess verksamheter. Utfallet redovisas i form av procent av maximal programtrohet (följsamhet till programmet) på en skattningsskala från 0 till 100 %.

Audit Termin I omfattade klientarbetet fram till den tidpunkt när audit genomfördes dvs vanligen det första inledande kvartalet med dess analys- och bedömningsfas, samt de första resursgruppsmötena (se till exempel arbetsblad Körschema). Auditen genomfördes i form av ett seminarium (samtidigt examination), som jämte viss kontroll av programföljsamhet framför allt var inriktad på att deltagarna skulle förstå och börja lära sig att använda arbetsbladet KSI-egenbedömningsversionen. KSI står för Implementering av Kliniska Strategier – och akronymen anknyter till beteckningen CSI (Clinical Strategies Implementation) i internationella psykiatriska vetenskapliga publikationer, främst i originalartikeln i *Psychiatric Services* 2005. Denna audit leddes av den lärare som varit ansvarig för grundutbildningen på respektive kursort.

Praktikdelen av fördjupningsutbildningen för case managers avslutades med en audit som omfattade bedömning av hur alla inslag i KSI genomförts för ”utbildningsbrukaren” för varje enskild case manager och brukare. Inslagen som är mångfaldigt exemplifierade i KSI-skalan är kategoriserade i 9 punkter: Bedömningar, mål och planer; brukarens behov av insatser i samhället: *Utvidgad familjeintervention (Resursgrupp)*, *och utbildning av resurspersoner*; *Stresshantering för brukare och lilla resursgruppen*; *Läkemedelsbehandling*; *Social träning*; *Specifika psykologiska strategier*; *Krishantering*; *Kroppslig hälsa*.

I audit Termin II ingick uppföljning av effekter som kan belysa brukarens återhämtningsprocess med hjälp av den s.k. Lilla Kvalitetsstjärnan: brukarens tillfredsställelse med den medicinska vård och social service som man deltagit i, case managers bedömningar av social funktion och symtombild med GAF-skalor, samt redovisning av resursåtgång indexerad genom *dagar-i-vård-och-social-service* och *dagar-på-sjukhus*. Innehållet under termin II var bland annat psykofarmakologi, schizofrena syndrom och psykoser, socialt arbete, suicidologi, ångestsjukdomar, psykisk störning och missbruk/beroende och neuropsykiatriska funktionshinder. Representanter för brukarorganisationer medverkade vid vissa kurstillfällen. Terminen avslutades med examination och audit. Av 83 deltagare kunde 80 examineras.

Handledning

Handledningen indelas i två huvudområden: (a) teamhandledning vars syfte är att utveckla teamets kompetens att arbeta enligt modellen Integrerad Psykiatri (RACT-modellen) och (b) metodhandledning vars syfte är att utveckla den enskilda case managers kunskaper att tillämpa de metoder och färdigheter som ingår i yrkesrollen.

Metodhandledning gavs under arbetets gång av erfarna case managers från främst Lysekil, som i sin tur fick handledning av en psykolog med handledarutbildning och mångårig erfarenhet av att handleda case managers både inom psykiatriska verksamheter och inom verksamheter i kommunal regi. Handledningen var obligatorisk och gavs återkommande i jämna intervaller i grupper om 4 – 5 deltagare per gång.

Ett viktigt moment i utbildningen är valet av brukare som erbjuds kontakt med case manager under utbildning. De lokala projektledningarna har träffats tillsammans med en psykiatriker och en psykolog från Evidens för att diskutera hur urvalet skulle gå till. De brukare med psykisk störning/psykisk funktionsnedsättning som erbjöds kontakt med case manager under utbildning var de som hade behov av insatser från minst tre håll, varav två var insatser från de

båda huvudmännen, kommun respektive landstingspsykiatri, och som efter information om RACT-programmet förklarar sig villiga att delta under utbildningsperioden för att hjälpa en case manager att träna sig i metoden.

Implementering

Ett aktivt implementeringsarbete startade tidigt och pågick kontinuerligt under hela projektiden. Under utbildningens gång har vi genomfört flera informationsdagar på varje utbildningsort. Vid en implementeringsdag den 12 maj -08, deltog varje lokal projektledare och utbildningssamordnare. Dagen fokuserade på implementering ur det lokala perspektivet, kontakt med brukarorganisationerna, presentation av vård- och stödsamordning 30 hp och handledning.

Vi introducerade även programmet It's learning, som är en av universitetets utbildningsplattformar. It's learning stöder läraraktiviteter, nya lärosätt och är en enkel tillgång till kunskap för kommunikation, samarbete, administration, rapportering, bedömning produktion och hantering av utbildningsresurser

För att informera och diskutera innehållet i utbildningen samt implementeringsfrågor med brukarorganisationerna i NSPH arrangerades två informationsdagar, 17 mars och 13 juni 2008 i Stockholm. Vid mötet diskuterades brukarinflytandet och brukarorganisationernas roll i projektet, presentation av Vård- och stödsamordning 30 hp, Integrerad Psykiatri samt metodhandledning. En summerande konferens med medverkande samordnare (CM), chefer, läkare, politiker samt representanter från brukarorganisationerna och Socialstyrelsen genomfördes i Stockholm 2011-11-30. Konferensdeltagarna uttalade att de ville fortsätta arbetet med implementeringen av RACT-metoden och ville också fortsätta att hålla kontakt med möjligheter att närvara vid framtida motsvarande konferenser.

5. Projektets resultat

Kvalitativ rapport

Syftet med detta arbete var främst att kvalitativt studera Resource group Assertive Community Treatment (RACT) ur studerande vård- och stödsamordnares (CM) perspektiv. Från en grupp av 80 blivande CM slumpades 19 examensarbeten fram med fallstudier gällande lika många brukare med psykosproblem, 11 män och 8 kvinnor. Den fenomenologiska metoden genererade fem övergripande teman: (a) RACT-programmet, (b) resursgruppen, (c) ökad självförtroende och förmåga (empowerment) hos brukaren, (d) framgångar i behandlingen, och (e) CM. Dessa teman bildade tillsammans en "terapeutisk cirkel" där metoder och verktyg inom RACT möjliggjorde för resursgruppen att stärka brukarens självförtroende och förmåga som därmed ledde till framsteg i behandlingen och där vård- och stödsamordnaren utgjorde den sammanhållande och förbindande länken. Rapporten innehåller också en del kvantitativa uppgifter. BILAGA 1.

Manual för utbildning till CM

Bifogas den detaljerade manual i Integrativ Psykiatri (RACT) som användes vid utbildningarna. På basis av de gjorda erfarenheterna kommer en ny och förbättrad manual att tas fram under 2012. BILAGA 2.

Antal deltagare per ort

Sammanställning över deltagare fördelat på kursorterna. BILAGA 3.

På väg mot en bättre psykiatri

En rapport om implementeringen av arbetssättet Integrerad Psykiatri i tretton kommuner och landsting runt om i Sverige. BILAGA 4.

KSI-statistik

En powerpoint presentation som beskriver instrumentet CSI (Clinical Strategies Implementation) samt medföljande tabell. Den svenska versionen kallas för KSI. Det handlar om ett instrument som mäter så kallad ”programtrogenhet” et begrepp som är centralt för alla ACT-modeller. Under den andra terminen låg programtrogenheten på 70,56 % för at sedan öka till 88,13 % efter den tredje terminens avslutning. Dessa siffror är höga och antyder att kursdeltagarna var motiverade att prestera så bra som möjligt under utbildningen. Om man följer programmet med över 75 % visar internationella erfarenheter att man erhåller tydliga generella patientförbättringar. BILAGA 5.

Antal RACT-team och läkarmedverkan

En sammanställning över antalet verksamma RACT-team, samt uppgifter om grad av läkarmedverkan i dessa team. BILAGA 6.

6. Ekonomisk redovisning

Redovisning gällande medel som gått till Karlstads universitet

Ekonomisk redovisning gällande Karlstads universitets uppdrags AB. BILAGA 7.

Redovisning gällande medel som gått till Evidens

Ekonomisk redovisning gällande Evidens AB. BILAGA 8.

