

Att bedöma
programtroheten till ACT
(TMACT)

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-024-4
Artikelnr 2013-2-4

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2013

Förord

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 är de första nationella riktlinjerna inom området. Riktlinjerna lyfter fram evidensbaserade och utvärderade behandlingar och metoder inom vård och omsorg för personer med schizofreni.

En av de åtgärder som rekommenderas i riktlinjerna är ACT (Assertive Community Treatment). För att stödja verksamheter som arbetar efter ACT har Socialstyrelsen översatt detta material som innehåller ett skala för att bedöma hur väl ACT-modellen har tillämpats (TMACT).

ACT (Assertive Community Treatment) är en evidensbaserad organisatorisk modell av psykiatrisk öppenvård där ett behandlingsteam genom mångsidiga insatser ger vård och omsorg till individer med allvarlig psykisk sjukdom. Teamen är tvärprofessionella och består vanligtvis av en psykiater, sjuksköterskor, mentalskötare, *case managers* och olika specialister (missbruksspecialist, arbetscoach och brukarspecialist).

TMACT mäter hur väl ACT-modellen har tillämpats. Meningen med skalan är att bedöma ACT-teamets arbete med *inskrivna* brukare. Avsikten med TMACT är att få en bild av hur det aktuella ACT-teamet är uppbyggt och fungerar i praktiken, dvs. i vilken utsträckning programmet har genomförts i enlighet med ACT-modellen.

Tanken är att utvärderingen ska fungera som ett redskap för att förbättra insatsernas kvalitet och ge såväl teamet som organisatörer, administratörer och andra som är inblandade i programmets tillämpning en plattform att stå på.

Denna publikation innehåller tre delar skrivna av M. Monroe-DeVita, L.L. Moser och G.B. Teague (2011):

1. Att bedöma programtroheten till ACT (TMACT), del I: Introduktion.
2. Att bedöma programtroheten till ACT (TMACT), del II: Datainsamling och intervjuguider.
3. Att bedöma programtroheten till ACT (TMACT), del III: Bilagor.

Kristina Eklund

Enhetschef

Enheten för nationella riktlinjer

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>TMACT: Inledning</i>	7
Översikt över ACT	7
Översikt över TMACT	7
Syftet med TMACT	8
Enhet som analyseras	8
Komponenter som inte bedöms	8
Alla personalkategorier bedöms inte	8
Generella insatser bedöms inte	9
Vissa personalrelaterade element bedöms inte	9
Kommunikation via it-teknik bedöms inte	9
Hur och var bedömningen görs	9
Vem utför bedömningen	10
Externa bedömare.	10
Bedömarnas kompetens.	10
Hur man gör när verkligheten krockar med utgångspunkterna i skalan och när uppgifter saknas	11
Att utvärdera ett nystartat team.	11
Att göra proportionella beräkningar och extrapoleringar.	11
Att handskas med data som saknas.	11
Villkor för att utesluta punkter under Specialistbemanning (ST).	11
<i>Bedömarens checklista</i>	13
Före bedömningsbesöket	13
Under bedömningsbesöket	15
Efter bedömningsbesöket	17
<i>Bilaga 1. TMACT: Datainsamling och intervjuguider</i>	19
<i>Bilaga 2. TMACT: Bilagor</i>	125

TMACT: Inledning

Översikt över ACT

ACT (Assertive Community Treatment) är en evidensbaserad modell av psykiatrisk öppenvård där ett behandlingsteam genom mångsidiga insatser tar hand om individer med allvarlig psykisk sjukdom. Teamen är tvärprofessionella¹ och består vanligtvis av en psykiater, sjuksköterskor, mentalskötare, *case managers* och olika specialister (missbruksspecialist, arbetscoach och brukarspecialist). Ett ACT-program karakteriseras av: 1) få brukare per teammedlem, 2) insatserna ges i reella miljöer i samhället i stället för på en mottagning, 3) teammedlemmarna ansvarar gemensamt för brukarna, 4) teamet är tillgängligt dygnet runt alla veckodagar, 5) teamet ger direkta insatser i stället för att remittera brukarna till andra vård- och stödgi-vare, 6) insatserna är inte tidsbegränsade utan pågår så länge brukarna be-höver dem och 7) metoderna är individanpassade och fokuserar på åter-hämtning genom att stärka brukarnas autonomi och integration i samhället.

Översikt över TMACT

TMACT är en vidareutveckling av programtrohetsskalan DACTS (Dartmouth Assertive Community Treatment Scale), som var den första som mätte hur väl ett ACT-program hade tillämpats. Skillnader mellan TMACT och den ursprungliga skalan speglar viktiga drag i ACT som tidigare utesluts, förfinade mätmetoder och ACT-modellens utveckling och förändring.

TMACT innehåller 47 programpunkter. Varje punkt skattas på en fem-gradig skala, där 1 poäng innebär ”inte tillämpad” och 5 poäng innebär ”helt tillämpad”. Kriterierna för ”helt tillämpad” bygger på expertåsikter och resultat från vetenskapliga studier. Punkterna i TMACT är uppdelade på sex subskalor som belyser olika teman och områden: 1) Organisation & Struktur (OS), 2) Grundbemanning (CT), 3) Specialistbemanning (ST), 4) Huvudprinciper (CP), 5) Evidensbaserade metoder (EP) och 6) Individ i fokus (PP). De 47 punkterna är ungefär jämnt fördelade mellan olika kvantifierbara aspekter av programmet, dvs. förhållanden som är möjliga att mäta genom intervjuer, observationer av praktiken eller genomgång av journaler och andra dokument. Meningen med skalan är att bedöma ACT-teamets arbete med *inskrivna* brukare (och inte dem som identifierats som tänkbara mottagare av insatserna eller står på väntelistan), med undantag för de punkter som rör screening och intagningsprocesser. Meningen är också att be-

¹ Ett ACT-team består av professionella från olika discipliner som kompletterar varandra med sina specialkunskaper och ständigt utbyter kunskaper, erfarenheter och idéer sinsemellan. Denna korsbefruktnings innebär att teammedlemmarnas roller överskrider snäva yrkesgränser. Alla i gruppen arbetar med och har gemensamt ansvar för brukarna. Resultatet är ett team med specialister som också fungerar som generalister.

döma teamets *nuvarande* beteende och aktiviteter, inte vad som planeras för framtiden. Till exempel: för att få full poäng för CP6 (Ansvar för krisinterventioner) räcker det inte med att teamet håller på att utveckla en plan för krishantering.

Syftet med TMACT

Avsikten med TMACT är att få en bild av hur det aktuella ACT-teamet är uppbyggt och fungerar i praktiken, dvs. i vilken utsträckning programmet har genomförts i enlighet med ACT-modellen. Alla program har en utvecklingspotential, och teamets framsteg och tillväxt kan fångas in med hjälp av trohetsbedömningar över tid. Tanken är att utvärderingen ska fungera som ett redskap för att förbättra insatsernas kvalitet och ge såväl teamet som organisatörer, administratörer och andra som är inblandade i programmets tillämpning en plattform att stå på. Att lyfta fram teamets starka sidor är en sporre för personalen att fortsätta i samma riktning. Att peka på de svagare sidorna motiverar förhoppningsvis teamet att anstränga sig ännu mer.

Enhet som analyseras

TMACT lämpar sig för arbetslag som behandlar individer med allvarlig psykisk sjukdom och försöker följa ACT-modellen. Om skalan ska användas i en organisation som inte har ett ACT-team, bör skalan användas på ett jämförbart behandlingsteam (till exempel ett team med intensiv *case management* i psykiatrisk öppenvård). Skalan mäter programtroheten på *teamnivå*, inte på organisationsnivå eller på individuell nivå.

Komponenter som inte bedöms

Det finns somliga aspekter av ACT-teamet som inte utvärderas i TMACT för att skalan ska bli något kortare och mer lätthanterlig. Exempel på överhoppade komponenter:

Alla personalkategorier bedöms inte

Vissa personalkategorier som brukar ingå i ACT-teamen (till exempel mentalskötare, socialarbetare, *case managers*) bedöms inte separat när det gäller anställningsgrad, kvalifikationer och uppgifter. I stället är de sammanförda under beteckningen ”behandlare”. Orsaken är att dessa personalkategorier, åtminstone i USA, är lättare att anställa än psykiatriker, sjuksköterskor och specialister på olika områden. Behandlarna spelar en viktig roll i teamen, och deras arbetsuppgifter och kliniska utövning kommer till uttryck i andra programpunkter, till exempel EP7 (Kunskapsbaserad psykoterapi) och CP (Ansvar för rehabiliterande insatser). Dessutom ingår de som en självklar beståndsdel i bedömningen av programmets storlek (OS5).

Generella insatser bedöms inte

Medan många punkter i TMACT koncentrerar sig på specialisternas särskilda uppgifter är det inga som fokuserar på de allmänna arbetsuppgifterna. Orsaken är att somliga team lägger tyngdpunkten på att alla teammedlemmar ska arbeta som generalister och inte ger utrymme för specialisterna att ägna sig åt sina expertområden. Därmed inte sagt att det är oviktigt med de generella insatserna, tvärtom. Och många specialister gör både och, samtidigt, dvs. de utför sina särskilda uppgifter i samband med att de hjälper till med allmänna saker. Till exempel kan arbetscoachen passa på att prata om brukarens intresse för att arbeta när de två går till affären för att handla.

Vissa personalrelaterade element bedöms inte

TMACT har slopat två punkter från den tidigare DACTS-skalan som handlar om personalfrågor, nämligen H5 (Personalomsättning) och H6 (Personals kapacitet). Anledningen är att de frågorna påverkar hur bra *alla* program fungerar, inte bara ACT-program. I takt med att man i TMACT införlivade fler drag som är specifika för ACT-modellen ansåg vi att omständigheter som är mer övergripande eller indirekta skulle uteslutas. Dock, om målet är att undersöka effekten av organisatoriska drag på makronivå kan det vara värt att bedöma de överhoppade punkterna. Till exempel kan man tänka sig att dålig personalmoral som delvis beror på bristfälligt ledarskap resulterar i hög personalomsättning, vilket i sin tur urholkar teammetoden och har ett negativt inflytande på förmedlingen av insatser.

Kommunikation via it-teknik bedöms inte

Att utnyttja den moderna it-tekniken genom att skicka sms och e-post är ett nytt sätt för psykiatripersonalen att hålla kontakten med brukare. Även om den kommunikationsformen är viktig, inte minst i glesbygden, är den svår att mäta och ingår för närvarande inte i programtrohetsskalan.

Hur och var bedömningen görs

För att utvärderingen ska vara giltig ska den göras genom ett personligt platsbesök. Datainsamlingen sker genom att man läser journaler och dokument, observerar ett dagligt teammöte och helst ett behandlingsmöte, följer med på hembesök eller besök i samhället och gör halvstrukturerade intervjuer med teamledare, behandlare, specialister och brukare. Om det finns två bedömare uppskattar vi att utvärderingen tar en och en halv till två dagar att genomföra.

Vissa programpunkter kräver att man antingen räknar ut medelvärdet eller medianvärdet av en uppgift (till exempel medianvärdet av antalet brukarkontakter som sker i samhället). Instruktioner för uträkningarna finns i samband med programpunkten.

Vem utför bedömningen

Antal bedömare. Vi rekommenderar att två personer utför bedömningen, eftersom det gör det lättare att få en rättvis och fullständig bild av hur teamet arbetar. Bedömarna kan utföra en del av utvärderingen tillsammans (till exempel kan båda observera det dagliga teammötet på morgonen och intervjua teamledaren, vilket är den mest tidskrävande intervjun), men sedan kan de dela upp sig och samla in uppgifter var för sig. Till exempel kan en av dem stanna kvar på kontoret för att intervjua arbetscoachen och brukarspecialisten, medan den andre följer med missbruksspecialisten på ett hembesök och pratar med honom eller henne på vägen. När det är dags för journalgenomgången kan bedömarna återsamlas och var för sig titta igenom minst fem journaler. Att bedömarna samlar in uppgifter oberoende av varandra, skriver ner sina iakttagelser och kommer fram till en preliminär skattningspoäng på egen hand är viktigt. I slutet av platsbesöket diskuterar de sina resultat sinsemellan för att så småningom enas om slutpoängen. Eftersom två par ögon och öron ser och hör mer än ett par blir skattningarna mer tillförlitliga, i synnerhet när det gäller programpunkter där subjektiva intryck väger tungt.

Externa bedömare.

Vi rekommenderar att bedömarna är fristående från verksamheten eller organisationen, eller åtminstone från teamet. Sannolikheten är större att bedömare som kommer utifrån gör en objektivare utvärdering än de som rekryteras internt. Risken finns att interna bedömare överdriver skattningarna, kanske till följd av lojalitet med organisationen eller på grund av drivkrafter som är förknippade med att ge högre skattningspoäng (till exempel ekonomiska anslag). Det finns också en risk att interna bedömare lutar mer på sina förutbestämda uppfattningar om programmet än vad de faktiskt får syn på vid en noggrann genomlysning.

Bedömarnas kompetens.

Vi rekommenderar att bedömarna har ingående kunskaper om ACT-modellen. Som påpekats tidigare bygger flera punkter i programtrohetsskalan på ställningstaganden där helhetsintrycket spelar en central roll. Därför blir skattningarna mer tillförlitliga om bedömarna känner till den bakomliggande filosofin. Dessutom är det en förutsättning att bedömarna är väl förtrogna med modellen för att kunna ge nyttig och lärorik återkoppling till teamet. Bedömarna bör också ha erfarenheter av och utbildning i intervju-teknik och datainsamlingsprocedurer (inklusive journalgenomgång). Helst bör de ha tränat på hur man använder TMACT.

En träningsmodell i olika steg för att lära sig använda TMACT kan se ut så här: 1) en workshop om innehållet i TMACT under en dag, 2) introduktionsträning där praktikanten går bredvid en erfaren bedömare som leder utvärderingen och tillsammans med denne till exempel samlar in uppgifterna och granskar journalerna, men skattar punkterna självständigt för att diskutera dem sinsemellan och sedan formulera bedömningsrapporten gemensamt), 3) praktikanten leder utvärderingen men får uppbackning av en erfa-

ren bedömare och 4) praktikanten får handledning när det gäller den muntliga och skriftliga återkopplingen för att se till att skattningarna är tillförlitliga och för att utveckla sina färdigheter som konsult åt teamet.

Hur man gör när verkligheten krockar med utgångspunkterna i skalan och när uppgifter saknas

Eftersom uppgifterna samlas in i en okontrollerad miljö inser vi att det kan finnas omständigheter i verkligheten som inte stämmer med förutsättningarna i programtrohetsskalan. Även om vi har försökt att ta itu med det problemet vid respektive punkt, följer här några allmänna riktlinjer för hur man ska göra:

Att utvärdera ett nystartat team.

Det är inte säkert att ett team som befinner sig i en inkörningsperiod har hunnit uppfylla tidsramarna för ett visst kriterium eller har så många brukare som efterfrågas. Till exempel handlar OS8 om antalet nya brukare som har skrivits in under det senaste halvåret. För team som har funnits kortare tid än så räknar man ut antalet nyinskrivna brukare i proportion till den tid som teamet har existerat. Likaså om det nyetablerade teamet har färre än tjugo journaler. I det fallet går man igenom tio av dem, och om teamet har färre än tio stycken, granskar man allihop.

Att göra proportionella beräkningar och extrapoleringar.

Riktmärkena för kvantifierbara uppgifter baserar sig oftast på team som har hundra brukare. Eftersom majoriteten av ACT-teamen inte behandlar exakt hundra brukare, innehåller TMACT formler som anger hur man gör proportionella beräkningar av det faktiska antalet brukare.

Att handskas med data som saknas.

Med få undantag, som diskuteras nedan, är skalan till för att fyllas i fullständigt. Alla punkter ska bedömas. Om det inte går att få fram information om en viss aspekt vid utvärderingstillfället bör man höra av sig igen inom den närmaste veckan för att försöka täppa till den luckan.

Villkor för att utesluta punkter under Specialistbemanning (ST).

Var och en av specialisterna i teamet (missbruksspecialisten, arbetscoachen och brukarspecialisten, dvs. ST1, ST4 och ST7) har en så kallad rollfunktion som också bedöms utifrån deras arbetsuppgifter i behandlingen eller rehabiliteringen respektive inom teamet. Om teamet saknar en specialist på någon befattning ger det 1 poäng, och man kunde tänka sig att motsvarande rollfunktioner också ger 1 poäng. Men för att undvika att duktiga team med normal personalomsättning får för låga poäng på hela TMACT, eftersom tre

av punkterna på subskalan får lägsta poäng, tar man hänsyn till det och gör på följande sätt:

- Om teamet inte har haft någon specialist under mer än ett halvår (= 1 poäng), skatta specialistens två rollfunktioner med vardera 1 poäng.
- Om teamet inte har haft någon specialist under kortare tid än ett halvår (= 1 poäng), hoppa över de två rollfunktionerna. Lägg sedan ihop poängen på subskalan och dela summan med 6 punkter (i stället för 8) och utgå från 44 punkter (i stället för 47) när det gäller hela TMACT-skalan.

Observera! När teamet har en anställd specialist som får 1 poäng därför att personen inte uppfyller kvalifikationerna skattas ändå de två rollfunktionerna.

Observera! De här villkoren för rollfunktionerna gäller inte för personal som tillhör Grundbemanningen (CT).

Bedömarens checklista

Före bedömningsbesöket

Programtrohetsskattningar kräver noggrann samordning och god kommunikation mellan parterna, speciellt om det är flera intressenter inblandade i utvärderingen. Här följer en kom-ihåg-lista över saker som behöver förberedas. Ett tips är att utnyttja listan som en mall och skraddarsy den efter ens egna behov och den aktuella situationen. Kanske kan det till exempel vara bra att ringa och påminna teamet om datum och tidpunkter för intervjuerna veckan före.

□ *Skaffa en kontaktperson i ACT-teamet.* Det bör finnas en nyckelperson i teamet som arrangerar besöket och som i god tid berättar om bedömningens syfte och omfattning för personalen. Oftast är nyckelpersonen teamledaren.

□ *Skapa en gemensam förståelse för syftet med bedömningen.* Det är viktigt att man talar om vad som är målet med utvärderingen för teamet, vilka övriga personer som ska läsa rapporten och att man preciserar vilka faktorer man kommer att undersöka. De mest framgångsrika bedömningarna är de där bedömarens och teamet är överens om att målet med utvärderingen är att få reda på hur den nuvarande praktiken fungerar för att kunna förbättra arbetssättet och metoderna.

□ *Be kontaktpersonen att ordna nödvändiga tillstånd och intyg.* Det kan behövas formella intyg för att få lov att prata med brukarna, titta i journaler och delta i teamets vardag utan att bryta mot sekretesslagar och andra bestämmelser. Till exempel kräver vissa verksamheter att brukarna ger sitt informerade samtycke i skriftligt form, medan andra nöjer sig med att de gör det muntligen. Chefer och organisatörer på högre nivå bör också rådfrågas i förväg.

□ *Träffa teamet i förväg.* Det kan vara en fördel att möta teamet, eller åtminstone teamledaren, före bedömningen för att etablera en grundkontakt, diskutera vad som behöver förberedas och ventilerat frågor kring utvärderingen. Inte minst är det ett tillfälle för teammedlemmarna att få svar på sina funderingar. Vi rekommenderar att man träffar teamet i förväg om det är allra första gången utvärderingen sker, om teamledaren är ny på posten eller om flera i teamet är nyanställda.

□ *Boka in bedömningen två eller tre månader i förväg.* Visa vanlig hövlighet genom att boka in bedömningen i god tid. Se till att datum och tidpunkter passar alla inblandade parter, även eventuella chefer från verksamheten

som vill vara med på det korta avrapporteringsmöte som hålls i slutet av den andra dagen.

□ *Skicka ett introduktionsbrev eller ett meddelande via e-post till kontaktpersonen fyra till sex veckor i förväg.* Där beskriver man kortfattat vilken information man behöver, vem man önskar prata med och hur lång tid varje intervju och observationstillfälle beräknas ta. Följande är en lista över det material man vill få tillgång till och de aktiviteter man vill ta del av:

- *Tillgång till tjugo journaler.* Av de journalerna väljer man slumpmässigt ut tio stycken i början av bedömningen.
- *Tillgång till den dokumentation som används vid dagliga teammöten.* Dokumentationen kan omfatta brukarnas veckoscheman, teamets dagsschema och andra loggböcker eller rapportböcker som används av teamet.
- *Intervjuer med teammedlemmar.* De som man vill intervjuas är: 1) teamledaren (ofta en timme i början av bedömningen och en timme i slutet), 2) missbruksspecialisten, arbetscoachen och en eller två behandlare (en timme var) och 3) brukarspecialist, psykiater och sjuksköterskor (en halvtimme var).
- *Intervjuer med brukare i grupp och/eller individuellt.* Det är en fördel att intervjuas brukarna i grupp, eftersom man då hinner få många synpunkter på behandlingen. Ett förslag är att planera in bedömningsbesöket till en dag när teamet har gruppbehandling på schemat och be att få utnyttja sista halvtimmen till att ställa frågor. Ett annat förslag är att be teamledaren samla ihop en grupp med brukare som är villiga att ställa upp. Naturligtvis går det också att intervjuas brukarna en och en, även om det är mer tidsödande.
- *Observera minst ett dagligt teammöte och helst ett behandlingsmöte.* Att delta i ett dagligt teammöte bör vara ganska enkelt, eftersom de mötena äger rum varje dag. Att delta i ett behandlingsmöte kan vara svårare att förverkliga, eftersom de mötena sker mer sällan. Men vi uppmuntrar bedömaren att utforska när behandlingsmötena är inplanerade och att förlägga besöket till en sådan dag. Om schematekniska skäl sätter käppar i hjulet, eller om brukaren i fråga inte vill att utomstående ska närvara på behandlingsmötet, får man hänvisa till andra informationskällor för att skatta punkten PP2, Individbaserad behandlingsplan.
- *Följ med en eller två teammedlemmar på fältet.* Att följa med någon från teamet när han eller hon gör hembesök eller träffar en brukare ute i samhället kan ta mellan en halvtimme och en timme. För att utnyttja tiden på bästa sätt är det klokt att göra personalintervjun samtidigt. Kom ihåg att be teamet att hålla sig till det planerade dagsschemat och inte avvika från de insatser som de tänkt göra. Om ett fältbesök beräknas ta längre tid än två timmar är det inte rimligt att man följer med.

□ *Skicka förhandsuppgifter att fylla i fyra till sex veckor före bedömningen.* Förhandsmaterialet omfattar formulären Teamöversikten och Excelbladet.

Vi rekommenderar att medlemmarna i teamet hjälps åt med de olika delarna av formulären. Till exempel kan teamledaren fylla i bemanningslistan (hur många som arbetar i teamet, personalens utbildningsbakgrund, anställningstid etc.), medan missbruksspecialisten fyller i hur många brukare som har dubbeldiagnos, i vilket stadium av förändringsprocessen de befinner sig och vilka missbruksinsatser som ges.

□ *Utveckla en tidsagenda för bedömningsbesöket två till fyra veckor i förväg.* I introduktionsbrevet har man talat om vilka moment som ska ingå i bedömningen, hur lång tid de beräknas ta och frågat efter teamets fasta hållpunkter, till exempel hur dags teammötet och behandlingsmötet äger rum. Utifrån de hållpunkterna planerar man in bedömningsaktiviteterna och gör en preliminär tidsagenda, som teamledaren får komma med synpunkter på och som kan justeras efter hand.

Tänk på två saker vid schemaläggning av tidsagendan:

- *Intervjun med teamledaren.* Helst ska den ske i början av den första bedömningsdagen, eftersom det är den längsta intervjun och den som ger de mest allsidiga upplysningarna. Den utgör ramen för resten av utvärderingen. Att dela upp intervjun på två tillfällen, ett i början och ett i slutet, är också klokt, eftersom man då hunnit få flera konkreta exempel på hur teamet arbetar och kan ställa följdfrågor om saker som eventuellt är oklara.
- *Journalgenomgång.* Helst bör man gå igenom journalerna när man kommit ungefär halvvägs i bedömningen, till exempel i slutet av den första dagen. Anledningen är att man då kan hänvisa till uppgifter från denna viktiga informationskälla för att skraddarsy intervjufrågorna till personalen.

□ *Undersök förhandsuppgifterna tre till fem dagar före bedömningen.* Det är angeläget att få in alla förhandsuppgifter innan platsbesöket för att få en överblick över hur förhållandena ser ut på papperet, göra de första beräkningarna och formulera uppföljningsfrågor utifrån otydligheter. Det kan också vara så att teamet har feltolkat någonting i formuläret Excelbladet som behöver rättas till eller utredas vidare.

Under bedömningsbesöket

□ *Anpassa språket efter teamets terminologi.* Om teamet till exempel kallar brukare ”deltagare”, använd det ordet. Om de säger ”kliniker” i stället för behandlare, använd det ordet. Att anpassa sig efter teamets språkbruk, både under utvärderingen och i den skriftliga återkopplingen, är ett tecken på respekt och hänsyn.

□ *Fyll i bladet Kort om ACT-teamet* (första sidan i TMACT del II). Det bladet sammanfattar fakta om teamet som kan vara bra att ha i bakhuvudet. Utnyttja bladet som ett utkast och komplettera det med egna uppgifter.

□ *Var diskret som observatör*. Meningen med besöket är att vara med om en helt vanlig arbetsdag för teamet. Även om den ovana observationssituationen och bedömarens närvaro förmodligen påverkar personalens beteende, är det viktigt att lägga sig vinn om att uppträda finkänsligt för att skapa en avslappnad stämning. Man bör sträva efter att sitta tyst på mötena, vara ”som en fluga på väggen”, för att lyssna och föra anteckningar. Sitt gärna på lite avstånd från teamet och skriv för hand. Att använda en laptop kan vara distraherande och upplevas som ett störningsmoment.

□ *Gör ett slumpmässigt urval av journaler*. Vissa punkter i TMACT kräver att man går igenom journaler. Hur man väljer ut dem beskrivs nedan. Se till att bara utnyttja journaler för brukare som varit inskrivna i teamet under minst en månad.

- Utgå från den förhandsuppgift i formuläret Excelbladet (se del III) som listar alla brukarna, utan namn och personnummer. Välj slumpmässigt ut tjugo journaler (till exempel genom att ta var femte om teamet har hundra brukare).
- Dela slumpmässigt upp de tjugo journalerna i två högar och använd tio av dem som förstahandsskällor och tio stycken som extrakällor. Extrajournalerna fyller två funktioner: 1) För att ersätta en brukare som har varit inlagd på sjukhus eller suttit i fängelse under största delen av bedömningsperioden (dock bör man ögna igenom journalanteckningarna för att se efter om teamet har fortsatt att ha klinisk kontakt under institutionaliseringen). 2) För att komplettera eller backa upp uppgifter som gäller specialisternas arbetsområden.
- Om teamet har delat in brukarna i olika vårdnivåer, beroende på individernas vårdbehov och insatsernas intensitet, gör man ett slumpmässigt urval av journaler utifrån den indelningen. Urvalet ska stå i proportion till hur många brukare som är placerade i de olika vårdnivåerna. Ett exempel: Teamet har femtio brukare i nivå 1, trettio i nivå 2 och tjugo i nivå 3. Om man väljer ut var femte journal blir resultatet tjugo, sex respektive fyra journaler.
- Ibland kan det finnas en eftersläpning i tid mellan när en insats genomförs och när den dokumenteras i journalen. Försök att samla in data från den senaste kalendermånaden som är ifylld. Be teamledaren eller behandlarna om hjälp med att ringa in den perioden. Meningen är att undvika att få en felaktig provkarta över de insatser som ges, till exempel för att teamet är snabbare med att dokumentera sina kontorsbaserade insatser än sina samhällsbaserade.

□ *Undersök brukarnas veckoscheman*. Jämför veckoscheman och journaler för samma brukare. Förutom de tio jämförelserna kan man också undersöka

andra brukares veckoscheman för att bedöma dessas innehåll och ta ställning till hur väl de stämmer överens med teamets aktuella dagsschema.

□ *Om uppgifter från olika informationskällor strider mot varandra, ställ öppna följdfrågor till teamledaren för att ta reda på hur det ligger till.* Ibland händer det att teamledaren ger en mer idealistisk bild av teamets arbetssätt än vad som framkommer av journaler och egna iakttagelser. Ett exempel: En journalgenomgång av CP1, Samhällsbaserade insatser, visar att brukarkontakterna framför allt äger rum på kontoret, medan teamledaren framhåller att teammedlemmarna tillbringar största delen av sin arbetstid i samhället. I det fallet kan man till exempel säga: ”När vi har läst i journalerna har vi upptäckt att xx procent av brukarkontakterna sker här på kontoret, men du uppskattar att det bara rör sig om yy procent. Hur tolkar du den skillnaden?” Poängsättningen av en punkt bör grunda sig på det sammantagna intrycket från alla informationskällor med tyngdpunkten på den informationskälla som anges som primär i TMACT.

□ *Avsluta bedömningen med ett kort avrapporteringsmöte.* Även om man fortfarande inte vet den slutgiltiga skattningspoängen är det viktigt att ge teamet en första respons på deras starka sidor och förmedla sina allmänna intryck av hur de arbetar. Att stämma av med personalen är också ett sätt att få reda på hur teamet upplevde utvärderingen.

□ *Kontrollera en extra gång när det gäller uppgifter som saknas.* Det kan vara klokt att titta in hos teamledaren innan man går därifrån för att höra sig för om data som fattas eller försöka få klarhet i motsägelsefulla uppgifter. Ibland kan man behöva omboka en inplanerad intervju, eftersom personen i fråga råkade vara sjukskriven just den dagen.

Efter bedömningsbesöket

□ *Fortsätt att följa upp data som saknas.* Uppföljningen innebär att via telefonsamtal eller e-post till teamledaren sondera vidare om oklara uppgifter eller frågor som har uppstått i efterhand.

□ *Skapa samstämmighet om skattningarna.* Bedömarna ska var för sig skatta programpunkterna på skalan, kanske genom att skriva ner sina spontana poäng redan under besöket eller åtminstone strax efteråt. Sedan jämför de sina skattningar, motiverar sina åsikter, löser skiljaktigheter och kommer fram till en lämplig poäng för varje punkt.

□ *Skicka en preliminär bedömningsrapport till teamet.* Bedömningsrapporten redogör för hur teamet skattades på varje punkt, både på de sex subskalorna och på hela TMACT. Rapporten ger också en tolkning av resultatet, poängterar teamets styrkor och tillgångar, pekar på svagare länkar och brister och kommer med rekommendationer för framtiden. Rapporten ska vara informativ, saklig och konstruktiv, med fokus på hur den praktiska utöv-

ningen kan förbättras. Mottagarna av rapporten kan variera, men i vanliga fall handlar det om teamet och ibland om ledande administratörer eller chefer i verksamheten. Teamet bör få lite tid till att tänka igenom och svara på rapporten innan man bokar in ett personligt återkopplingsamtal. Om programtrohetsskattningen görs regelbundet kan det vara stimulerande och lärorikt för teamet att få se sina framsteg över tid i grafisk form. Till exempel kan man göra en kurva över den genomsnittliga TMACT-poängen från år till år på ett Excelblad. Kurvan kan skickas med i bedömningsrapporten.

□ *Boka in ett återkopplingsamtal.* När teamet har fått möjlighet att läsa igenom den preliminära bedömningsrapporten är det dags att boka in ett samtal för att mer systematiskt gå igenom och avsluta rapporten. Samtalet, som tar cirka en timme, kan ske via telefon eller ett personligt möte, beroende på vad som passar parterna bäst. Återkopplingsrapporten betraktas inte som slutgiltig förrän det här samtalet har ägt rum.

□ *Uppmuntra teamet att rutinmässigt samla in och dra nytta av uppgifter som rör programtroheten i arbetet.* Bedömarna kan hjälpa teamet att bygga upp strategier för att systematiskt utnyttja den information som framkommit under bedömningen. Den informationen kan fungera som ett underlag för att gå vidare i riktning mot evidensbaserade principer och metoder. Till exempel kan man uppmuntra teamledaren att samla upplysningar om vilka insatser som utförs av varje teammedlem för att kunna skraddarsy handledningen till personalen efter vars och ens behov.

Bilaga 1. Kort om ACT-teamet

Datum: _____ Bedömare: _____

Teamets namn: _____

Stad: _____

Verksamhet/huvudman: _____

Adress: _____

Kontaktperson: _____

Telefon: _____

E-post: _____

Informationskällor som använts vid bedömningen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Journalgenomgång | <input type="checkbox"/> Intervju(-er) med sjuksköterska (Antal: __) |
| <input type="checkbox"/> Observation av dagligt teammöte | <input type="checkbox"/> Intervju(-er) med psykiater (Antal: __) |
| <input type="checkbox"/> Observation av behandlingsmöte | <input type="checkbox"/> Intervju(-er) med behandlare (Antal: __) |
| <input type="checkbox"/> Hembesök/samhällsbesök (Antal: __) | <input type="checkbox"/> Intervju(-er) med brukare (Antal: __) |
| <input type="checkbox"/> Intervju med teamledare | <input type="checkbox"/> Intervju(-er) med närstående (Antal: __) |
| <input type="checkbox"/> Intervju(-er) med missbruksspecialist (Antal: __) | <input type="checkbox"/> Annat (specificera): _____ |
| <input type="checkbox"/> Intervju(-er) med arbetscoach (Antal: __) | <input type="checkbox"/> Annat (specificera): _____ |
| <input type="checkbox"/> Intervju(-er) med brukarspecialist (Antal: __) | <input type="checkbox"/> Annat (specificera): _____ |

Antal medlemmar i teamet: _____

Antal brukare vid bedömningstillfället: _____

Antal brukare för ett år sedan: _____

Maximal brukarkapacitet: _____

Teamets startdatum: _____

Innehåll

<i>Kort om ACT-teamet</i>	19
<i>Checklista för programpunkter och informanter</i>	22
<i>Checklista för programpunkter och andra informationskällor</i>	24
Organisation och struktur (OS)	25
OS1. Få brukare per teammedlem	25
OS2. Teammetod	26
OS3. Dagligt teammöte (Frekvens & Deltagande)	27
OS4. Dagligt teammöte (innehåll)	28
OS5. Programstorlek	32
OS6. Målgrupp	33
OS7. Aktiv rekrytering	35
OS8. Långsam intagningstakt	37
OS9. Successiv överföring eller utskrivning	38
OS10. Låg bortfallsfrekvens	41
OS11. Samordning vid in- och utskrivning på sjukhus	44
OS12. Kontorsbaserad kanslist	46
Grundbemanning (CT)	48
CT1. Teamledare	48
CT2. Teamledaren är praktiserande behandlare	49
CT3. Psykiater	52
CT4. Psykiaterns roll (i behandlingen)	54
CT5. Psykiaterns roll (inom teamet)	57
CT6. Sjuksköterskor	59
CT7. Sjuksköterskornas roll	60
Specialistbemanning (ST)	62
ST1. Missbruksspecialist	62

ST2. Missbruksspecialistens roll (i behandlingen)	64
ST3. Missbruksspecialistens roll (inom teamet)	68
ST4. Arbetscoach	70
ST5. Arbetscoachens roll (i rehabiliteringen)	72
ST6. Arbetscoachens roll (inom teamet)	76
ST7. Brukarspecialist	77
ST8. Brukarspecialistens roll	79
<i>Huvudprinciper (CP)</i>	81
CP1. Samhällsbaserade insatser	81
CP2. Aktivt uppsökande verksamhet	82
CP3. Mycket tid åt brukarkontakter	87
CP4. Täta brukarkontakter	88
CP5. Täta kontakter med närstående	89
CP6. Ansvar för krisinterventioner	90
CP7 Ansvar för psykiatriska insatser	92
CP8. Ansvar för rehabiliterande insatser	92
<i>Evidensbaserade metoder (EP)</i>	96
EP1. Ansvar för dubbeldiagnosbehandling	96
EP2. Ansvar för arbetsinriktad rehabilitering	96
EP3. Ansvar för återhämtningsinsatser	96
EP4. Integrerad dubbeldiagnosbehandling (IDDT-modellen)	102
EP5. Supported Employment (SE-modellen)	105
EP6. Att värva och utbilda närstående	107
EP7. Kunskapsbaserad psykoterapi	109
EP8. Stöd vid boende (modellen Supportive Housing, i Sverige oftast benämnd Bostad först)	112
<i>Individen i fokus (PP)</i>	116
PP1. Behandlingsplanen speglar individens starka sidor	116
PP2. Individbaserad behandlingsplan	117
PP3. Insatserna täcker många livsområden	119
PP4. Fokus på individens självbestämmande och oberoende	121

Checklista för programpunkter och informanter

Intervju med teamledare

- OS3 P. 3
- OS4 P. 4–8
- OS6 P. 10–11
- OS7 P. 12–13
- OS9 P. 15–17
- OS10 P. 18–20
- OS11 P. 21–22
- OS12 P. 23–24

- CT2 P. 26–28
- CT3 P. 29–30
- CT5 P. 34–35
- CT7 P. 37–38

- ST2 P. 44–47
- ST5 P. 54–57
- ST8 P. 62–63
- CP5 P. 72
- CP6 P. 73–74

- EP4 P. 87–89
- EP5 P. 90–91
- EP6 P. 92–93
- EP7 P. 94–96
- EP8 P. 97–100

- PP4 P. 106–109
- CP2 P. 65–69

Intervju med sjuk-

sköterska

- CT4 P. 31–33
- CT7 P. 37–38
- CP7 P. 72

Intervju med psykiater

- CT4 P. 31–33
- CT5 P. 34–35

Intervju med behandlare

- OS6 P. 10–11
- OS9 P. 15–17

- CT2 P. 26–28
- CT4 P. 31–33
- CT5 P. 34–35
- CT7 P. 37–38

- ST3 P. 48–49
- ST6 P. 58–59
- CP2 P. 65–69
- CP8 P. 75–79

- EP3 P. 80–86
- EP4 P. 87–89
- EP5 P. 90–91
- EP6 P. 92–93
- EP7 P. 94–96
- EP8 P. 97–100

- PP1 P. 101
- PP2 P. 102–103

Intervju med missbruks-specialist

- ST1 P. 39–43
- ST2 P. 44–47
- ST3 P. 48–49

- EP1 P. 80–86
- EP4 P. 87–89

Intervju med arbets-coach

- ST4 P. 50–53
- ST5 P. 54–57
- ST6 P. 58–59

- EP2 P. 80–86
- EP5 P. 90–91

Intervju med brukar-specialist

- ST7 P. 60–61
- ST8 P. 62–63
- EP3 P. 80–86

Intervju med brukare

- CT4 P. 31–33
- CT7 P. 37–38

- ST5 P. 54–57
- ST8 P. 62–63

- EP6 P. 92–93
- EP8 P. 97–100

- PP2 P. 102–
103
- PP4 P. 106–10

Checklista för programpunkter och andra informationskällor

Journalgenomgång

- OS2 P. 2
- OS6 P. 10–11
- OS9 P. 15–17

- CT4 P. 31–33
- CT7 P. 37–38

- ST2 P. 44–47
- ST5 P. 54–47
- ST8 P. 62–63

- CP1 P. 64
- CP2 P. 65–69
- CP3 P. 70
- CP4 P. 71
- CP5 P. 72

- EP7 P. 94–96
- EP8 P. 97–100

- PP1 P. 101
- PP2 P. 102–103
- PP3 P. 104–105
- PP4 P. 106–109

Brukares veckoscheman

- OS4 P. 4–8
- EP7 P. 94–96
- PP3 P. 104–105

Dagligt teammöte

- OS2 P. 2
- OS3 P. 3
- OS4 P. 4–8

- CP2 P. 65–69

- EP7 P. 94–96
- EP8 P. 97–100

- PP3 P. 104–105
- PP4 P. 106–109

Teamöversikt

- OS1 P. 1
- OS5 P. 9
- OS6 P. 10–11
- OS7 P. 12–13
- OS8 P. 14
- OS9 P. 15–17
- OS10 P. 18–20
- OS12R P. 23–24

- CT1 P. 25
- CT2 P. 26–28
- CT3 P. 29–30
- CT6 P. 36

- ST1 P. 39–43
- ST4 P. 50–53
- ST7 P. 60–61

Excelblad

- OS11 P. 21–22

- ST2 P. 44–47
- ST5 P. 54–57

- CP5 P. 72
- CP7–8 P. 75–79

- EP1–3 P. 80–86
- EP6 P. 92–93
- EP7 P. 94–96
- EP8 P. 98–101

Behandlingsmöte

- PP2 P. 102–103

Andra interna dokument

- OS4 P. 4–8
- CT2 P. 26–28

Direktobservation

- OS12 P. 23–24
- PP4 P. 106–10

Organisation och struktur (OS)

OS1. Få brukare per teammedlem

Definition: Varje medlem i teamet har hand om få brukare, högst tio per teammedlem. Förhållandet gäller all personal som arbetar direkt med brukarna, med undantag av psykiater.

Motivering: Syftet med ACT-team är att ta hand om en population med stora vårdbehov och att vara den primära vårdgivaren när det gäller insatser på många olika områden. För att kunna skraddarsy åtgärderna krävs att var och en i teamet ansvarar för få brukare.

INFORMATIONSKÄLLOR

Teamöversikt	Se punkt 2: Antal anställda i ACT-teamet. Se punkt 8: Antal brukare för närvarande.
---------------------	--

RIKTLINJER

Inkludera	<p>ACT-personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Räkna all personal som har direktkontakt med brukarna (till exempel missbruksspecialist, arbetscoach, teamledare). För att personal som arbetar deltid eller tillfälligt ska räknas måste de arbeta med ACT-teamet minst 16 timmar per vecka (40 procent av en heltid) och närvara på det dagliga teammötet minst två gånger i veckan. <p>Brukare:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ta med alla brukare som är "aktiva" eller inskrivna i programmet, även om de har skrivits in helt nyligen eller är svåra att engagera och inte har träffat teamet på ett tag. Vad som menas med "aktiv" avgörs av teamet, men kom ihåg att siffran påverkas av andra punkter i trohetsskalan, till exempel besöksfrekvensen.
------------------	---

Exkludera	<p>Uteslut följande personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psykiater Administratörer och förvaltare, till exempel kanslist Personal som formellt är anställd av teamet men har varit tjänstledig i minst 3 <u>månader</u>.
------------------	---

Formel	<p>$\frac{\text{(Antal brukare för närvarande)}}{\text{(Antal heltidsanställda i teamet)}}$</p>
---------------	--

Anteckningar:

OS1 Få brukare per teammedlem	1	2	3	4	5
	Minst 26 brukare per teammedlem	19–25	14–18	11–13	Högst 10 brukare per teammedlem

OS2. Teammetod

Definition: ACT-personalen arbetar som ett tvärvetenskapligt team, inte som en grupp med fristående yrkesutövare. Var och en i teamet känner alla brukare och arbetar med många av dem. Medlemmarna ägnar sig både åt arbetsuppgifter av allmän karaktär och av specialkaraktär, beroende på sina fakkunskaper. Hela teamet delar på ansvaret för brukarna.

Motivering: Teammetoden innebär ett kollektivt ansvar som skapar kontinuitet i vården och bäddar för att personalens arbetsmiljö blir stödjande och konstruktiv.

INFORMATIONSKÄLLOR

Journal genomgång	Gå igenom journaler för tio slumpmässigt utvalda brukare. Utgå från uppgifter som rör de senaste fyra kalenderveckorna. Räkna efter hur många medlemmar i teamet, inklusive psykiatern, som har träffat individen under de veckorna. Bestäm hur många procent av brukarna som har mött minst tre olika teammedlemmar under perioden.
Dagligt teammöte	Utnyttja arbetsbladet <i>Observation av dagligt teammöte</i> (se appendix). Observera hur besöken hos brukare fördelas mellan personalen. Naturligtvis skiftar personalens arbetsuppgifter från dag till dag, till följd av brukarnas behandlingsplaner och aktuella behov. Men teamet bör sträva efter att sprida arbetsuppgifterna till många i personalgruppen, så att brukarna kan bygga upp relationer till flera teammedlemmar.

RIKTLINJER

Anvisning	Använd journaler som den <u>primära</u> informationskällan. Ta ställning till om oplanerade möten med brukarna ska räknas med eller inte, till exempel om teamledaren har dokumenterat att en individ plötsligt dök upp på kontoret, utan något särskilt syfte. Om informationen från olika källor är motsägelsefull (till exempel att det dagliga teammötet pekar på en högre grad av gemensamma klienter än vad journalerna gör), be teamledaren om hjälp att förklara bristen på överensstämmelse. Säkra belegg från minst två informationskällor (som uppföljningsfrågor vid personalintervjuer och intern statistik) kan väga tyngre än resultaten från en journalgenomgång.
------------------	---

Anteckningar:

	1	2	3	4	5
OS2 Teammetod	Mindre än 25 % av brukarna träffar minst tre olika teammedlemmar under fyra veckor	25–52 %	53–74 %	75–89 %	Minst 90 % av brukarna träffar minst tre olika teammedlemmar under fyra veckor

OS3. Dagligt teammöte (Frekvens & Deltagande)

Definition: Teamet träffas varje dag för att gå igenom och planera kontakterna med brukarna. Vanligtvis deltar all personal som tjänstgör den dagen.

Motivering: Dagliga teammöten möjliggör för personalen att snabbrapportera om brukarnas status under senaste dygnet, ta itu med problem eller förebygga kriser och att diskutera planerade insatser. Att mötena sker alla vardagar och att alla medlemmar i teamet närvarar ger utrymme för ömsesidigt kunskapsutbyte, nya idéer, framförhållning och kontinuitet.

INFORMATIONSKÄLLOR

Dagligt teammöte	Utnyttja arbetsbladet <i>Observation av dagligt teammöte</i> (se appendix). Anteckna vilka som är närvarande på mötet.
Intervju med teamledare	<p>Hur ofta träffas hela teamet för att gå igenom och planera kontakterna med brukarna?</p> <p>Vilka förväntningar finns på personalens uppslutning på mötena? Vad har ni gjort för att öka uppslutningen? Hur överförs information till dem som inte varit med på ett möte?</p> <p>Är den uppslutning som vi har sett eller kommer att se på det dagliga teammötet typisk för det här teamet?</p>

RIKTLINJER

Inkludera	<ul style="list-style-type: none"> • Typ av möte: Ta bara med det dagliga teammötet. <p>Kriterier för fullt deltagande:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Psykiater: Deltar <u>minst två gånger i veckan</u>. ○ Deltidsanställd teammedlem: Deltar <u>minst två gånger i veckan</u>. ○ Tillräcklig kommunikation: Teamet har strategier för att överföra information från mötet till de medlemmar som inte varit med. ○ Mötestid: Mötet sker på en tid på dagen som passar de flesta i teamet (och krockar inte med personalombyten, skiftavlösningar och dylikt).
Exkludera	Ta inte med administrativa möten eller behandlingsmöten.
Anvisning	Intervjun med teamledaren är den <u>primära</u> informationskällan. Bekräfta svaren med hjälp av observationerna från det dagliga teammötet.

	1	2	3	4	5
OS3 Dagligt teammöte (Frekvens & Deltagande)	Teamet träffas mer sällan än 2 dagar i veckan	Teamet träffas 2 dagar i veckan	Teamet träffas 3 dagar i veckan och all personal deltar <u>eller</u> teamet träffas 4 dagar i veckan men all personal deltar inte	Teamet träffas 4 dagar i veckan och all personal deltar <u>eller</u> teamet träffas 5 dagar i veckan men all personal deltar inte	Teamet träffas 5 dagar i veckan och all personal deltar

OS4. Dagligt teammöte (innehåll)

Definition: Teammötet används för att: (1) göra en kort, kliniskt relevant genomgång av brukarkontakter under senaste dygnet och (2) registrera status för alla brukare. Teamet fyller i ett schema för dagens aktiviteter som bygger på: (3) brukarnas veckoscheman, (4) akuta behov som uppstått och (5) behov av insatser för att förebygga kriser. (6) Personalen återrapporterar att arbetsuppgifterna är utförda.

Motivering: Dagliga teammöten innebär att personalen kan hålla sig uppdaterad om brukarnas tillstånd, snabbt kan bemöta problem eller uppdykande kriser och ständigt kan diskutera och eventuellt förändra planerade insatser.

INFORMATIONSKÄLLOR

Dagligt teammöte

Utnyttja arbetsbladet *Observation av dagligt teammöte* (se appendix).

Intervju med teamledare

Hur bestämmer ni vad som ska hända med brukarna varje dag?

Gör ni upp ett schema för teamet varje dag? [Om ja:] Vad utgår ni då ifrån? [Ta reda på i vilken utsträckning de använder brukarnas veckoscheman som underlag för dagsschemat och hur veckoschemana i sig utformas och uppdateras. Undersök om geografiska aspekter påverkar schemalaggningen av kontakter, dvs. att en person i teamet besöker alla brukare som bor nära varandra.]

Hur tar ni hand om de akuta behov hos brukarna som kommit fram under teammötet? (Till exempel: Vad gör ni när någon har akut tandvärk? När någon rapporteras må mycket sämre?)

Vad gör ni om en brukare inte är i en krissituation just nu, men ni ser tecken på eller oroar er för att det är fara å färde? Hur hanterar ni det på dagsmötet? Kan du ge mig ett exempel?

Hur följer ni upp att de inbokade aktiviteterna blir genomförda? [Ta reda på om teamet använder någon form av återrapportering. Ett enkelt sätt kan vara att teamledaren jämför gårdagens dagsschema med vad personalen rapporterar under dagsmötet. Mer formella sätt kan vara till exempel att medlemmarna bockar av utförda arbetsuppgifter i loggboken, skriver sina initialer på dagsschemat, ringer eller skickar en bekräftelse via e-post.]

Brukares veckoscheman	Be att få titta på brukarnas veckoscheman. Varje brukare har ett veckoschema, också kallat kontaktschema, som förnyas regelbundet. Veckoschemat utgår från målsättningar i behandlingsplanen, visar de insatser som planerats (dvs. regelbundna kontakter och inbokade möten). Se tabell 1 för ett exempel.
Teamets dagsschema	Om teamledaren bekräftar att teamets dagsschema bygger på brukarnas veckoscheman, undersök hur väl de båda schemana matchar varandra. Ett typiskt dagsschema innehåller både insatser som planerats i förväg och oplanerade insatser som tillkommit under dagsmötet för att ta hand om brådskande behov eller förebygga kriser.
Personalen återrapporterar att arbetsuppgifterna är utförda	Om teamledaren bekräftar att medarbetarna återrapporterar när dagens insatser är genomförda, be honom eller henne att tala om hur det går till. Det krävs ingen formell metod för att få full poäng för den här uppgiften, till exempel att personalen bockar av utförda arbetsuppgifter i loggboken eller hör av sig via telefon eller e-post. Det räcker med att man som bedömare märker att det finns något sätt för teamet att upptäcka när en planerad insats inte blev av.
RIKTLINJER	
Anvisning	Använd tabell 2 för att bedöma i vilken utsträckning teamet utför alla sex uppgifterna.
Anteckningar:	

Tabell 1. Exempel på veckoschema för brukare

Namn: <u>Joel Svensson</u>		Kontaktperson: <u>Erik Lindgren – arbetscoach</u>					
	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
F M	9–10 Lämna mediciner – Eva, sjuksköt.	9–10 Lämna mediciner– Erik, arbetscoach 10–11 Jobsökande – Erik, arbetscoach	9–10 Lämna mediciner – Eva, sjuksköt.	9–10 Lämna mediciner – Jan, brukarspecialist 10–11 Strategier för återhämtning – Jan, brukarspecialist	9–10 Lämna mediciner – Eva, sjuksköt.		
E M			14–15.30 Familjegrupp – Johan, behandlare		13–14.30 Dubbeldiagnosgrupp – Micke, missbruksspecialist	14–16 Social aktivitet – Johan, behandlare	

Tabell 2. Dagligt teammöte (Innehåll)

Uppgifter	Exempel och riktlinjer
(1) Göra en kort, kliniskt relevant genomgång av brukarkontakter under senaste dygnet	Om den inbokade kontakten blev av beskriver teammedlemmen individens psykiska tillstånd, beteende och hur mötet avlöpte. Om den inbokade kontakten inte blev av, därför att individen inte var hemma eller inte dök upp, kan teammedlemmen ta upp tänkbara hinder för mötet (till exempel olämplig tidpunkt på dagen) eller uttrycka sin oro. Observera! För att få full poäng för den här uppgiften måste var och en i teamet redogöra för sina egna brukarkontakter från i går, i stället för att låta en person läsa igenom alla.
(2) Registrera status för alla brukare	Brukarens status (psykiska tillstånd, beteende och samspelet med personalen) dokumenteras i en loggbok, rapportpärm eller liknande varje dag. Om teamet inte använder någon form av lättillgänglig dokumentation för att snabbt kunna få en överblick över senaste nytt när det gäller individens stabilitet, tillgänglighet och respons på en insats, blir det ingen poäng för den här uppgiften.
(3) Dagsschemat bygger på brukarnas veckoscheman	Brukarnas veckoscheman: <ul style="list-style-type: none"> • Varje individ har ett veckoschema som grundar sig på målen för insatserna, formulerade i behandlingsplanen. • Veckoschemat preciserar vilka åtgärder som ska utföras var, när och av vem i teamet. Den teammedlem som är mest lämplig, och som brukaren önskar, utför insatsen. <u>Observera!</u> Schemana kan föras månadsvis i stället för veckovis. <p><u>Observera!</u> Vissa team har ett stort geografiskt upptagningsområde med långa avstånd mellan brukarnas bostäder. För att spara tid låter de en och samma person i teamet besöka alla brukare som bor nära varandra. Det förhållningssättet bör emellertid undvikas, eftersom det kan inkräkta på beslutet att den mest lämpade och önskade personen väljs ut.</p>

<p>(4) Dagsschemat bygger på brukarnas akuta behov</p>	<p>Förutom de insatser som planerats in via veckoschemat och förekommer regelbundet bygger dagsschemat på brukarnas akuta behov, dvs. sådana som identifierats under teammötet och måste omhändertas samma dag.</p> <p>Exempel på akuta behov:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beställa tid hos läkare eller tandläkare • Kontakter för att bemöta kriser • Eventuell inläggning på sjukhus. <p>Observera! Om personalen pratar om de brådskande behov som dykt upp under teammötet, men <u>inte presenterar en plan</u> för att ta itu med dem under dagens lopp, blir det inte poäng för den här uppgiften.</p>
<p>(5) Dagsschemat bygger på förebyggande insatser för att avvärja kriser</p>	<p>Förebyggande insatser syftar till att undvika framtida kriser genom att agera i förväg. Några exempel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Söka upp brukaren strax före eller på årsdagen av en viktig händelse (till exempel en närståendes död). • Känna igen tidiga varningstecken på försäkring hos individen och träffa honom eller henne så fort som möjligt. <p>Observera! Det är inte säkert att man observerar förebyggande insatser just vid bedömningstillfället, eftersom de kan förekomma sporadiskt. Därför bör teamet automatiskt få poäng för den här uppgiften, om det inte finns tydliga signaler om att medlemmarna aldrig ägnar sig åt preventivt arbete.</p>
<p>(6) Personalen återrapporerar utförda arbetsuppgifter</p>	<p>Det bör finnas en form av återrapporing som ser till att teammedlemmarna genomför eller försöker genomföra de insatser som de tilldelats. Syftet är inte att detaljreglera deras aktiviteter utan att värna om att brukarna verkligen får den avsedda vården och stödet. Exempel på sätt att återrapporera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teamledaren jämför gårdagens dagsschema med vad personalen rapporterar under dagsmötet (det vanligaste och mest informella sättet) • Personalen bockar av eller sätter sina initialer på dagsschemat när de har utfört en insats • Personalen hör av sig till teamledaren (via telefon eller e-post) för att meddela resultatet av dagens kontakter.

OS4	1	2	3	4	5
Dagligt teammöte (innehåll)	På mötet utförs en av uppgifterna HELT <u>eller</u> två av dem DELVIS	På mötet utförs två av uppgifterna HELT <u>eller</u> tre av dem DELVIS	På mötet utförs tre av uppgifterna HELT <u>eller</u> fem av dem DELVIS	På mötet utförs fyra eller fem av uppgifterna HELT	På mötet utförs alla sex uppgifterna HELT

OS5. Programstorlek

Definition: Teamet består av personal från olika discipliner som kan täcka behovet av insatser dygnet runt alla dagar i veckan. Observera! Punkten beräknar personalstyrkan för både mindre och större team.

Motivering: Att medlemmarna i teamet har olika yrkesbakgrund gör det lättare att få en helgjuten bild av individen, erbjuda allsidiga insatser och hitta möjliga lösningar på problemen. Teamet måste vara tillräckligt stort för att kunna fungera som det enda "stoppstället" i vårdkedjan.

INFORMATIONSKÄLLOR

Teamöversikt | Se punkt 2: Antal anställda. Se punkt 8b: Antal brukare när teamet är fullbelagt.

RIKTLINJER

Inkludera

- Räkna all personal som arbetar direkt med brukarna och uppfyller kriterierna för OS1 (Få brukare per teammedlem).¹
- Om två psykiatrer är anslutna till teamet, summera deras arbetstimmar.

Exkludera | Uteslut kanslisten och andra administrativa ledare.

Anvisning och formel

För att beräkna antalet heltidsanställda i team som har cirka 100 respektive 50 brukare, se rekommendationerna ovan under inkludera och exkludera.

För att beräkna antalet heltidsanställda i mellanstora team (55–89 brukare), använd följande formel:

$(\text{Antal heltidsanställda} \times 100) / (\text{antal brukare när teamet är fullbelagt})$. Utnyttja skalan för team med 100 brukare för att komma fram till poängen.

	1	2	3	4	5
OS5 Programstorlek	Team med 100 brukare: Mindre än 5,5 heltidsanställda behandlare	5,5–6,9 heltidsanställda behandlare	7,0–8,4 heltidsanställda behandlare	8,5–9,9 heltidsanställda behandlare	Team med 100 brukare: Minst 10,0 heltidsanställda behandlare
	Team med 50 brukare: Färre än 5,5 heltidsanställda behandlare	5,5–5,9 heltidsanställda behandlare	6,0–6,4 heltidsanställda behandlare	6,5–6,9 heltidsanställda behandlare	Team med 50 brukare: Minst 7,0 heltidsanställda behandlare

¹ Precis som vid beräkningen av OS1, måste deltidsanställd eller tillfälligt anställd personal arbeta med ACT-teamet minst 16 timmar i veckan (40 procent av en heltidstjänst) och närvara på teammötet minst två gånger i veckan.

OS6. Målgrupp

Definition: Målgruppen för ACT är vuxna med allvarlig psykisk sjukdom och stora vårdbehov. Teamet fattar beslut om vem som ska behandlas. (1) Intagningskriterierna omfattar individer som har schizofreni, bipolär störning eller annan psykosjukdom i kombination med betydande funktionsnedsättningar och är i behov av omfattande hjälp och stöd under lång tid. Individer vars enda eller primära diagnos är en missbrukssjukdom, utvecklingsstörning, hjärnskada eller personlighetsstörning på axel-II tillhör inte målgruppen. (2) Teamet har mandat att bestämma villkoren för in- och utskrivning (och att gallra bort olämpliga remisser).

Motivering: ACT är en evidensbaserad modell för att behandla och rehabilitera människor med allvarlig psykisk sjukdom som behöver kontinuerliga och intensiva insatser. Eftersom modellen är ganska kostsam och kräver stora personalresurser bör den vara reserverad för de individer som har de största behoven av ett intensivt omhändertagande. Därför är det också nödvändigt att teamet fungerar som portvakt, dvs. kan besluta om in- och utskrivning.

INFORMATIONSKÄLLOR

Teamöversikt	Se svaren på följande frågor: 11: Har det hänt att ni har gallrat bort olämpliga remisser? 12: Har ni några brukare just nu som inte uppfyller intagningskriterierna eller är olämpliga för ACT? 13: I så fall, ungefär hur många?
Journalgenomgång	Ta stickprov bland de tio journalerna för att kontrollera diagnoser och lämplighet för ACT.
Intervju med teamledare	<p><i>Vilka intagningskriterier har ni?</i></p> <p>[Titta på svaret till fråga 13 i <i>Teamöversikten</i>. Om teamledaren har angett att de har brukare som inte tillhör målgruppen, fråga:] <i>I teamöversikten uppger du att ungefär ____ av era brukare inte uppfyller intagningskriterierna till ACT eller är olämpliga för insatserna. På vilket sätt uppfyller de inte kriterierna eller är olämpliga?</i> [Utforska om de har brukare vars enda eller huvudsakliga diagnos är missbrukssjukdom, utvecklingsstörning, hjärnskada eller personlighetsstörning på axel-II].</p> <p>[Titta på svaret till fråga 11 i <i>Teamöversikt</i>.] <i>Hur går det till när ni går igenom remisserna? Vad gör ni om ni tycker att en remitterad brukare inte passar för ACT? Tycker du att ni har kontroll över intagningen?</i></p>

	<i>Kan ni skriva ut brukare som ni inte tycker hör hemma i ACT, även om ni tackat ja till dem en gång? Har det inträffat? [Om ja:] Kan du berätta mer om varför ni inte tyckte de passade in och vad som hände sedan?</i>
Intervju med behandlare	<i>Tycker du att ni har brukare i teamet just nu som inte behöver de intensiva insatserna i ACT eller står utanför målgruppen? [Om ja:] På vilket sätt faller de utanför ramarna?</i>
RIKTLINJER	
Poäng	<p>Kriterium 1 (se definition):</p> <ul style="list-style-type: none"> Helt uppfyllt: Högst 5 procent av brukarna uppfyller inte intagningskriterierna. Delvis uppfyllt: Högst 10 procent av brukarna uppfyller inte intagningskriterierna. <p>Kriterium 2 (se definition):</p> <ul style="list-style-type: none"> Helt uppfyllt: Teammedlemmarna berättar att de har sista ordet när det gäller intagning och utskrivning och att det inte finns några yttre påtryckningar på dem för att ta emot eller behålla vissa brukare. Delvis uppfyllt: Teammedlemmarna berättar att de har sista ordet när det gäller intagning och utskrivning, men vissa tecken tyder på att det finns undantag från den regeln (till exempel att mer än 10 procent av brukarna inte uppfyller intagningskriterierna, personalen rapporterar om fall där de känt sig "tvungna" att ta emot brukare som de inte tyckte passade eller får ägna sig åt långdragna förhandlingar för att "slippa" olämpliga remisser).
Anvisning	Utnyttja intervjun med teamledaren som den <u>primära</u> informationskällan vid bedömningen. Jämför med svaren från behandlaren och backa upp med diagnostisk information från de tio journalerna. Teamet får 5 poäng om båda kriterierna är uppfyllda
Anteckningar:	

	1	2	3	4	5
OS6 Målgrupp	Teamet uppfyller inget av kriterierna	Teamet uppfyller kriterium 1 DELVIS	Teamet uppfyller båda kriterierna DELVIS	Teamet uppfyller kriterium 1 HELT och kriterium 2 DELVIS	Teamet uppfyller båda kriterierna HELT

OS7. Aktiv rekrytering

Definition: (1) Teamet rekryterar aktivt nya brukare som kan ha nytta av ACT genom att regelbundet söka upp möjliga remissinstanser för att identifiera tänkbara individer (2) Teamets brukare kommer huvudsakligen från ställen eller institutioner som inte tillhör den traditionella psykiatriska öppenvården (till exempel psykiatriska kliniker, akutmottagningar, fängelser, härbärgen eller från gatan) (3) Teamet strävar efter att fylla lediga platser när det inte är fullbelagt eller om varje medlem har hand om betydligt färre än tio brukare.

Motivering: ACT vänder sig till människor som inte kan dra nytta av den vanliga psykiatriska öppenvården på ett effektivt sätt. Att förlita sig på att individerna självmant söker sig till ACT eller att följa traditionella vägar för intern remittering inom vårdapparaten räcker inte för att nå dem som bäst behöver insatserna. Därför måste teamen aktivt rekrytera brukare i samhällsmiljöer som ligger utanför den egna organisationen eller huvudmannen. Eftersom ett ACT-team kan vara det enda av sitt slag i en kommun bör det sträva efter att nå full kapacitet, det vill säga att belägga lediga platser.

INFORMATIONSKÄLLOR

Teamöversikt

Se svaret på fråga 10 om teamets sätt att rekrytera nya brukare.

Intervju med teamledare

Vem skickar remisser till er och hur gör ni själva för att rekrytera brukare? Söker ni upp vissa platser i samhället för att hitta nya brukare? Vilka platser? Händer det att ni får tips från andra uppsökande team, till exempel mobila kristeam?

Hur stor andel av era brukare kommer från externa remissinstanser? Hur stor andel rekryterar ni själva genom uppsökande verksamhet?

Om teamet är belagt till mer än hälften:

Hur många lediga platser har ni? [Tänk på att team som är nästan fullbelagda kan hålla en till två platser öppna för att ge brukare som blivit överförda till andra program eller utskrivna en chans att komma tillbaka.]

RIKTLINJER

Poäng

Kriterium 1 (se definition):

Helt uppfyllt: Teamet besöker regelbundet möjliga remissinstanser för att hitta nya brukare (till exempel psykiatriska slutenvårdsavdelningar och fängelser och går på samordningsmöten där representanter för vård- och stödsystemet träffas). Personal som arbetar indirekt med teamet, till exempel administratörer, kan ägna sig åt uppsökande verksamhet å teamets vägnar, men teamet måste aktivt gå in för att bygga upp relationer till tänkbara remissinstanser. Om teamet är fullbelagt prioriteras intagningarna via en väntelista.

Delvis uppfyllt: Teamet ägnar sig bara sporadiskt åt uppsökande verksamhet.

Kriterium 2 (se definition):

Helt uppfyllt: Minst 75 procent av brukarna kommer från remisskällor eller verksamheter utanför den egna organisationen.

	<p>Delvis uppfyllt: Minst 50 procent av brukarna kommer från remisskällor eller verksamheter utanför den egna organisationen.</p> <p>Kriterium 3 (se definition):</p> <p>Helt uppfyllt: Högst 5 procent av platserna är lediga, och om teamet har funnits i två år eller längre har varje medlem hand om minst sex brukare.</p> <p>Delvis uppfyllt: 5–10 procent av platserna är lediga.</p>
Anvisning	Intervjun med teamledaren är den <u>primära</u> informationskällan. Utnyttja <i>Teamöversikten</i> som vägledning till frågorna.
Anteckningar:	

	1	2	3	4	5
OS7 Aktiv rekrytering	Teamet uppfyller inget kriterium eller ett kriterium DELVIS	Teamet uppfyller ett kriterium HELT	Teamet uppfyller två kriterier HELT <u>eller</u> två till tre kriterier DELVIS	Teamet uppfyller två kriterier HELT och ett kriterium DELVIS	Teamet uppfyller alla tre kriterierna HELT

OS8. Långsam intagningsstakt

Definition: Programmet tar in brukare i långsam takt för att kunna behålla en stabil vårdmiljö.

Motivering: För att hinna skräddarsy insatserna efter varje brukare kan teamet inte ta in för många individer åt gången, dvs. tillväxttakten måste vara låg.

INFORMATIONSKÄLLOR

Teamöver sikt	Se fråga 14 om det genomsnittliga antalet brukare som tagits in per månad under senaste halvåret.
--------------------------	---

RIKTLINJER

Anvisning	<p>Teamet får 5 poäng om det i genomsnitt har tagit in högst fyra brukare per månad under senaste halvåret.</p> <p>Observera! Ett nystartat team kan ha hög tillväxttakt för att snabbt försöka nå full kapacitet. Förklara för teamet att det kan leda till en låg skattningspoäng på den här punkten, men är ett förhållande som kan ha "normaliserats" vid nästa bedömningstillfälle.</p>
------------------	--

Anteckningar:

	1	2	3	4	5
OS8 Långsam intagningsstakt	Teamet har i genomsnitt tagit in mer än 15 brukare per månad under senaste halvåret	12–15	8–11	5–7	Teamet har i genomsnitt tagit in högst 4 brukare per månad under senaste halvåret

OS9. Successiv överföring eller utskrivning

Definition: (1) Teamet bedömer regelbundet behovet av fortsatt ACT-behandling (2) Teamet har tydliga riktmärken för vad som utmärker någon som kan överföras till en behandlingsform som är mindre intensiv (3) Överföringen sker stegvis och stödet fortsätter under tiden (4) Brukarens status följs upp efter utskrivningen vid behov (5) Utskrivna brukare har möjlighet att komma tillbaka till teamet.

Motivering: Ibland får individer med psykisk sjukdom återfall när de skrivs ut från kortvariga behandlingsprogram. Insatser utan tidsbegränsning, som i ACT, lägger grunden till stabila terapeutiska relationer. Brukare som förbättras behöver kanske inte ACT-teamets intensiva omhändertagande längre, men de kan ha nytta av att överföras till ett program med nedtrappade insatser. Forskningen visar att det är viktigt med klara och tydliga kännetecken på när överföringen är lämplig och att processen sker smidigt.²

INFORMATIONSKÄLLOR

Teamöversikt	Titta på svaret till fråga 15. Anteckna om teamet har skrivit ut brukare under senaste året.
Journalgenomgång	Undersök om teamet kartlägger brukarnas beredskap för utskrivning. Uppgifterna kan stå i bedömningar och behandlingsplaner.
Intervju med teamledare	<p>Bedömer ni brukarnas behov av att fortsätta med ACT och om de är redo för överföring eller utskrivning? [Om ja:] <i>Hur kommer ni fram till att de fortfarande behöver ACT? Utgår ni från vissa kriterier när ni bestämmer vem som är redo för utskrivning?</i> [Om ja:] <i>Kan jag få titta på dem?</i> <i>Hur ofta gör ni de här bedömningarna?</i></p> <p>Hur går det till när ni överför brukare till behandlingsformer som är mindre intensiva? [Ta reda på om överföringen sker gradvis, hur mycket kontakt de har med det nya stället, om de följer upp brukarna efter utskrivningen och i så fall under hur lång tid.]</p> <p>Kan brukare som blivit utskrivna komma tillbaka till ACT-teamet om det är nödvändigt? [Om ja:] Hur avgör ni vem som behöver komma tillbaka? [Be teamledaren att precisera sig:] <i>Vilka riktlinjer går ni då efter? Hur upprätthåller ni kontakten med individen och så vidare?</i></p> <p>[Referera till svaret på fråga 15 i <i>Teamöversikten</i>. Om inga brukare har skrivits ut under senaste året, fråga:]</p> <p>Jag ser att ni inte har skrivit ut någon under senaste året. Hur var det året innan? [Om utskrivningar förekom] Hur många skrev ni ut då?</p> <p>[Hoppa över följande fråga om teamet inte har haft några utskrivningar under de senaste två åren:]</p>

² Salyers, M. P., Masterton, T. W., Fekete, D. M., Picone, J. J., & Bond, G. R. (1998). Transferring clients from intensive case management: Impact on client functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 233–245.

	<p><i>Vilka omständigheter ledde fram till att ni skrev ut de här brukarna? Kan du ge mig några exempel?</i> [Utforska om yttre påtryckningar har påverkat beslutet någon gång.]</p>
<p>Intervju med behandlare</p>	<p><i>Hur går det till när ni bestämmer vem som ska skrivas ut?</i> [Utforska om yttre påtryckningar har påverkat beslutet någon gång.]</p> <p><i>Vilka behandlingsformer överför ni brukarna till? Behåller teamet kontakten med dem efteråt? Hur länge då?</i></p> <p><i>Hur identifierar teamet vem som verkar vara färdig för utskrivning? När börjar ni diskutera den här frågan med brukaren?</i></p>
<p>RIKTLINJER</p>	
<p>Anvisning</p>	<p>Se tabell 3 för vägledning vid skattningen. Utnyttja intervjun med teamledaren som <u>primär</u> informationskälla, komplettera med uppgifter från journalen och intervjun med behandlaren.</p> <p>Om teamet inte har överfört eller skrivit ut någon under de senaste två åren, fråga teamledaren hur de planerar att göra det i framtiden. Vilka faktorer tänker de ta hänsyn till? Vilka riktmärken ska gälla? Bedöm kriterierna 3–5 utifrån de svaren.</p>
<p>Anteckningar:</p>	

Tabell 3 Överföring och utskrivning

Kriterier	Riktlinjer & Exempel
(1) Teamet bedömer regelbundet behovet av ACT-behandling	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Teamet bedömer regelbundet hur brukaren mår och fungerar i olika roller för att se efter om han eller hon är redo för överföring. <input type="checkbox"/> Frågan om individen är färdig för överföring diskuteras rutinmässigt när teamet går igenom behandlingsplanen. Diskussionen sammanfattas i journalen. <input type="checkbox"/> Teamet kan använda en formell skala för att gradera brukarnas vårdbehov och beredskap för överföring.
(2) Teamet har tydliga riktmärken för vad som krävs för överföring till en behandlingsform som är mindre intensiv	<p>Riktmärkena kan vara:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Att antalet besök på sjukhus eller akutmottagningar har minskat. <input type="checkbox"/> Att brukaren fungerar självständigare och bättre klarar av viktiga områden på egen hand (t.ex. boende, medicinering, krishantering, inblandning i rättsväsendet, droganvändning, högriskbeteenden, ADL, integration i samhället). <p>Riktmärkena måste vara noggrant specificerade så att alla medlemmar i teamet kan ringa in vad som gäller för den enskilde.</p>
(3) Överföringen sker stegvis, med fortsatt kontakt under tiden	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Successiv utskrivning kan börja med en så kallad övergångsgrupp, arrangerad av teamet, där gruppen består av andra brukare som också är på väg att lämna ACT. <input type="checkbox"/> Brukaren kan prova på aktiviteter i andra program korta stunder (till exempel några timmar om dagen eller en dag i veckan) och fortfarande få vård och stöd av teamet. <input type="checkbox"/> Teamet bör kommunicera med den nya behandlingspersonalen. <input type="checkbox"/> Brukaren är alltid välkommen att kontakta teamet.
(4) Status följs upp efter utskrivningen	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Teamet följer upp brukarens tillstånd och funktionsförmåga med den nya behandlingspersonalen under en period (till exempel i upp till tre månader). Observera! Uppföljningen måste inte ske via möten, men det ska finnas någon form av kontroll av hur individen klarar sig. <input type="checkbox"/> Vid behov besöker teamet brukaren på det nya programmet för att bedöma läget.
(5) Utskrivna brukare har möjlighet att komma tillbaka till teamet	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Teamet kan hålla en eller två platser öppna för nyligen utskrivna brukare som behöver komma tillbaka (till exempel i tre månader efter utskrivningen). <input type="checkbox"/> Tidigare brukare som behöver återintars placeras inte på väntelistan.

OS9 Överföring/Ut- skrivning	1	2	3	4	5
	Teamet uppfyller inget kriterium <u>eller</u> ett till två kriterier DELVIS	Teamet uppfyller två kriterier HELT <u>eller</u> tre kriterier DELVIS	Teamet uppfyller tre kriterier HELT <u>eller</u> fyra kriterier DELVIS	Teamet uppfyller fyra kriterier HELT	Teamet uppfyller alla fem kriterierna HELT

OS10. Låg bortfallsfrekvens

Definition: Teamet lyckas behålla majoriteten av brukare under ett år. Överföringen till en mer restriktiv vårdmiljö uppfattas vanligtvis som ett olyckligt resultat.

Motivering: Team som tar emot brukare från målgruppen, bygger upp förtroendeingivande relationer till dem och flexibelt anpassar åtgärderna efter var och en bör kunna få de flesta individer att stanna kvar i programmet under ett år. Utskrivningen till slutenvård (till exempel sjukhus eller vårdhem) kan vara motiverad ibland, men den kan också spegla brister när det gäller urvalet av klienter, sättet att engagera dem eller förmedla insatser.

INFORMATIONSKÄLLOR

Team översikt	Utgå från svaren på följande frågor: Nr 8: Antalet inskrivna brukare för närvarande Nr 9: Antalet inskrivna brukare för ett år sedan Nr 15: Antalet brukare som skrivits ut under det senaste året och orsakerna till utskrivningen. Observera! Uteslut brukare som har avlidit eller förbättrats och överförts till andra behandlingsalternativ.
Intervju med teamledare	[Hänvisa till svaret på fråga 15 i <i>Teamöversikten</i> , fråga:] Jag ser här att ni har avslutat kontakten med X antal brukare för att ni inte kunde hitta dem eller för att de inte ville ha någon hjälp. Fanns det några av dem som var inskrivna i programmet i nio månader? Hur gjorde ni för att försöka återknyta dem? Skulle du kunna berätta mer om de brukare (om några) som ni överförde till mer restriktiva vårdmiljöer till följd av medicinska skäl, hälsoskäl eller ur säkerhetssynpunkt? [Observera! Här måste man ta ställning till om teamets anledning till överföringen var berättigad för att kunna avgöra om händelsen ska räknas som ett bortfall eller inte].

Tabell 4. Beräkna bortfallsfrekvensen: Vem utgör en drop-out?

Orsak till avslutad kontakt eller utskrivning under senaste året	Drop-out	<u>Ingen</u> drop-out
Omöjligt att få tag på personen under lång tid	Ja	
Personen dömd till långvarigt fängelsestraff	Ja	
Personen utskrivna till en mer restriktiv vårdmiljö (sjukhem, LVM-hem, långvarig sjukhusvistelse) ²	Ja	Om det framkommer klara belägg för att brukaren hade påtagliga medicinska behov, riskerade sin hälsa eller uppträdde farligt för sig själv eller andra räknas händelsen inte som ett bortfall.
Personen vägrar behandling och/eller vill bli utskrivna	Ja	Om teamet har försökt att engagera brukaren i nio månader, ansträngt sig att hitta lämpliga insatser, dokumenterat sina ansträngningar och ändå misslyckats räknas händelsen inte som ett bortfall.
Personen utflyttad från teamets upptagningsområde	Ja	Om teamet kände till utflyttningen och banade väg för fortsatta insatser på den nya orten räknas händelsen inte som ett bortfall.
Personen förbättrad och överflyttad till annan behandlingsform	Nej	
Personen avliden	Nej	

¹ Det kan vara svårt även för det bästa av team att behålla alla sina brukare. En hög bortfallsfrekvens kan dock vara tecken på att något fattas. Kanske behöver teamet precisera urvalskriterierna för målgruppen, finslipa sina tekniker för att engagera brukarna i behandlingen eller lyssna bättre på deras önskemål om insatser. Så länge bortfallsfrekvensen understiger 5 procent är poängen emellertid den högsta.

² Ett exempel på när det kan vara rimligt att teamet överför en brukare till en mer restriktiv vårdform är exempelvis när en person missköter sin diabetes trots att teamet under lång tid har kontrollerat blodsockernivån dagligen, lärt ut hur man sköter insulinbehandlingen och undervisat om lämplig kost. Trots ansträngningarna har brukaren väldiga svängningar av blodsockervärdet och därför beslutar teamet, i samråd med allmänläkaren på vårdcentralen, att situationen utgör en hälsorisk och att personen behöver tillsyn dygnet runt för att inte drabbas av komplikationer.

Formel	1 antal brukare som fallit bort senaste året (drop-outs) / antal brukare för närvarande + antal brukare för ett år sedan / 2
Anvisning	Utgå från siffrorna till svaren på frågorna 8, 9 och 15 i <i>Teamöversikten</i> . Be teamledaren beskriva varje brukare som lämnat teamet under senaste året och ta ställning till vem som räknas som en drop-out.
Anteckningar:	

	1	2	3	4	5
OS10 Låg bortfallsfrekvens	Mindre än 65 % av brukarna finns kvar under en period på 12 månader	65–76 %.	77–86 %.	87–94 %.	Minst 95 % av brukarna finns kvar under en period på 12 månader

OS11. Samordning vid in- och utskrivning på sjukhus

Definition: Teamet deltar aktivt vid in- och utskrivning på psykiatrisk klinik. Det innebär att teamet medverkar i beslutsprocessen, hjälper till vid både frivillig intagning och intagning enligt LPT, träffar brukaren under sjukhusvistelsen, samarbetar med avdelningspersonalen under vårdtiden och planerar för utskrivningen efteråt (till exempel när det gäller boende och fortsatta insatser).

Motivering: För att se till att en inläggning på psykiatrisk klinik är välmotiverad och behålla kontinuiteten i vården krävs att teamet deltar i beslutet och fortsätter hålla kontakten med brukaren. Att teamet fungerar som en brobyggare mellan öppen- och slutenvård och samverkar med sjukhuspersonalen underlättar för individen att komma tillbaka till samhället.

INFORMATIONSKÄLLOR

Excelblad	Läs igenom de senaste tio in- och utskrivningarna på psykiatrisk klinik.
Intervju med teamledare	<i>Jag ser från Excelbladet att ni har haft ____ in- eller utskrivningar som teamet inte varit inblandat i. Hur kommer det sig eller visste ni inte om dem?</i>

RIKTLINJER	
Anvisning	<p>Utnyttja de tio senaste in- och utskrivningstillfällena på sjukhus + intervjun med teamledaren som <u>primära</u> informationskällor. Ta reda hur teamet varit inblandat i dessa händelser.</p> <p>Observera! Att teamet varit inblandat vid sjukhusinläggningen kan betyda att de tagit initiativet till en nödvändig intagning (frivillig eller tvångsmässig), samarbetat med familjen om beslutet, följt med individen vid intagningstillfället eller hört av sig till avdelningspersonalen (inom ett dygn) när de fått reda på att någon blivit inlagd.</p>

	1	2	3	4	5
OS11. Samordning vid in- och utskrivning på sjukhus	Teamet är inblandat i mindre än 15 % av in- och utskrivningar på sjukhus	Teamet är inblandat i 15–44 % av in- och utskrivningar på sjukhus	Teamet är inblandat i 45–69 % av in- och utskrivningar på sjukhus	Teamet är inblandat i 70–89 % av in- och utskrivningar på sjukhus	Teamet är inblandat i minst 90 % av in- och utskrivningar på sjukhus

OS12. Kontorsbaserad kanslist

Definition: Teamet har en heltidsanställd kanslist på kontoret som håller i trådarna för det praktiska arbetet och utgör en fast punkt. Kanslisten har två huvuduppgifter: (1) Att hålla ett öga på teamets dagsschema och underlätta kommunikationen mellan medlemmarna på fältet; (2) Att fungera som förbindelselänk mellan brukare, personal och närstående, till exempel genom att visa besökare runt på kontoret och ta emot telefonsamtal.

Motivering: Insatserna i ACT sker framförallt i samhället och teamets arbetsuppgifter kan snabbt förändras i takt med att akuta behov hos brukarna dyker upp. Därför behövs en "spindel i nätet" som samordnar kommunikationen mellan teammedlemmar och brukare.

INFORMATIONSKÄLLOR

Team- översikt	Titta på punkt 2 i bemanningslistan före intervjun med teamledaren.
Direkt- observation	Förmodligen erbjuder bedömningsdagen många tillfällen att prata med en eventuell kanslist. Lägg märke till vad han eller hon gör under dagens lopp.
Intervju med teamledare	<p>Finns det någon på kontoret under dagtid? Vilken funktion fyller den personen i teamet? [Ta reda på om personen utför de två huvuduppgifterna genom att till exempel fråga:] <i>Fungerar han eller hon som förbindelselänk mellan personal, brukare och deras närstående? Hjälper han eller hon medlemmarna i teamet att hålla kontakt med varandra?</i></p> <p>[Om det saknas en heltidsanställd kanslist på kontoret, fråga:] Hur många timmar per dag i veckan finns det någon som fyller den här funktionen?</p> <p>Har ni en viss person i teamet som alltid fungerar som kanslist eller turas ni om med den uppgiften? [Om den växlar mellan olika teammedlemmar:] <i>Hur många personer delar på den här uppgiften varje dag? Hur utbyter de information med varandra?</i></p> <p>[Om det finns en anställd kanslist, fråga:] Brukar personen vara med på teammötet? [Om ja:] <i>Hur ofta och vilken betydelse har det?</i></p> <p>[Om nej:] Informerar ni kanslisten om vad som framkommit på teammötet?</p>

RIKTLINJER

Anvisning	<ul style="list-style-type: none"> För att HELT uppfylla kriterierna för båda uppgifterna måste kanslisten närvara på det dagliga teammötet. Detta för att kunna hålla sig à jour med uppdateringar. Om teamet indirekt vidarebefordrar nyheter när det gäller tidsplanering etc. till kanslisten kan poängen högst bli en 4:a. Rollen som kanslist kan rotera mellan teammedlemmarna, <u>men högst mellan två personer</u> per dag. <u>Om två eller flera personer delar på rollen</u>, utgå från den som utför uppgifterna största delen av tiden. Kanslisten ska alltid befinna sig på kontoret. Kanslisten ska uppfatta sina uppgifter som primära, inte som sekundära till andra administrativa sysslor. Räkna inte en kanslist som är formellt anställd men har varit tjänstledig i minst tre månader. 				
Anteckningar:					
OS12. Kontorsbaserad kanslist	1	2	3	4	5
	Kanslist på mindre än 50 % <u>eller</u> kanslist på heltid som inte utför någon av uppgifterna	Kanslist på 50–74 % som DELVIS utför båda uppgifterna <u>eller</u> kanslist på heltid som utför en av uppgifterna	Kanslist på 75–99 % som DELVIS utför båda uppgifterna	Kanslist på heltid som DELVIS utför båda uppgifterna	Kanslist på heltid som HELT utför båda uppgifterna

Grundbemanning (CT)

CT1. Teamledare

Definition: Teamet har en heltidsanställd ledare som ägnar all sin arbetstid (det vill säga 40 timmar i veckan) åt att förestå och vägleda gruppen. Personen har inga förpliktelser eller uppdrag i andra program. Teamledaren har minst en masterexamen i socialt arbete, psykologi, psykiatrisk rehabilitering eller annat närliggande område. Han eller hon övertar inga specialuppgifter i teamet som inkräktar på rollen som ledare.

Motivering: Den här nyckelpositionen i teamet kräver hundraprocentig uppslutning till ACT-arbetet.

INFORMATIONSKÄLLOR

Teamöversikt	Titta på punkt 2 angående teamledarens utbildningsbakgrund, examina, specialkurser och erfarenheter av att ha arbetat med den här populationen.
---------------------	---

RIKTLINJER

Anvisning	<p>Utnyttja <i>Teamöversikten</i> som hjälp vid skattningen. Fråga teamledaren om oklarheter eller motsägelsefulla uppgifter.</p> <p>Tjänsten som teamledare ska innehas av en enda person. <u>Minimala kvalifikationer:</u> Masterexamen i socialt arbete, psykologi, psykiatrisk rehabilitering eller närliggande område. Erfarenhet av minst tre års arbete med individer med allvarlig psykisk sjukdom.</p> <p><u>Heltid i ACT-teamet:</u> Ambitionen är att ledaren ska ägna 40 timmar i veckan åt att förestå teamet och inte splittra sin arbetstid på åtaganden som ligger utanför ACT. Undersök om det ingår "bredvidsysslor" i teamledarens tjänst och i så fall i vilken utsträckning.</p> <p>Om ledaren har övertagit andra medlemmars specialuppgifter på grund av personalbrist (till exempel sköter missbruksgruppen), ta ställning till om och hur det påverkar tiden för ledarskap.</p> <p>Räkna inte en teamledare som är formellt anställd men har varit tjänstledig i minst tre månader.</p>
------------------	--

Anteckningar:

	1	2	3	4	5
CT1. Teamledare	Ledare som arbetar med teamet på mindre än 25 % <u>eller</u> mindre än heltid och inte uppfyller behörighetskraven	Ledare som arbetar med teamet på 25–74 % och uppfyller behörighetskraven	Ledare som arbetar med teamet på heltid men inte uppfyller behörighetskraven	Ledare som arbetar med teamet på 75–99 % och uppfyller behörighetskraven	Ledare som arbetar med teamet på heltid och uppfyller behörighetskraven

CT2. Teamledaren är praktiserande behandlare

Definition: Förutom att administrativt leda teamet har teamledaren följande uppgifter: (1) Arbeta direkt med brukarna (2) Handleda personalen kliniskt.

Motivering: Forskningen har visat att teamledare som arbetar kliniskt leder till bättre resultat för klienterna.³ Man har också funnit att handledning är ett viktigt moment för att personalen ska tillägna sig evidensbaserade metoder. Teamledare som själva har direktkontakt med brukarna är bättre rustade att föreslå lämpliga insatser, agera som förebilder och att anpassa handledningen efter hur verkligheten ser ut.

INFORMATIONSKÄLLOR

Teamöversikt	Utgå från svaret på fråga 6 (om hur många timmar per månad teamledaren ägnar sig åt direkta brukarkontakter).
Tidsdokument över insatser	På vissa ställen bokför personalen antalet vårdtimmar per månad. Om så är fallet, be att få titta på dokumentationen från den senaste kalendermånaden.
Handledningsprotokoll	Undersök hur handledningen dokumenteras, inklusive tidigare önskelistor från personalen om vilka ämnen eller områden de vill ha hjälp med.
Intervju med teamledare	<p>Berätta för mig hur det går till när du handleder personalen. Hur ofta gör du det? Hur länge brukar ni hålla på varje gång? [Ta reda på hur mycket tid som ägnas åt kortvarig rådgivning som sker i stunden och inplanerad handledning som sker på bestämda tider.]</p> <p>Vilka två personer i teamet handleder du mest? Hur ser handledningen ut för dem? Var äger den rum? Är den schemalagd? Hur ofta sker den? Handleder du dem tillsammans eller var för sig? [Ta reda på innehållet i den handledningen. Utforska också om teamledaren har en övergripande handledningsplan för hela personalen genom att till exempel fråga:] Hur ser du till att teammedlemmarna får den vägledning och coachning som de behöver och önskar?</p>
Intervju med behandlare	Vilken typ av handledning brukar du få av teamledaren? Vad går den ut på? Hjälper den dig?

³ McGrew, J. H., & Bond, G. R. (1997). The association between program characteristics and service delivery in assertive community treatment. *Administration and Policy in Mental Health*, 25(2), 175–189.

RIKTLINJER

Inkludera

Skatta direkta brukarkontakter

Tid åt brukarkontakter kan innebära:

- Att träffa brukare och/eller deras närstående, antingen ensam eller tillsammans med andra medlemmar i teamet
- Att prata i telefon med brukare och/eller deras närstående
- Att närvara på behandlingsmöten
- Att delta i bedömningar.

Observera! Det är inte säkert att väldigt många timmar ägnade åt brukarkontakter (till exempel fler än 16 timmar per vecka) automatiskt speglar den bästa praktiken. Risken finns att teamledaren i första hand fungerar som behandlare, på bekostnad av rollen som chef, organisatör och handledare.

Skatta handledning

Utgå från hur ofta och vilken typ av konsultation teamledaren ger till de två medlemmar i teamet som får mest handledning. Om de får handledning en gång i veckan, var för sig eller tillsammans, ger det full poäng.

- Alla teammedlemmar bör regelbundet få handledning, individuellt eller i grupp.
- Om det finns en biträdande teamledare delegeras inte ansvaret för handledningen till den personen.

Handledning kan innebära

- möten i grupp eller individuellt för att resonera om enskilda kliniska fall
- handledning på fältet (till exempel följa med på brukarbesök för att lära ut och visa olika tekniker och ge återkoppling på färdigheter)
- läsa igenom och ge respons på innehållet i dokumentationen (till exempel kvaliteten på bedömningar, behandlingsplaner och journalanteckningar)
- didaktisk undervisning och träning
- individuell handledning på kontoret (som antingen är oplanerad men pågår i minst 20 minuter eller är planerad)
- vägledning på dagliga teammöten, men om det är enda tillfället för handledning blir poängen på den här uppgiften högst en 3:a.

Exkludera

Bortse från spontana möten i korridoren av typen "Kan jag snabbt få ett råd i den här frågan?" Även om sådana konsultationer är ovärderliga är de svåra att mäta på ett tillförlitligt sätt. Och förhoppningsvis äger de rum ändå. Här handlar det om att bedöma mer formella handledningstillfällen. Räkna inte heller med om teamledaren har "drop in-service" för handledning en gång i veckan.

Tabell 5. Teamledarens uppgifter: Direkta brukarkontakter och klinisk handledning

Förekomst	Direkta brukarkontakter	Klinisk handledning
Hög	Minst 8 timmar i veckan	Handledning (i grupp eller individuellt) <u>varje vecka</u> till de två medlemmar i teamet som får mest handledning
Måttlig	4,0–7,9 timmar i veckan	Handledning (i grupp eller individuellt) <u>varannan till var tredje vecka</u> till de två medlemmar i teamet som får mest handledning
Låg	Mindre än 4 timmar i veckan	Handledning (i grupp eller individuellt) mer sällan än <u>var tredje vecka</u> till de två medlemmar i teamet som får mest handledning

Anteckningar:

	1	2	3	4	5
CT2. Teamledaren är praktiserande behandlare	Teamledaren fungerar enbart som backup vid brukarinsatser och ger ingen handledning	Låg förekomst av båda uppgifterna	Måttlig förekomst av båda uppgifterna <u>eller</u> måttlig förekomst av den ena uppgiften och låg förekomst av den andra	Måttlig förekomst av den ena uppgiften och hög förekomst av den andra	Hög förekomst av båda uppgifterna

CT3. Psykiater

Definition: Team med 100 brukare har en psykiater som ägnar minst 80 % av sin arbetstid åt ACT. Behörighetskrav: (1) Auktorisation att förskriva läkemedel (2) Specialisering i psykiatri (3) Erfarenheter av att ha arbetat med människor med allvarlig psykisk sjukdom.

Motivering: Alla team behöver tillgång till psykiatrisk expertis för att kunna fullfölja nödvändiga behandlingar. För team som har hand om 100 brukare innebär det en psykiater på minst 32 timmar i veckan och för team som har hand om 50 brukare en psykiater på minst 16 timmar i veckan.

INFORMATIONSKÄLLOR

Team-översikt	Hänvisa till punkt 2 i <i>Teamöversikten</i> (i bemanningslistan)
Intervju med teamledare	<p><i>Du har uppgett att ni har X antal timmar i veckan med en psykiater. Har psykiatern andra klienter som inte tillhör ACT-teamet? [Om ja:] Ingår tiden med dem i det här antalet timmar?</i></p> <p>[Om teamet har <u>två psykiatrer:</u>] <i>Arbetar varje psykiater med sina egna klienter eller har båda hand om alla tillsammans?</i></p> <p>Om brukarna är uppdelade på två psykiatrer: <i>Hur får de reda på vad som händer med varje brukare? Hur går kommunikation till mellan dem?</i> [Utforska på vilket sätt de överför information till varandra, hur ofta och vad informationen innehåller.]</p>

RIKTLINJER

Anvisning	<ul style="list-style-type: none">• Räkna inte en psykiater som formellt är anställd av teamet men har varit tjänstledig i minst tre månader.• Om tre eller flera psykiatrer finns med i bilden, räkna bara de två som arbetar flest timmar med teamet.• <u>Om två psykiatrer tillsammans arbetar minst 60 % med teamet</u> krävs att de uppfyller följande kriterier för att poängen ska bli 4 eller 5:<ul style="list-style-type: none">• De får en 3:a eller mer på CT4• Det framkommer att kommunikationen och samarbetet dem emellan fungerar bra (till exempel att de träffas regelbundet för att prata om speciella fall och bekymmer).
------------------	---

	Observera! Precis som vid alla punkter i skalan ska bedömningen grunda sig på de mest tillförlitliga bevisen. Om brukare och behandlare uppger att psykiatern sällan är tillgänglig för konsultation, trots att han på papperet lägger 80 % av sin arbetstid på ett team med 100 brukare, kan det vara lämpligt med en lägre poäng. För team med högst 50 brukare är det bara tillåtet med en psykiater. Om det finns flera, räkna den som arbetar flest timmar.
Formel	$[Anställningsprocent \times 100 / \text{antal brukare för närvarande}] = \text{Psykiatertid för 100 brukare}$
Exempel	Team Väst har 50 brukare och en psykiater på 15 %. Team Söder har 100 brukare och en psykiater på 50 %. Väst: $[15 \% \times 100 / 50] = \text{psykiatertid på } 30 \% \rightarrow \text{poängen blir en 2:a}$ Söder: $[50 \% \times 100 / 100] = \text{psykiatertid på } 50 \% \rightarrow \text{poängen blir en 3:a}$

	1	2	3	4	5
CT3. Psykiater	En psykiater som uppfyller behörighetskraven och arbetar mindre än 20 % med 100 brukare <u>eller</u> arbetar mindre än 80 % och inte uppfyller behörighetskraven	En psykiater som arbetar 20–30 % med 100 brukare <u>eller</u> två psykiatrer som arbetar 20–50 % med 100 brukare. Alla uppfyller behörighetskraven	En psykiater som uppfyller behörighetskraven och arbetar 40–50 % med 100 brukare <u>eller</u> två psykiatrer som uppfyller behörighetskraven och arbetar 60 % men får lägre än en 3:a på CT4 och/eller kommunicerar bristfälligt med varandra	En psykiater som uppfyller behörighetskraven och arbetar 60–79 % med 100 brukare <u>eller</u> två psykiatrer som uppfyller behörighetskraven får minst en 3:a på CT4 och kommunicerar väl med varandra	En psykiater som uppfyller behörighetskraven och arbetar minst 80 % med 100 brukare <u>eller</u> två psykiatrer som uppfyller behörighetskraven får minst en 3:a på CT4 och kommunicerar väl med varandra

CT4. Psykiaterns roll (i behandlingen)

Definition: Förutom att sköta psykofarmakaterapin har psykiatern sex uppgifter i behandlingen: (1) Bedöma brukarnas symtom och respons på medicinerna varje månad, inklusive biverkningar (2) Ge korttidsterapi (3) Utbilda brukarna om deras läkemedel (4) Övervaka brukarnas fysiska sjukdomar och hälsoproblem (5) Ha direktkontakt med avdelningsläkaren vid inläggning på sjukhus (6) Besöka brukare hemma och i samhället.

Motivering: Psykiatern har det övergripande medicinska ansvaret, går i spetsen för alla insatser av psykiatrisk karaktär och övervakar brukarnas hälsa, somatiska tillstånd och mediciner för kroppsliga besvär.

INFORMATIONSKÄLLOR

Journalgenomgång	Ta stickprov från tio slumpmässigt utvalda journaler.
Intervju med psykiater	<p><i>Vilka uppgifter har du när det gäller behandlingen?</i> [Fråga efter de sex i definitionen.]</p> <p><i>Tycker du att någon av dina uppgifter är utmanande eller svår att hinna med? I så fall, vilken?</i></p> <p><i>Skulle du ha nytta av mer träning eller utbildning på något område för att kunna göra ett bättre jobb? I så fall, vad skulle du vilja lära dig mer om?</i></p>
Intervju med sjuksköterska	<p><i>Vilka uppgifter har psykiatern/psykiatrerna i behandlingen?</i></p> <p><i>Hur gör teamet för att ta hand om brukarnas somatiska besvär och icke-psykiatriska mediciner?</i></p> <p><i>Om en brukare blir inlagd på psykiatrisk klinik, hur kommunicerar psykiatern med läkaren på vårdavdelningen?</i></p>
Intervju med behandlare	<p><i>Vilka är psykiaterns uppgifter i behandlingen? Vad gör han eller hon?</i></p> <p><i>Hur ofta ser du att psykiatern lämnar kontoret för att träffa brukare hemma eller ute på stan?</i></p>

<p>Intervju med brukare</p>	<p><i>Tycker du att (namn på psykiatern) hjälper dig att hantera din sjukdom? På vilket sätt? Hur fungerar samarbetet mellan er, tycker du?</i></p> <p><i>Är det något du skulle vilja förändra när det gäller ert samarbete eller behandlingen? I så fall, vad?</i></p>
<p>RIKTLINJER</p>	
<p>Anvisning</p>	<p>Om det finns två psykiater: Basera bedömningen på den psykiater som utför <u>minst</u> antal uppgifter. Ett exempel: Om en av dem utför alla sex uppgifterna men den andra bara tre stycken, blir poängen en 2:a.</p> <p>Använd tabell 6 som skattningshjälp.</p>

<p>Tabell 6. Psykiaterns roll (i behandlingen)⁴</p>	
<p>Uppgifter</p>	<p>Vägledning & Exempel</p>
<p>(1) Bedöma brukarnas symptom och respons på medicinerna varje månad, inklusive biverkningar</p>	<p>Observera! Hur ofta bedömningen sker ska vara flexibelt och anpassat efter den enskildes behov och målen i behandlingsplanen. Dock finns vissa minimikrav som bör uppfyllas: <u>cirka 70 % av brukarna ska bedömas en gång i månaden och ingen mer sällan än var tredje månad.</u></p>
<p>(2) Ge korttidsterapi</p>	<p>Exempel på inslag i terapin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtal för att klargöra individens föreställningar och känslor om sina symptom, sin psykiska sjukdom, medicineringen och upplevelsen av "kemisk kontroll" • Kognitiv omstrukturering • Problemlösning • Rollspel • Utforskning av för- och nackdelar med olika förhållningssätt

⁴ Allness, D.J., & Knoedler, W. H. (2003). A manual for ACT start-up: Based on the PACT model of community treatment for persons with severe and persistent mental illnesses. Arlington, VA: NAMI.

Tabell 6. Psykiaterns roll (i behandlingen)⁴

Uppgifter	Vägledning & Exempel
	<ul style="list-style-type: none"> • Exponering • Avslappningsövningar • Planering av trevliga fritidsaktiviteter
(3) Utbilda brukare om deras läkemedel	<p>Psykiatern sitter ner tillsammans med varje brukare för att prata om de psykotropa medel som ordinerats, inklusive:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förväntade fördelar • Eventuella biverkningar • Detaljer om hur läkemedlen ska intas • Vad följsamhet innebär, vilka hinder som finns på det området och hur samarbetet ska kunna förbättras <p>Psykiatern använder inga facktermer utan ett språk som individen förstår.</p>
(4) Övervaka brukarens fysiska sjukdomar och hälsoproblem	Psykiatern har uppsikt över och organiserar det totala medicinska omhändertagandet av brukaren.
(5) Ha direktkontakt med avdelningsläkaren vid inläggning på sjukhus	När brukaren blir inlagd på psykiatrisk klinik kontaktar psykiatern avdelningsläkaren för att prata om omständigheterna kring inläggningen, sjukdomshistoria, aktuell medicinering och ACT-teamets planer för framtiden.
(6) Besöka brukare hemma och i samhället	Uppskattningsvis tillbringar psykiatern i ett nystartat team <u>minst halva</u> sin arbetstid i samhället, dels för att fungera som rollförebild för de andra i teamet och dels för att lättare kunna fånga upp brukare som är skeptiska till ACT. I team som är mer väletablerade (det vill säga har funnits i mer än två år) uppskattas psykiatern tillbringa <u>minst en tredjedel</u> av sin arbetstid i samhället (Knoedler [via Studer], 5/8 2010, personligt samtal).

	1	2	3	4	5
CT4. Psykiaterns roll (i behandlingen)	Psykiatern utför högst två av uppgifterna	Psykiatern utför tre till fyra av uppgifterna	Psykiatern utför fyra av uppgifterna, varav en är nr 1 eller fem av uppgifterna (nr 2–6)	Psykiatern utför fem av uppgifterna, varav en är nr 1	Psykiatern utför alla sex uppgifterna

CT5. Psykiaterns roll (inom teamet)

Definition: Psykiatern har sex uppgifter inom teamet: (1) Leda de psykiatriska insatserna och ge handledning om sådana frågor (2) Undervisa den personal som inte är sjukvårdsutbildad om mediciner och deras biverkningar (3) Delta i de flesta behandlingsmöten (4) Närvara på dagliga teammöten, i proportion till anställningsgraden (5) Samarbeta aktivt med sjuksköterskorna (6) Ha beredskap efter stängningsdags och under helger.

Motivering: Psykiatern är den medicinskt ansvarige i teamet men fungerar också som en fullvärdig medlem som regelbundet deltar i nödvändiga möten för att orientera om och vägleda behandlingen.

INFORMATIONSKÄLLOR

Intervju med teamledare	Vad gör psykiatern i teamet mer än att utföra sina specialuppgifter som läkare? [Fråga efter de sex uppgifter som ingår.]
-------------------------	--

Intervju med psykiater	Hur ser du på din roll som medlem i teamet? Vad gör du i den rollen? Brukar du gå på dagliga teammöten? Behandlingsmöten? [Fråga vidare om rollen som kunskapsförmedlare, konsult i psykiatriska frågor och så vidare.]
------------------------	--

[Om det finns två psykiatrer:] **Hur ser du till att klinisk information överförs till din kollega?**

[Utforska om de har en konkret strategi för att utbyta information med varandra, till exempel bestämda möten vissa tidpunkter eller veckodagar.]

Intervju med behandlare	Hur ofta kommer psykiatern på era dagliga teammöten?
-------------------------	---

Hur ofta kommer han eller hon på behandlingsmötena?

Brukar psykiatern prata med er om brukarnas behov av mediciner eller nuvarande medicinering?

Tycker du att psykiatern är lättillgänglig eller svår att få tag på? Hur gör ni för att nå honom eller henne när det behövs? Kan ni vända er till psykiatern vid brådskande ärenden på helger och efter stängningsdags?

RIKTLINJER**Anvisning**

Använd intervjuerna med teamledare och behandlare som primära informationskällor.

	1	2	3	4	5
CT5. Psykiaterns roll (inom teamet)	Psykiatern utför högst två av uppgifterna	Psykiatern utför tre av uppgifterna	Psykiatern utför fyra av uppgifterna	Psykiatern utför fem av uppgifterna. Om det finns två psykiatrer utför en av dem fem uppgifter och de har en strategi för att regelbundet utbyta information med varandra	Psykiatern utför alla sex uppgifterna. Om det finns två psykiatrer utför en av dem sex uppgifter och de har en strategi för att regelbundet utbyta information med varandra

CT6. Sjuksköterskor

Definition: Det finns minst 2,85 heltidsanställda sjuksköterskor i ett team med hundra brukare.

Motivering: Forskningen har visat att sjuksköterskor är viktiga för att ACT-programmet ska bli framgångsrikt. Att de ingår i teamet är förknippat med bättre resultat för brukarna.⁵

INFORMATIONSKÄLLOR

Teamöversikt Utgå från svaret på punkt 2 (i bemanningslistan)

RIKTLINJER

Anvisning

- Ta reda på om sjuksköterskorna ägnar en del av sin arbetstid åt uppdrag eller förpliktelser som inte hör till ACT. Räkna i så fall bort de timmarna.
- Helst bör alla sjuksköterskor ha vidareutbildning i psykiatri, men också grundutbildade sjuksköterskor kan komma i fråga.
- Mentalskötare och undersköterskor räknas till kategorin "behandlare".
- Räkna inte en sjuksköterska som formellt är anställd av teamet men har varit tjänstledig i minst tre månader.

Formel (Antal heltidsanställningar x 100)
(antal brukare för närvarande)

	1	2	3	4	5
CT6. Sjuksköterskor	Mindre än 0,5 heltidsanställda sjuksköterskor per 100 brukare	0,50–1,40 heltidsanställda sjuksköterskor per 100 brukare	1,41–2,10 heltidsanställda sjuksköterskor per 100 brukare	2,11–2,84 heltidsanställda sjuksköterskor per 100 brukare	Minst 2,85 heltidsanställda sjuksköterskor per 100 brukare

⁵ McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen, L. et al. (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 670–678.

CT7. Sjuksköterskornas roll

Definition: Sjuksköterskorna ska ha tidigare erfarenheter av att ha arbetat med individer med psykisk sjukdom. De har sex huvuduppgifter i teamet (i samarbete med psykiatern):

(1) Administrera, dokumentera och genomföra läkemedelsbehandlingen (2) Undersöka brukarnas hälsoproblem och eventuella läkemedelsbiverkningar (3) Länka brukarna till vårdcentraler, tandläkare etc. (4) Syssla med hälsoförebyggande åtgärder (det vill säga bedöma riskbeteenden och lära ut tekniker för beteendeförändring) (5) Undervisa övriga teammedlemmar om hur de kan utvärdera psykiatriska symptom och läkemedelsbiverkningar (6) Hjälpa brukare som tackat ja till psykofarmaka att följa ordinationen, till exempel genom dagliga snabbesök i hemmet eller genom påminnelser via telefon.

Motivering: Som nämnts tidigare (se CT 6) är sjuksköterskor en viktig yrkesgrupp i ACT. Skälet är att de spelar en nyckelroll både som förmedlare av direkta brukarinsatser och som utbildare av personalen. Deras breda yrkesbakgrund gör att de kan fånga upp såväl individens hälsoproblem som svårigheter i anknytning till den psykiska sjukdomen.

INFORMATIONSKÄLLOR

Journal-genomgång	Gå igenom daganteckningar i journalerna.
Intervju med teamledare	<p><i>Vilka uppgifter har sjuksköterskorna i teamet?</i></p> <p><i>Är de lätta att få tag på?</i></p> <p><i>Har de andra arbetsuppgifter utanför ACT-teamet?</i></p>
Intervju med sjuksköterska	<p><i>Beskriv din roll i teamet. Vad gör du under en vanlig arbetsdag?</i> [Fråga efter huvuduppgifterna i definitionen.]</p> <p><i>Kan du nämna en strategi eller ett förhållningssätt som du har använt för att hjälpa en brukare att sköta sin medicinering på egen hand?</i></p>

	<p><i>Tycker du att någon av dina uppgifter är utmanande eller svår att hinna med? I så fall, vilken?</i></p> <p><i>Skulle du ha nytta av mer träning eller utbildning på något område för att kunna göra ett bättre jobb? I så fall, vad skulle du vilja lära dig mer om?</i></p>
Intervju med behandlare	<i>Händer det att sjuksköterskorna pratar med dig om hur man lägger märke till psykiatriska symptom och biverkningar av medicinerna? Hur ofta händer det i genomsnitt?</i>
Intervju med brukare	<i>Träffar du (namn på sjuksköterskan) någon gång? Vad brukar ni göra när ni träffas?</i>
RIKTLINJER	
Anvisning	Använd intervjuerna med teamledare och sjuksköterska som <u>primära</u> informationskällor och komplettera med journalanteckningarna.
Anteckningar:	

	1	2	3	4	5
CT7. Sjuksköterskornas roll	Sjuksköterskorna utför högst två av uppgifterna	Sjuksköterskorna utför tre av uppgifterna, däribland nr 1	Sjuksköterskorna utför fyra av uppgifterna, däribland nr 1–3	Sjuksköterskorna utför fem av uppgifterna, däribland nr 1–3	Sjuksköterskorna utför alla sex uppgifterna

Specialistbemanning (ST)

ST1. Missbruksspecialist

Definition: Teamet har minst en heltidsanställd person som har utbildning för att behandla individer med missbruk, beroendesjukdomar eller dubbla diagnoser. Helst har personen utbildning i och erfarenheter av integrerad dubbeldiagnosbehandling.

Motivering: Det är vanligt att människor med allvarlig psykisk sjukdom samtidigt missbrukar alkohol eller narkotika, eller både och. För att kunna kartlägga förekomsten av missbruksproblem och utveckla lämpliga behandlingsstrategier måste det finnas en kompetent person som leder det arbetet.

INFORMATIONSKÄLLOR

Teamöversikt

Titta på punkt 2 (i bemanningslistan) om anställningsgrad och kvalifikationer.

Jämför med EP1 (Ansvar för dubbel- diagnosbehandling)

Jämför skattningen av punkt EP1 i programtrohetsskalan när missbruksspecialisten rapporterar att han eller hon ägnar 50–80 procent av sin arbetstid åt uppgifter som rör behandlingen av missbrukare men resten av tiden åt andra frågor.

Intervju med missbruksspecialist

Kan du vara snäll och berätta om din yrkesbakgrund. Vilken utbildning har du? Har du arbetat med individer som har dubbeldiagnos tidigare?

Hur stor del av din arbetstid sysslar du med arbetsuppgifter som rör missbruksbehandling? [Ta med insatser som vänder sig till brukare, närstående, medlemmar i teamet, dokumentation och så vidare.]

Är det någon annan i teamet som hjälper till att bedöma förekomsten av ett missbruk och hur ni ska komma till rätta med det? [Om ja:] *Hur ofta hjälper den personen till och vilka kvalifikationer har han eller hon?*

RIKTLINJER	
Inkludera	<ul style="list-style-type: none"> Om det finns två missbruksspecialister: Ta reda på hur många procent av arbetstiden som var och en ägnar åt missbruksfrågor och summera siffrorna.
Exkludera	<ul style="list-style-type: none"> Räkna inte en missbruksspecialist som formellt är anställd av teamet men har varit tjänstledig i minst tre månader.
Anvisning	<p>För att uppfylla behörighetskraven krävs att personen har genomgått en högskoleutbildning i behandlingen av individer med missbruk eller samsjuklighet. Utbildningen ska motsvara minst en kandidatexamen. Helst ska personen tidigare ha arbetat med dubbeldiagnosbehandling.</p> <p>1. För att ge full poäng krävs att personen är heltidsanställd och berättar (eller det framgår av andra informationskällor) att han eller hon ägnar minst 80 procent av sin arbetstid åt aktiviteter som är relaterade till missbruk. Även en lägre procentandel av arbetstiden kan ge full kredit om skattningen av EP1 visar att andra medlemmar i teamet också ansvarar för att ge insatser på det här området. Om teamet får en 5:a på EP1 räcker det med att missbruksspecialisten ägnar halva sin arbetstid (det vill säga 50 procent) åt missbruksrelaterade uppgifter. Om teamet får en 4:a på EP1 är motsvarande siffra 65 procent.</p>

	1	2	3	4	5
ST1. Missbruksspecialist	Behörig specialist anställd på mindre än 25 % <u>eller</u> obehörig specialist anställd på mindre än 75 %	Behörig specialist anställd på 25–49 %	Behörig specialist anställd på 50–74 % <u>eller</u> obehörig specialist anställd på 75–100 %	Behörig specialist som är anställd på heltid, ägnar 65 % av sin arbetstid åt missbruksfrågor och skattningen av EP1 är en 4:a <u>eller</u> behörig specialist anställd på 75–99 % som ägnar minst 80 % av sin arbetstid åt missbruksfrågor	Behörig specialist som är anställd på heltid och ägnar minst 80 % av sin arbetstid åt missbruksfrågor <u>eller</u> behörig specialist som ägnar 50 % av sin arbetstid åt missbruksfrågor och skattningen av EP1 är en 5:a

- Observera! Om teamet saknar en missbruksspecialist, bedöm den här punkten som en 1:a.

ST2. Missbruksspecialistens roll (i behandlingen)

Definition: Specialisten ger integrerad dubbeldiagnosbehandling (IDDT) till brukare som har missbruksproblem eller beroendesjukdomar. Insatserna innebär: (1) Att bedöma sambandet mellan individens droganvändning och psykiska hälsa (2) Att utvärdera och följa upp de olika stadierna i individens förändringsprocess och anpassa interventionerna efter det (3) Att söka upp individen för att engagera honom eller henne via motiverande samtal (4) Att använda KBT-strategier och arbeta för att förebygga återfall (5) Att utnyttja ett förhållningssätt som stämmer överens med var individen befinner sig i sin förändringsprocess.

Motivering: Individer som har en psykisk sjukdom och samtidigt missbrukar alkohol eller narkotika eller både och, har störst nytta av en icke-konfronterande behandling som sker stegvis, bygger på personens beredskap att förändras och fokuserar på hur missbruket påverkar den psykiska hälsan.

INFORMATIONSKÄLLOR

Journal- genomgång	Kontrollera hur vanligt det är att teamet undersöker alla brukares droganvändning. I de fall när anteckningarna vittnar om att en individ har missbruksproblem: <ul style="list-style-type: none">• När gör missbruksspecialisten den första bedömningen och hur ofta uppdateras de?• Vilka insatser som rör missbruket står i behandlingsplanen?• Dokumenterar teamet var brukaren befinner sig i förändringsprocessen och anpassar insatserna efter det?
Excelblad (Kolumn B)	Välj slumpmässigt ut fyra brukare som representerar de fyra olika stadierna i förändringsprocessen. Fråga missbruksspecialisten varför de placerats i just det stadiet och be om exempel på vilka interventioner som används.
Intervju med teamledare	<i>Hur identifierar ni brukare som behöver missbruksbehandling? Vilka insatser erbjuder ni dem?</i> <i>Vilka uppgifter har missbruksspecialisten när det gäller att ta hand om individer med dubbeldiagnos? Leder han eller hon någon grupp för missbrukare?</i>

Intervju med missbruks-specialist

Berätta om din filosofi när det gäller att behandla individer med dubbeldiagnos. Vilka idéer eller utgångspunkter styr ditt arbete? [Försök att ringa in vissa aspekter genom frågor som till exempel:] *Vad tycker du är målsättningen för individer som missbrukar?* [Utforska om tyngdpunkten ligger på total avhållsamhet, skademinskning eller både och.]

Vad gör du med någon som inte erkänner att han eller hon har missbruksproblem?

Hur går du vidare med någon som har slutat missbruka aktivt?

Vad gör du med någon som säger "Tja, jag skulle kanske dricka mindre, jag är beredd att testa"?

Finns det omständigheter som gör att du inte skulle arbeta med någon därför att han eller hon missbrukar aktivt?

Händer det att du konfronterar någon med hans eller hennes missbruk?

Brukar du och brukarna tillsammans utforska för- och nackdelar med att använda droger?

Vilken typ av bedömningar använder du?

[Jämför svaren på frågorna med bedömningsrapporter från journalerna. Lyssna på vad som sägs på det dagliga teammötet för att få exempel på vilka interventioner som används i de olika stadierna av förändringsprocessen. Ta ställning till om interventionerna stämmer med vad som är lämpligt för respektive stadium. Använder teamet uppsökande verksamhet och motiverande samtal för brukare som är i de tidiga stadierna? Använder teamet KBT-metoder och inriktar sig på att förebygga återfall för brukare i de senare stadierna?]

[Utgå också från uppgifter från Excelbladet (kolumn B) om teamet har dokumenterat hur långt enskilda brukare har kommit i förändringsprocessen. Välj slumpmässigt ut en person från varje stadium och be missbruksspecialisten att vidareutveckla sitt resonemang om vad han eller hon gör i det fallet.]

	<p>Vilket material (t.ex. manualer, arbetsböcker, verktygslåda för IDDT) använder du som hjälpmedel för att behandla brukare individuellt och i grupp?</p> <p>Uppmuntrar du brukare att ordna självhjälpgrupper? Berätta mer om det, är du snäll.</p> <p>Tycker du att någon av dina uppgifter är utmanande eller svår att hinna med? I så fall, vilken?</p> <p>Skulle du ha nytta av mer utbildning eller träning på något område för att kunna göra ett bättre jobb? I så fall, vad skulle du vilja lära dig mer om?</p>
<p>RIKTLINJER</p>	
<p>Anvisning</p>	<p>Se tabell 8 för att få en överblick över de insatser som förknippas med stadierna i förändringsprocessen.</p> <p>Intervjun med missbruksspecialisten utgör den <u>primära</u> informationskällan.</p> <p>För att få en 5:a krävs att missbruksspecialisten systematiskt gör en screening av alla brukare när det gäller missbruk, och minst en gång om året gör en heltäckande bedömning av de som har problem. Den årliga bedömningen ska precisera individens beredskap att förändras när det gäller alla typer av droger som han eller hon missbrukar. Ett annat krav för högsta poäng är att det ska finnas klara och tydliga tecken på att missbruksspecialisten använder ett brett spektrum av stegvis anpassade insatser, individuellt eller i grupp, eller både och.</p> <p>Obs! Bortse från hur stor andel av individerna som får missbruksbehandling. Det viktiga är insatsernas kvalitet och spännvidd.</p>
<p>Delvis kredit</p>	<p>Kanske utför missbruksspecialisten en av insatserna i dubbeldiagnosbehandlingen till viss del men inte helt och hållet, vilket sänker poängen. Några exempel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insats nr 1: Bedömningsformulären är detaljerade och innehållsrika, men de uppdateras inte regelbundet för alla individer med dubbeldiagnos. • Insats nr 3: Missbruksspecialisten söker upp individer som missbrukar för att skapa en fungerande allians med dem men behärskar inte motiverande samtal.

Tabell 8. Interventioner i stegvis dubbeldiagnosbehandling

Tidiga stadier i förändringsprocessen		Senare stadier i förändringsprocessen	
Prekontemplation	Kontemplation och förberedelse	Genomförande	Befästande
<p>Individen erkänner inte att han eller hon har problem med droger och är inte intresserad av att förändra sin situation.</p> <p>Fokus i behandlingen: Att söka upp, bedöma, engagera och skapa en fungerande allians med individen, oavsett om ett aktivt missbruk pågår eller inte.</p>	<p>Individen erkänner att droganvändningen kan orsaka vissa problem och funderar på att göra något åt saken. I kontemplationsfasen är personen medveten om för- och nackdelar med att använda droger, men är ambivalent till en förändring. I förberedelsefasen planerar personen för en förändring.</p> <p>Fokus i behandlingen: Att undervisa om hur droger påverkar psykisk sjukdom och ringa in för- och nackdelar med att använda dem.</p> <p>Hörnstenen är teknikerna i motiverande samtal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uttrycka empati • Lyssna lyhört genom att spegla vad som sägs • Hjälpa till att sätta upp mål • Utveckla diskrepans mellan mål och droganvändning • Balansera beslutet om förändring genom att diskutera för- och nackdelar med droganvändning • Rulla med motståndet till förändring • Betona det personliga valet 	<p>Individen åtar sig att trappa ned på eller sluta med sitt missbruk.</p> <p>Fokus i behandlingen: Att hjälpa till att genomföra förändringen och hålla fast vid den. Teknikerna omfattar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • KBT • Lära sig hantera sociala miljöer • Lära sig känna igen och klara av "suget" och triggande faktorer • Lära sig koppla av • Lära sig sköta sin ekonomi • Lösa problem för att minska påfrestningar 	<p>Individen har avhållit sig från alkohol och/eller narkotika under minst ett halvår.</p> <p>Fokus i behandlingen: Att behålla drogfriheten/nykterheten. Teknikerna omfattar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utveckla en plan som förebygger återfall • Länka individen till en självhjälpgrupp • Engagera familj och vänner som stöttepelare • Medvetandegöra individen om sin sårbarhet för återfall • Uppmuntra individen att fortsätta sin kamp och att stärka framgången genom att prova på nya områden i livet (t.ex. genom att söka arbete)

	1	2	3	4	5
ST2. Missbruksspecialistens roll (i behandlingen)	Missbruksspecialisten utför ingen eller en av insatserna i dubbeldiagnos-behandlingen	Missbruksspecialisten utför två av insatserna	Missbruksspecialisten utför tre till fyra av insatserna, men upp till två bara DELVIS eller utför alla fem insatserna, men fler än två bara DELVIS	Missbruksspecialisten utför alla fem insatserna, men upp till två av dem bara DELVIS	Missbruksspecialisten utför alla fem insatserna HELT

ST3. Missbruksspecialistens roll (inom teamet)

Definition: Missbruksspecialisten är en nyckelperson när det gäller att planera insatserna för brukare med dubbeldiagnos. Inom teamet har han eller hon följande uppgifter: (1) Bidra med sina expertkunskaper och fungerar som bollplank och konsult (2) Utbilda och träna de övriga medlemmarna i att bedöma och behandla missbruk (3) Delta i alla dagliga teammöten (4) Delta i de behandlingsmöten som gäller brukare med dubbeldiagnos.

Motivering: Missbruksspecialisten påverkar kamraternas sätt att arbeta genom att lära dem grunderna i dubbeldiagnosbehandling.

INFORMATIONSKÄLLOR

Intervju med missbruksspecialist	<p>Hur ofta går du på dagliga teammöten?</p> <p>Brakar du gå på behandlingsmöten? Hur väljer du ut vilka du går på?</p> <p>Händer det att du undervisar dina kamrater om hur man bedömer missbruk och vad som menas med en stegvis behandling? Hur ofta gör du det? Kan du ge exempel på ämnen ni tagit upp?</p> <p>Brakar du ge de andra i teamet tips och råd på tumanhand? Hur ofta söker de upp dig? [Be personen exemplifiera vad en konsultation kan handla om.]</p>
Intervju med behandlare	<p>Hur har ditt arbete med individer som missbrukar påverkats av att det finns en missbruksspecialist i teamet? [Ta reda på om det varit en hjälp eller inte och be personen motivera sitt svar.]</p>

RIKTLINJER	
Frekvens	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning: Har undervisat eller tränat teamet under senaste halvåret. • Konsultation: Vägleder enskilda teammedlemmar minst en gång i månaden. • Dagliga teammöten: Tecken på att missbruksspecialisten deltar i alla dagliga teammöten (förutom när inbokade aktiviteter sätter käppar i hjulet). • Behandlingsmöten: Tecken på att missbruksspecialisten deltar i de flesta behandlingsmöten för brukare med dubbla diagnoser.
Anvisning	Använd intervjun med missbruksspecialisten som <u>primär</u> informationskälla. Jämför svaren med vad behandlaren säger, och ställ följdfrågor till teamledaren vid oklarheter om personens roll i teamet.

	1	2	3	4	5
ST3. Missbruksspecialistens roll (inom teamet)	Missbruksspecialisten utför ingen av de fyra uppgifterna	Missbruksspecialisten utför DELVIS en eller två av uppgifterna	Missbruksspecialisten utför två av uppgifterna	Missbruksspecialisten utför tre av uppgifterna	Missbruksspecialisten utför alla fyra uppgifterna

ST4. Arbetscoach

Definition: Teamet har minst en heltidsanställd arbetscoach som känner till och har erfarenheter av Supported Employment (en modell för arbetsrehabilitering för individer med psykisk funktionsnedsättning som går ut på att ordna konkurrensutsatta arbeten).

Motivering: ACT värnar om att utveckla och stärka brukarnas färdigheter i naturliga miljöer. Därför består ett väletablerat team av en person som hjälper individerna att hitta och behålla ett arbete på öppna arbetsmarknaden.

INFORMATIONSKÄLLOR

Teamöversikt	Titta på punkt 2 (i bemanningslistan) för att få reda på arbetscoachens anställningsgrad och kvalifikationer.
Skatta EP2 (Ansvar för arbetsinriktad rehabilitering)	Bedöm EP2 om det visar sig att arbetscoachen ägnar 65–80 procent av sin arbetstid åt arbetsinriktade aktiviteter, men resten av tiden åt andra uppgifter.
Intervju med arbetscoach	<p><i>Var snäll och berätta om din yrkesbakgrund. Vilken utbildning har du? Har du arbetat med människor med psykisk funktionsnedsättning tidigare?</i></p> <p><i>Arbetar du även med brukare som inte tillhör ACT? [Om ja:] Hur stor del av din arbetstid arbetar du med dem?</i></p> <p><i>Har du fler uppdrag i teamet än att syssla med arbetsinriktade åtgärder?</i></p> <p>[Om ja:] <i>Vilka? Ungefär hur många procent av din arbetstid ägnar du åt andra uppgifter?</i></p> <p>Observera! Var uppmärksam om personen säger att han eller hon ofta får överta andra medlemmars arbetsuppgifter vid personalbrist eller sjukskrivning. I så fall, utred om det inkräktar på rollen som specialist.</p>

RIKTLINJER	
Inkludera	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alla aktiviteter som berör arbetslivet räknas som arbetsinriktade (från att utveckla arbetstillfällen, kontakta presumtiva arbetsgivare och stödja den anställda till att prata med arbetsförmedlare eller dokumentera insatserna). ○ Om teamet har två arbetscoacher: Räkna efter hur många procent av deras arbetstid de tillsammans ägnar åt arbetsinriktade insatser.
Exkludera	<ul style="list-style-type: none"> ○ Räkna inte en arbetscoach som är formellt anställd av teamet men har varit tjänstledig i minst tre månader.
Anvisning	<p>Ta hänsyn till följande saker vid bedömningen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. För att uppfylla behörighetskraven som arbetscoach krävs att personen har arbetat minst ett år med att ge arbetsinriktade insatser åt människor med psykisk funktionsnedsättning. Helst ska personen ha utbildning i och erfarenhet av IPS-modellen (som är en form av Supported Employment som betonar individens preferenser och lägger tonvikten på reguljärt arbete). 2. För att få högsta poäng krävs att arbetscoachen är anställd på heltid och rapporterar (eller om det framgår av andra källor) att han eller hon ägnar minst 80 procent av sin arbetstid åt arbetsinriktade insatser. Om det framkommer att andra teammedlemmar hjälper till att ge arbetsinriktade insatser, det vill säga att poängen blir en 5:a på EP2, räcker det med att arbetscoachen ägnar 65 procent av sin arbetstid åt sitt specialområde.

	1	2	3	4	5
ST4. Arbetscoach	Behörig arbetscoach anställd på 25 % <u>eller</u> obehörig arbetscoach anställd på mindre än 75 %	Behörig arbetscoach anställd på 25–49 %	Behörig arbetscoach anställd på 50–74 % <u>eller</u> obehörig arbetscoach anställd på 75–100 %	Behörig arbetscoach anställd på 75–99 % som ägnar minst 80 % av sin arbetstid åt arbetsinriktade aktiviteter	Minst en behörig arbetscoach anställd på heltid som ägnar minst 80 % av sin arbetstid åt arbetsinriktade aktiviteter <u>eller</u> 65 % om teamet får en 5:a på EP2

- Obs! Om teamet saknar en arbetscoach blir poängen en 1:a.

ST5. Arbetscoachens roll (i rehabiliteringen)

Definition: Arbetscoachens insatser stämmer överens med de idéer som finns i modellen Supported Employment (SE), ibland kallad "Arbete med stöd" på svenska. Insatserna omfattar: (1) engagemang, (2) bedömning, (3) utveckling av arbetstillfällen, (4) placering i arbete (eller på yrkesutbildning eller återgång till studieryrkesutbildning), (5) coachning och uppföljande stöd (också i studiemiljöer) och (6) ekonomisk vägledning.

Alla brukare som vill lönearbeta är välkomna att delta i SE. Det finns inga krav på att personen ska vara "redo" för ett reguljärt arbete (till exempel genom att ha visat prov på punktlighet eller ha arbetstränat i förväg).

Motivering: Arbete utgör en viktig del i återhämtningsprocessen för många brukare. Rollen som löntagare och känslan av att vara en nyttig samhällsmedborgare kan stärka självkänslan och bidra till integrationen. Forskningen har visat att man når bättre resultat i arbetslivet för individerna om man följer tillvägagångssättet i SE.

Arbetscoachens insatser, som speglar nyckelprinciperna i SE, beskrivs i tabell 10.

INFORMATIONSKÄLLOR

Journal-genomgång	<ul style="list-style-type: none">• Titta efter om teamet har uppmärksammat brukarnas intresse av att arbeta. Verkar den frågan vara vanlig? Tillfrågas varje person en enda gång eller vid upprepade tillfällen? Vad tar teamet ställning till vid arbetsbedömningarna?• Vilka arbetsinriktade insatser finns med i behandlingsplanerna? Lägg märke till vilken typ av åtgärd som utförs, hur ofta och hur länge den pågår. <p>Genom att läsa daganteckningar, lyssna på resonemanget under teammötet och ställa följdfrågor kan man få en bild av hur teamet hanterar frågan om lönearbete för brukarna och vilka interventioner de använder.</p>
Excelblad (kolumn G)	Undersök hur många brukare som arbetar reguljärt.
Intervju med teamledare	<p>Vad gör arbetscoachen? [Försök att ta reda på i vilken mån han eller hon genomför de sex insatserna ovan.]</p> <p>Finns det någon policy i teamet eller någon omständighet som gör att en brukare inte kan få Supported Employment? [Ta reda på om det till exempel kan vara ett hinder att individen missbrukar droger, har koncentrationsstörningar eller har "misslyckats" flera gånger på tidigare arbetsplatser.]</p>

Intervju med
arbetscoach

Hur motiverar du brukare att börja fundera på ett arbete?

Hur många brukare arbetar på öppna arbetsmarknaden just nu? [Jämför svaret med Excelbladet.]
Hur många brukare har ett icke-konkurrensutsatt arbete (till exempel ett frivilligarbete, en övergångsanställning eller ett arbete på skyddad verkstad)?

Hur matchar du en individ till ett visst arbete? [Observera om ordvalet signalerar att processen är brukarstyrd.]

Har många brukare har samma arbetsgivare eller arbetsplats? [Om till exempel hälften av alla brukare är anställda i samma företag eller har liknande arbetsuppgifter är det tveksamt om man tagit hänsyn till individernas preferenser.]

Hur går en arbetsbedömning till? Hur avgör du vem som ska bedömas? Vilka formulär använder du? Vilken bakgrundsinformation samlar du in? Hur utnyttjar du informationen sedan? Betraktar du bedömningen som ett redskap i jobbsökandet eller som ett nödvändigt steg som måste tas innan det blir aktuellt att börja arbeta? [I idealfall sker bedömningen fortlöpande och uppdateras efterhand i takt med att individen provar på olika reguljära arbeten. Den första arbetsbedömningen måste inte vara ifylld innan det är dags att ge sig ut i arbetslivet. Be arbetscoachen komma med exempel på syftet med arbetsbedömningen.]

Händer det att du hjälper brukare att börja studera igen eller gå en yrkesutbildning? Hur ställer du dig till någon som vill läsa vidare men inte har suttit i skolbänken på många år? [Be om konkreta exempel.]

Tänk på någon som du har hjälpt att skaffa ett arbete eller återvända till skolan. Hur lång tid tog det från det att du hörde att personen ville arbeta eller studera och planen blev verklighet?

Hur gör du för att utveckla arbetstillfällen? [Ta reda på om arbetscoachen brukar bana väg för arbeten genom att besöka möjliga arbetsgivare och företag.]

Vilken typ av uppföljande stöd ger du? När var senaste gången du coachade någon som arbetar? Vad gjorde du då? Hur går det till när du stödjer någon som studerar?

	<p>Erbjuder du brukarna ekonomisk vägledning? [Be om exempel.]</p> <p>Finns det någon av dina uppgifter som du tycker är krävande eller svår att utföra?</p> <p>Skulle du ha nytta av mer utbildning eller träning på något område för att kunna göra ett bättre jobb? I så fall, vad skulle du vilja lära dig mer om?</p>
Intervju med brukare	<p>Har du arbetat eller studerat under senaste året? Hur är det just nu? På vilket sätt har arbetscoachen hjälpt dig? [Försök att prata med flera brukare och ta reda på vad arbetscoachen har gjort för att uppfylla deras önskemål om att arbeta eller studera. Utforska om tyngdpunkten har legat på att skaffa reguljära arbeten eller inte. Uppmärksamma om brukarna nämner att de skulle vilja arbeta eller studera men att ingen i teamet har frågat dem.]</p>
RIKTLINJER	
Anvisning	<p>Utnyttja intervjun med arbetscoachen som <u>primär</u> informationskälla, komplettera med uppgifter från teamledaren och brukarna och ställ följdfrågor om svaren krockar med varandra. Läs daganteckningar eller veckosammanfattningar om brukare som får SE-insatser.</p>

Tabell 10. Arbetsinriktade insatser enligt SE-modellen

Engagemang	Arbetscoachen väcker brukarnas intresse för att arbeta, stärker deras förhoppningar om att det är möjligt och pekar på fördelarna med att arbeta (att det till exempel innebär en chans att förbättra sin ekonomi eller skaffa sig en meningsfullare tillvaro).
Bedömning	Arbetscoachen samlar information om individens intressen, starka sidor, arbetslivserfarenheter och hur psykiatriska symptom har påverkat tidigare arbeten. Traditionella tester av arbetsförmågan och anställningsbarheten görs inte. I stället ligger fokus på att snabbt söka arbete. Arbetscoachen tar reda på om individen vill berätta om sin psykiska sjukdom för arbetsgivaren eller inte och vilken roll personen vill att arbetscoachen ska spela. Efterhand som brukaren provar på olika arbetstillfällen och får erfarenheter som löntagare uppdateras bedömningen med nya insikter och lärdomar.
Utveckling av arbetstillfällen	Arbetscoachen utvecklar relationer till arbetsgivare i trakten genom att besöka dem, tala om att Supported Employment erbjuder stöd och vägledning till både arbetstagaren och arbetsgivaren, höra sig för om lediga platser och eventuellt lägga ett gott ord för en arbetssökande klient (om personen sagt ja till den hjälpen).
Placering i arbete	Arbetscoachen strävar efter att hitta ett arbete som matchar individens preferenser och starka sidor. Ambitionen är att individen snabbt ska komma ut i arbetslivet så fort han eller hon vill och har sagt till om det. Arbetscoachen hjälper till att fylla i ansökningar, skriva cv:n och förbereda sig för anställningsintervjuer genom rollspel. På motsvarande sätt assisterar arbetscoachen individer som vill fullfölja sina studier (till exempel komplettera sina gymnasiebetyg), omskola sig eller gå en yrkesutbildning.
Coachning och uppföljande stöd	Arbetscoachen följer med till arbetsplatsen för att träna den nyanställde att utföra sina arbetsuppgifter och samspela med arbetskamrater och chefer (om personen sagt ja till den hjälpen). Arbetscoachen fungerar som förbindelseänk mellan arbetstagaren och arbetsgivaren och tar itu med de problem som kan uppstå. Samma hjälp ges till individer som studerar. Stödet och uppbackningen fortsätter så länge brukaren önskar.
Ekonomisk vägledning	Arbetscoachen pratar med individen om hur en arbetsinkomst kommer att påverka hans eller hennes sociala förmåner och bidrag. Samtalet sker på ett tidigt stadium för att hjälpa individen att fatta ett genomtänkt beslut. Det förväntas inte att arbetscoachen vet vilka regler som gäller för alla typer av ersättningar, men han eller hon ska känna till de vanligaste formerna, till exempel sjukpenning och bostadsbidrag. Vid minsta osäkerhet ska arbetscoachen lotsa individen till en specialist på området, till exempel en tjänsteman på försäkringskassan eller socialbyrån, för att räkna ut vad som kommer att hända med privatekonomin.

	1	2	3	4	5
ST5. Arbetscoachens roll (i rehabiliteringen)	Det finns ingen arbetscoach <u>eller</u> arbetscoachen genomför högst två av insatserna	Arbetscoachen genomför tre av insatserna	Arbetscoachen genomför fyra till fem av insatserna, men upp till tre av dem bara DELVIS <u>eller</u> genomför alla sex insatserna, men fler än tre av dem bara DELVIS	Arbetscoachen genomför alla sex insatserna, men upp till tre av dem bara DELVIS	Arbetscoachen genomför alla sex insatserna HELT

ST6. Arbetscoachens roll (inom teamet)

Definition: Arbetscoachen är en nyckelperson när det gäller att planera insatser för brukare som önskar arbeta eller redan arbetar. Inom teamet har han eller hon följande uppgifter: (1) bidra med sina expertkunskaper och fungera som bollplank och konsult, (2) utbilda och träna de övriga medlemmarna i att tillämpa strategierna i Supported Employment, (3) delta i alla dagliga teammöten och (4) delta i de behandlingsmöten som berör brukare som arbetar eller vill göra det.

Motivering: Arbetscoachen påverkar kamraternas sätt att arbeta genom att lära ut grunderna i Supported Employment.

INFORMATIONSKÄLLOR

Intervju med arbetscoach	<p>Hur ofta går du på dagliga teammöten?</p> <p>Vilka behandlingsmöten brukar du vara med på? Hur väljer du ut vilka du ska delta i?</p> <p>Händer det att du undervisar dina kamrater när det gäller frågor som rör arbete? [Ta reda på hur ofta det har hänt och vilka ämen som stått i fokus.]</p> <p>Brukar du ge de andra i teamet tips och råd på tumanhand? Hur ofta? [Be om exempel.]</p>
Intervju med behandlare	<p>Hur har ditt arbete med brukarna påverkats av att ni har en arbetscoach i teamet? Tycker du att han eller hon är en tillgång? På vilket sätt?</p>
RIKTLINJER	
Frekvens	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning: Har undervisat eller tränat teamet under senaste halvåret. • Konsultation: Vägleder enskilda teammedlemmar minst en gång i månaden. • Dagliga teammöten: Tecken på att arbetscoachen deltar i alla dagliga teammöten (förutom när inbokade aktiviteter sätter käppar i hjulet). • Behandlingsmöten: Tecken på att arbetscoachen deltar i de flesta behandlingsmötena.
Anvisning	<p>Använd intervjun med arbetscoachen som <u>primär</u> informationskälla. Jämför svaren med vad behandlaren säger och ställ följdfrågor till teamledaren vid oklarheter.</p>

ST6. Arbetscoachens roll (inom teamet)	1	2	3	4	5
	Arbetscoachen utför ingen av uppgifterna	Arbetscoachen utför DELVIS en eller två av uppgifterna	Arbetscoachen utför två av uppgifterna	Arbetscoachen utför tre av uppgifterna	Arbetscoachen utför alla fyra uppgifterna

ST7. Brukarspecialist

Definition: Teamet har minst en heltidsanställd brukarspecialist som helst har genomgått en lokal utbildning för brukare. Om en sådan utbildning inte finns tillgänglig ska följande kvalifikationer vara uppfyllda: (1) Personen identifierar sig som en individ med psykisk sjukdom som tidigare fått eller fortfarande får psykiatrisk behandling. (2) Personen håller själv på att återhämta sig. (3) Personen har gått en kurs om interventioner som handlar om social anpassning, välbefinnande och återhämtning.

Motivering: Vissa forskningsresultat visar att när brukare ingår i teamen har det ett positivt inflytande på behandlingskulturen, det vill säga insatserna stämmer bättre överens med brukarnas perspektiv.^{6,7}

INFORMATIONSKÄLLOR

Teamöversikt	Titta på svaret till punkt 2 (i bemanningslistan) och notera brukarspecialistens anställningsgrad och kvalifikationer. Om det finns flera brukarspecialister, gå igenom deras kvalifikationer och anställningsgrad var för sig.
Intervju med brukarspecialist	<p>Har du gått någon formell utbildning för att lära dig strategier för välbefinnande och återhämtning? (Till exempel en kurs som kamratstödjare, en kurs i Wellnes Recovery Action Plan (WRAP) eller Illness Management and Recovery (IMR.))</p> <p>Observera! Det krävs inte att brukaren har deltagit i alla de här programmen, men han eller hon bör ha gått någon form av strukturerad utbildning om hur man återhämtar sig efter psykisk sjukdom.</p>

RIKTLINJER

Anvisning	<p>Använd intervjun med brukarspecialisten och uppgifterna från teamöversikten vid bedömningen. Om det finns en heltidsanställd brukarspecialist som inte uppfyller kvalifikationerna blir poängen automatiskt en 3:a. Samma poäng blir det också om fler än två brukarspecialister delar på tjänsten.</p> <p>Räkna inte en brukarspecialist som är formellt anställd av teamet men har varit tjänstledig i mer än tre månader.</p>
------------------	---

Anteckningar:

⁶ Dixon, L., Hackman, A. & Lehman, A. (1997). Consumers as Staff in Assertive Community Treatment Programs. *Administration and Policy in Mental Health*, 25(2), 199–208.

⁷ Paulson, R., Herinckx, H., Demmler, J., et al. (1999). Comparing Practice Patterns of Consumer and Non-Consumer Mental Health Service Providers. *Community Mental Health Journal*, 35(3), 251–269.

	1	2	3	4	5
ST7. Brukar- specialist	Brukarspec. på mindre än 25 % <u>eller</u> på mindre än heltid som inte uppfyller kvalifikationerna	Brukarspec. på 25–49 % som uppfyller kvalifikationerna	Brukarspec. på 50–74 % som uppfyller kvalifikationerna <u>eller</u> på heltid som inte uppfyller kvalifikationerna <u>eller</u> minst tre personer som delar på tjänsten	Brukarspec. på 75–99 % som uppfyller kvalifikationerna. Högst två personer delar på tjänsten	Brukarspec. på heltid som uppfyller kvalifikationerna. Högst två personer delar på tjänsten

Obs! Om det inte finns någon brukarspecialist i teamet blir poängen en 1:a.

ST8. Brukarspecialistens roll

Definition: Brukarspecialisten, som har full professionell status i teamet, har fyra uppgifter: (1) coacha och vägleda brukarna i återhämtningen genom att stärka deras självförtroende, egenansvar och inflytande (till exempel uppmuntra dem att spela en aktiv roll i behandlingen), (2) lära brukarna färdigheter och strategier som hjälper dem att bemästra sjukdomen, övervinna svårigheter och att leva ett självständigt liv (till exempel via WRAP, IMR eller ett liknande program som handlar om vägen till hälsa och välbefinnande), (3) medverka i alla teamets aktiviteter (till exempel hjälpa till att planera behandlingen, göra bedömningar och skriva i journalerna) och (4) bidra med sina specialkunskaper till de övriga teammedlemmarna och utbilda dem om principer och strategier för återhämtning.

Motivering: Vissa forskningsresultat visar att när brukare ingår i teamen har det ett positivt inflytande på behandlingskulturen, det vill säga insatserna stämmer bättre överens med brukarnas perspektiv.

INFORMATIONSKÄLLOR

Journal-genomgång	Gå igenom daganteckningar för att få syn på brukarspecialistens uppgifter.
Intervju med teamledare	<i>Har brukarspecialisten full professionell status i teamet? Kan han eller hon läsa brukarnas journaler? Dokumentera sina insatser där? Komma med synpunkter och förslag när det gäller bedömningar och behandlingar? Har brukarspecialisten lika hög lön som andra i teamet med motsvarande utbildning och arbetserfarenheter?</i>
Intervju med brukarspecialist	<i>Berätta om ditt arbete när det gäller brukarna? Vad gör du?</i> <i>Bygger dina insatser på de strategier som beskrivs i WRAP, IMR eller i något annat program för återhämtning? I så fall, vilket program utgår du från? Hur ofta ger du de insatserna?</i> <i>Har du hjälpt brukare att fylla i en handlingsplan för att förebygga återfall?</i> <i>Pratar du med brukare om deras roll i behandlingen, t.ex. uppmuntrar dem att delta på sina behandlingsmöten?</i> <i>Tycker du att du blir bemött som en jämbördig partner i teamet? Kan du göra samma saker som alla andra?</i> <i>Vilka uppgifter har du när det gäller resten av teamet? Vänder sig teammedlemmarna till dig någon gång för att få råd och tips? Händer det att du samlar ihop dem för att lära ut strategier och förhållningssätt? När var senaste gången i så fall? Tycker du att de lyssnar på dina förslag?</i>

	<p><i>Tycker du att någon av dina uppgifter är krävande eller svår att utföra? I så fall, vilken?</i></p> <p><i>Skulle du ha nytta av mer kunskaper eller träning på något område för att kunna göra ett bättre jobb? I så fall, vad skulle du vilja lära dig mer om?</i></p>
Intervju med brukare	<p><i>Har du träffat (namn på brukarspecialisten) någon gång? Hur ofta?</i></p> <p><i>Vilka saker brukar du prata med honom eller henne om? På vilket sätt har de samtalen hjälpt dig?</i></p> <p><i>Har du en handlingsplan för att förebygga återfall? Vem har hjälpt dig att utforma den planen?</i></p>

RIKTLINJER

Anvisning	<p>Utnyttja intervjun med brukarspecialisten som <u>primär</u> informationskälla; komplettera med brukarintervjun och vad som framgår av journalanteckningarna. För att få kredit för den fjärde uppgiften krävs att brukarspecialisten har undervisat eller tränat teamet under senaste halvåret.</p> <p>Observera! Om brukarspecialisten inte har full professionell status i teamet (till exempel har lägre lön än andra med motsvarande utbildning eller arbetserfarenheter, inte får delta i behandlingsmöten och så vidare), blir poängen automatiskt en 1:a.</p>
------------------	---

	1	2	3	4	5
ST8. Brukarspecialistens roll	Brukarspecialisten utför ingen av uppgifterna	Brukarspecialisten utför en av uppgifterna HELT eller två av dem DELVIS	Brukarspecialisten utför två av uppgifterna HELT eller tre till fyra av dem DELVIS	Brukarspecialisten utför tre av uppgifterna HELT	Brukarspecialisten utför alla fyra uppgifterna HELT

Huvudprinciper (CP)

CP1. Samhällsbaserade insatser

Definition: Teamet övervakar hur brukarna mår och utvecklar deras färdigheter i naturliga miljöer i samhället, inte på kontoret.

Motivering: Att förbättra brukarnas färdigheter på de platser där de bor, arbetar och samspelar med andra gör färdigheterna lättare att tillämpa än om de lärs ut i en kontorsmiljö eller på ett sjukhus. Dessutom blir bedömningarna av hur individerna fungerar på hemmaplan mer tillförlitliga, eftersom de vilar på direkta observationer i stället för på självrapporteringar. Hembesök är också ett smidigt sätt att lämna mediciner, kolla läget och agera snabbt vid kriser.

INFORMATIONSKÄLLOR

Journal-genomgång

Utgå från tio slumpmässigt utvalda journaler och välj ut en bestämd tidsperiod. Titta efter hur många personliga möten med brukarna som förekommer totalt under den perioden. Räkna ut hur många procent av dem som sker i samhället. (Utnyttja arbetsbladet till journalgenomgång som en hjälp för beräkningen.)

RIKTLINJER

Anvisning

Med "personliga möten" menas kontakter ansikte mot ansikte med brukarna. Räkna inte med kontakter via telefon, sms eller mejl. Räkna inte heller med kontakter som indirekt berör brukarna, som kontakter med deras familjemedlemmar eller kollegor. Utnyttja journalgenomgången som primär informationskälla. Vissa team för intern statistik över hur många brukarkontakter som sker i samhället respektive på kontoret. Jämför i så fall den statistiken med den egna uträkningen, och om siffrorna skiljer sig åt, be teamledaren förklara varför.

	1	2	3	4	5
CP1. Samhällsbaserade insatser	Mindre än 40 % av de personliga mötena med brukarna sker i samhället	40–54 %	55–64 %	65–74%	Minst 75 % av de personliga mötena med brukarna sker i samhället

CP2. Aktivt uppsökande verksamhet

Definition: Teamet använder en rad olika metoder för att knyta svårengagerade brukare till behandlingen. Metoderna går ut på (1) att via samarbete och motivationsskapande strategier få brukarna att acceptera långsiktiga insatser, till exempel genom att först hjälpa till med praktiska saker som kan göra tillvaron drägligare, (2) att via restriktioner och yttre påtryckningar se till att brukarna får en nödvändig behandling, om de löper risk för vanvård eller för att skada sig själva eller andra och (3) teamet utvärderar sitt sätt att engagera och provar en ny taktik om den gamla inte fungerar.

Motivering: Brukare i ACT blir inte utestängda om de missar avtalade möten eller är motsträviga till behandlingen. Att hålla kvar individerna i programmet har hög prioritet. Genom att tålmodigt och envist söka upp dem, erbjuda hjälp och visa sin omtanke försöker man bygga upp relationer som präglas av förtroende och tillit. Under den första engagemangsfasen kan det vara nödvändigt med olika former av ingrepp och styrmedel som till exempel påtryckningar, om försöken till samarbete har misslyckats eller riskerna med en utebliven behandling är för stora. I det fallet trappar man successivt ner de restriktiva åtgärderna för att skapa ett samarbetsklimat som stärker individens självbestämmande och autonomi.

INFORMATIONSKÄLLOR

Intervju med teamledare

Observera! Innan man intervjuar personalen om det här ämnet är det nyttigt att ha tittat igenom journaler och observerat hur teamet arbetar i praktiken. Även om de listade frågorna kan betraktas som ledtrådar bör frågorna helst utgå från specifika exempel på brukare som har blivit uppsökta och engagerade (eller inte har blivit det, men skulle ha behövt det). **Därför rekommenderar vi att bedömaren kommer tillbaka till ämnet i slutet av utvärderingen för att ställa fler frågor till teamledaren och personalen.**

Hur gör ni för att söka upp och få kontakt med brukare som är svåra att ansluta till behandlingen? Använder ni någon särskild metod? Hur närmar ni er en individ för att kunna fastställa personens vårdbehov, önkemål och lägga grunden till en relation? Vad gör ni när någon aldrig är hemma eller svarar i telefon? Vad gör ni när någon kanske öppnar dörren på glänt men säger nej till fortsatt kontakt?

Tänk på två eller tre brukare som har varit svåra att engagera under det senaste halvåret. Hur har ni försökt fånga upp dem? Vilka ställningstaganden har varit viktiga för er? (Utforska om de har försökt närma sig personerna genom att samarbeta, skapa förtroende och hjälpa till med praktiska saker för att bygga upp motivationen. Utforska också om de har övervägt frågan om riskerna med en utebliven behandling. Lyssna om språket antyder att de har använt motiverande samtal, restriktiva åtgärder eller både och. Ställ följdfrågor vid behov.)

Hur gör ni för att behålla brukare som klart och tydligt behöver insatserna men inte vill ha dem?

	<p>Hur kommer ni fram till att en brukare behöver engageras på ett annat sätt än ni har försökt med tidigare? [Locka fram exempel på en individ som de ansåg befann sig i riskzonen för att fara illa, men som var omöjlig att få kontakt med. Ta reda på hur länge de höll på med en viss strategi innan de bytte till en annan.]</p> <p>Man kan ju använda olika metoder för att ansluta brukare till ACT eller förbättra deras följsamhet till behandlingen. Jag är nyfiken på hur ni bestämmer vilken taktik som ska användas, under hur lång tid och när det är dags att prova en annan? Vilka omständigheter tar ni hänsyn till när ni väljer taktik? [Det centrala är att få reda på om de utvärderar den taktik som används, vet varför de har valt den och är beredda att gå över till en annan om den inte fungerar.]</p>
<p>Intervju med behandlare</p>	<p>Har ditt team träffat brukare som verkligen behöver behandling men inte vill ha det? Eller brukare som menar att det är onödigt med behandling eftersom de är friska? Vad har ni gjort i de fallen? Hur har ni försökt närma er dem? Vilka strategier har ni provat? Har ni diskuterat frågan om framtida risker för individerna om ni skulle släppa taget om dem? [Lyssna om språket antyder att de har använt motiverande samtal, restriktiva åtgärder eller både och. Ställ följdfrågor vid behov.]</p>
<p>Journal-genomgång</p>	<p>Titta på brukarkontakterna. Finns det individer som teamet envist har sökt upp, gång på gång, men utan resultat? Visserligen vittnar det förhållningssättet om tålmod och uthållighet, men om teamet inte har formulerat en ny plan för att gå vidare saknas en viktig bit.</p> <p>Finns det tydliga tecken på att teamet tillämpar teknikerna i motiverande samtal? (Till exempel erkänner och bekräftar individens ambivalens, uttrycker empati, utvecklar diskrepans mellan personens uttryckta målsättningar och nuvarande beteende och bearbetar motståndet genom att "rulla med" det.) Teknikerna kan tillämpas när man gör vanliga saker tillsammans med</p>

	<p>brukaren, till exempel tar en kopp kaffe på ett café, eller när man hjälper brukaren att tillgodose ett omedelbart behov, som till exempel att få tak över huvudet.</p> <p>Framgår det av anteckningarna att teamet använder yttre påtryckningar och restriktioner på ett lämpligt sätt? (Till exempel övervakar personens ekonomi när den håller på att gå överstyr, ställer villkor för vissa insatser eller vidtar åtgärder för att minska ett farligt beteende.)</p>
<p>Dagligt teammöte</p>	<p>Lyssna efter teamets allmänna inställning till brukare som är svåra att engagera. Hastar de pliktroget igenom komplicerade fall under mötet eller bokar de in ett extramöte senare?</p> <p>Verkar teamet ha en tendens att förespråka restriktiva metoder för att engagera brukarna (t.ex. genom att ofta plädера för en påtvingad öppenvårdsbehandling efter en sjukhusvistelse)? Eller verkar teamet sätta gränser, ställa krav och utnyttja kontrollmetoder när det är befogat?</p>
<p>RIKTLINJER</p>	
<p>Anvisning</p>	<p>(1) Använder motivationsskapande strategier: Teamet engagerar brukarna genom ett förhållningssätt som bygger på samarbete, icke-fördömande och gemensamma beslut. Syftet är att öka deras inre motivation för behandling via teknikerna i motiverande samtal. Interventionerna är ofta kreativa, sker på platser som inte är hotfulla för individen och går ut på att lägga grunden för en tillitsfull relation genom att tillgodose ett akut behov hos brukaren, till exempel genom att ordna en tillfällig bostad.</p> <p>(2) Använder restriktioner: Teamet använder yttre påtryckningar och styrmedel när försöken att motivera har misslyckats och det finns en överhängande risk att brukaren skadar sig själv eller andra om behandlingen uteblir. Tvångsåtgärderna kan begränsa individens självbestämmande och frihet på flera områden. (Till exempel kan personen vara tvungen att delta i en öppenvårdsbehandling, följa medicineringen, gå på samtal och så vidare för att bli utskriven från slutenvård.) Tvångsåtgärderna trappas ner successivt för att övergå till mer samarbetspräglade former som främjar individens egenmakt och självständighet.</p> <p>(3) Byter ut en strategi som inte fungerar: Teamet utvärderar hur sättet att engagera brukaren fungerar och byter ut det när det är ineffektivt. Kärnfrågan är: Hur länge håller teammedlemmarna på med en viss taktik innan de provar en annan? (Om de till exempel har knackat dörr hos en brukare i två veckor utan att bli insläppta, när tycker de det är dags att fundera i nya banor?) Team som låter bli att utvärdera sina strategier eller bara tillämpar ett fåtal som de aldrig växlar mellan kan ha en hög bortfallsfrekvens (se OS10).</p> <p>Använd intervjun med teamledaren som <u>primär</u> informationskälla. Komplettera med intervjun</p>

med behandlare, observationer från teammötet och anteckningar från journalerna.

När teamet visar att det tillämpar ett brett urval av motivationsskapande strategier (minst tre olika), använder restriktiva åtgärder när det är nödvändigt (minst tre olika) **och** byter taktik vid behov blir poängen en 5:a.

Exempel på ett team som fått 5 poäng

De motivationsskapande strategier (1) som beskrevs innebar

- att teamet gjort många och tålmodiga försök att träffa en kvinna med paranoia och social ångest som vägrade prata med personalen ansikte mot ansikte
- att teamet hjälpt en man som precis blivit vräkt att hitta en ny bostad och samtidigt förklarat att de tidigare problemen med grannarna och hyresvärderna delvis kunde bero på att han hoppat över sina mediciner
- att teamet, för att ingjuta förtroende och garantera individens basbehov, lämnat mat till en kvinna som nyligen blivit inskriven i programmet, bor på ett härbärke och forfarande prostituerar sig för droger.

De restriktiva strategier (2) som beskrevs innebar

- att teamet utnyttjat möjligheten att ta hand om en brukares utbetalningar från socialbyrån och försäkringskassan för att portionera ut pengarna efter hand
- att teamet övertalat en man med svåra missbruksproblem att flytta till ett lugnare bostadsområde och acceptera slumpmässiga drogtester, i utbyte mot att hjälpa honom att söka bostadstillägg
- att teamet anhållit om tvångsvård efter utskrivningen från psykiatrisk klinik för en hemlös kvinna med dubbeldiagnos som de länge, men förgäves, försökt engagera. Efter utskrivningen hade teamet ordnat plats i en tillfällig övergångslägenhet och ställt flera krav som skulle uppfyllas för att kvinnan skulle undvika att återintas på sjukhuset.

De byten av strategier (3) som beskrevs innebar

- att teamledaren kunde visa att de följde upp hur en engagemangsteknik fungerade via loggböcker eller anteckningar från dagliga teammöten
- att teamledaren kunde ge konkreta exempel på att de växlat mellan olika tillvägagångssätt och hela tiden tagit ställning till faran med en utebliven behandling.

Observera! Team som ensidigt utnyttjar påtryckningar och restriktioner för att engagera brukarna kan framstå som förmyndaraktiga, i bästa fall överbeskyddande. Även om förhållningssättet kan bottsna i omsorg om klienten kan det också representera osäkerhet inför att bygga upp individens inre motivation. Att göra det är nämligen ett risktagande, eftersom utgången är oviss och det kan ta tid att nå resultat. Å andra sidan kan team som uteslutande utnyttjar motivationsskapande strategier framstå som nonchalanta ur klinisk synpunkt. Att undvika tvång till varje pris, kanske för att den aspekten upplevs som obehaglig, kan äventyra brukarens hälsa och framtid.

Anteckningar:					
	1	2	3	4	5
CP2. Aktivt uppsökande verksamhet	Teamet tillämpar ingen av de tre strategierna för att söka upp och engagera brukarna	Teamet tillämpar antingen den första eller andra strategin, men utnyttjar inte den tredje	Teamet tillämpar ett smalt utbud av tekniker från den första och andra strategin, men utnyttjar inte den tredje	Teamet tillämpar ett brett utbud av tekniker från den första och andra strategin, men utnyttjar inte den tredje	Teamet tillämpar ett brett utbud av tekniker från den första och andra strategin och utnyttjar den tredje

CP3. Mycket tid åt brukarkontakter

Definition: Teamet avsätter mycket tid åt att träffa varje brukare ansikte mot ansikte.

Motivering: För att hjälpa individer med allvarliga och ihållande psykiatriska symptom att fungera bättre i samhället krävs hög serviceintensitet, det vill säga att teamet ägnar mycket tid åt personliga möten med dem.

INFORMATIONSKÄLLOR

Journalgenomgång	Utgå från samma journaler som användes i CP1. Beräkna hur lång tid teamet i genomsnitt träffar varje brukare i veckan under en kalendermånad. (Ta hänsyn till om journalerna beskriver antalet klienter som har "trappats ner" till mindre intensiva insatser som medför kortare kontakttid.) Rangordna sedan medelvärdena och basera skattningen på medianvärdet av dem (se arbetsblad). Kom ihåg att utnyttja en aktuell tidsperiod som är avslutad. Be teamledaren eller någon annan om hjälp att ringa in den.
-------------------------	--

RIKTLINJER

Anvisning	<p>Observera! Räkna bara kontakter med brukare som skett ansikte mot ansikte. Ta inte med telefonsamtal med brukare eller kontakter med deras närstående.</p> <p>Lägg märke till innehållet i mötena vid journalgenomgången. Om teamet till exempel ordnar en gemensam fritidsaktivitet för brukarna två timmar i veckan (kanske för att titta på film tillsammans eller syssla med konsthantverk) är det tveksamt om den tiden ska räknas in, eftersom den inte handlar om individuella brukarkontakter med ett speciellt syfte.</p> <p>Använd journalgenomgången som <u>primär</u> informationskälla. Ibland för teamen intern statistik över antalet kontakttimmar per månad. I så fall, be att få titta på den statistiken och jämför den med dina uträkningar.</p>
------------------	---

	1	2	3	4	5
CP3. Mycket tid åt brukarkontakter	I genomsnitt träffas varje brukare ansikte mot ansikte högst 15 minuter/vecka	15–49 minuter/vecka	50–84 minuter/vecka	85–119 minuter/vecka	I genomsnitt träffas varje brukare ansikte mot ansikte minst 2 timmar/vecka

CP4. Täta brukarkontakter

Definition: Teamet träffar varje brukare ansikte mot ansikte flera gånger i veckan.

Motivering: Tanken är att teamet ska vara den enda vårdgivaren för brukarna när det gäller en rad olika biopsykosociala insatser. För att kunna fylla den funktionen på ett heltäckande, lyhört och flexibelt sätt krävs hög servicefrekvens, det vill säga att teamet träffar brukarna ofta.

INFORMATIONSKÄLLOR

Journalgenomgång

Använd samma journaler som i CP3. Beräkna hur många gånger teamet i genomsnitt per vecka träffar varje brukare under en kalendermånad. Gör sedan en rangordning av medelvärdena och basera skattningen på medianvärdet av dem (se arbetsblad). Kom ihåg att utnyttja en aktuell tidsperiod som är avslutad. Be teamledaren eller någon annan om hjälp att ringa in den.

RIKTLINJER

Anvisning

- Räkna bara kontakter med brukare som skett ansikte mot ansikte. Ta inte med telefonsamtal med brukarna eller kontakter med deras närstående.
- Om en brukare har träffat flera teammedlemmar i följd, bestäm om mötena bör räknas som ett enda kontakttillfälle eller flera olika. Ett exempel: En brukare har skjutsats till arbetet på morgonen av arbetscoachen (möte 1), träffat sjuksköterskan på eftermiddagen (möte 2), sprungit på teamledaren på kontoret (möte 3) och fått skjuts hem av sin kontaktperson (möte 4).
- Lägg märke till innehållet i mötena vid journalgenomgången. Om till exempel många brukare träffar teamet flera gånger i veckan bara för att hämta matkuponger är det tveksamt om den kontaktfrekvensen ska räknas in.

Använd journalgenomgången som primär informationskälla. Ibland för teamen intern statistik över antalet kontakttillfällen per månad. I så fall, be att få titta på den statistiken och jämför den med dina uträkningar.

	1	2	3	4	5
CP4. Täta brukarkontakter	I genomsnitt högst 0,5 möten ansikte mot ansikte med varje brukare/vecka	0,6–1,3 möten/vecka	1,4–2,1 möten/vecka	2,2–2,9 möten/vecka	I genomsnitt minst 3 möten ansikte mot ansikte med varje brukare/vecka

CP5. Täta kontakter med närstående

Definition: Teamet utbildar, vägleder och stödjer människor i brukarnas sociala nätverk, det vill säga familjemedlemmar, vänner, hyresvärdar, arbetsgivare, lärare och andra som kan fungera som naturliga stödpersoner.

Motivering: Att värva närstående och samarbeta med dem underlättar brukarnas förmåga att fungera i samhället. Många undersökningar har visat att andra evidensbaserade metoder (till exempel Supported Employment) får större genomslagskraft när familjen är delaktig i behandlingen.

INFORMATIONSKÄLLOR

Excelblad (kolumn P)	Gå igenom hur vanligt det är att teamet kontaktar närstående och stödpersoner.
Intervju med teamledare	[Hänvisa till Excelbladet (kolumn P): <i>När jag tittar på era kontakter med brukarnas sociala nätverk måste jag bara förvissa mig om att ni inte räknat in kontakter med personer som får lön för att utföra sina tjänster eller omsorger. Har ni uteslutit dem?</i> [Exempel på sådana personer är distriktsläkare, övervakare eller tjänstemän på socialförvaltningen.]
Journalgenomgång	Notera hur ofta teamet kontaktar någon från det sociala nätverket och syftet med kontakten.

RIKTLINJER

Anvisning	<p>Utnyttja Excelbladet som <u>primär</u> informationskälla. Ta med alla typer av kontakt (det vill säga personliga möten, telefonsamtal, mejlkonversation eller sms) med familjemedlemmar, vänner, hyresvärdar, arbetsgivare och andra naturliga stödpersoner. Uteslut kontakten med anställda som tillhör vård- och stödsystemet.</p> <p>Normen är att teamet bör kontakta brukares närstående varje månad. Gör upp en tabell över hur många procent av brukarna som den normen gäller för. Utnyttja procenttalet som utgångspunkt för skattningen och jämför siffran med vad personalen och brukarna rapporterar och vad som framgår av journalerna.</p> <p>Tiillfälliga kontakter som sker i förbifarten och inte inriktar sig på att främja individens framsteg räknas inte. Ett exempel: brukaren bor med sin mamma, men hon håller sig oftast undan vid teamets hembesök.</p>
------------------	--

	1	2	3	4	5
CP5. Täta kontakter med närstående	Teamet kontaktar närstående minst en gång i månaden för mindre än 25 % av brukarna	26 %–50 %	51 %–75 %	76 %–89 %	Teamet kontaktar närstående minst en gång i månaden för minst 90 % av brukarna

CP6. Ansvar för krisinterventioner

Definition: Teamet ansvarar dygnet runt för att ta hand om psykiska kriser. Tre kriterier gäller: (1) Teamet är tillgängligt för brukarna 24 timmar om dygnet, alla veckodagar, även storhelger. (2) Teamet är det forum som i första hand utvärderar och bemöter kriser. (Om en tredje part tar emot krissamtal på jourtid för alla klienter i psykiatrisk öppenvård kopplas samtalen från ACT-brukare direkt till teamet.) (3) Teamet kan och är villigt att göra hembesök vid behov.

Motivering: Att individer med allvarlig psykisk sjukdom får omedelbar hjälp när de hamnar i en kris kan minska deras ångest och problemens omfattning. Att ACT-teamet står för omhändertagandet innebär att kontinuiteten i vården bibehålls.

INFORMATIONSKÄLLOR

Intervju med teamledare

Vilka krisinterventioner är tillgängliga för brukarna? Hur är teamet inblandat i krissituationer som kan uppstå efter stängningsdags och under helger? [Ta reda på om en tredje part tar emot alla krissamtal och gör en första bedömning. I så fall, fråga:] *Ungefär hur många av samtalen från ACT-brukare slussas vidare till ACT-teamet?*

Vad innebär det att teamet erbjuder krishantering dygnet runt? Om en brukare till exempel behöver träffa en teammedlem tidigt en söndagmorgon, är det möjligt? Eller på julafton? [Be om konkreta exempel.]

RIKTLINJER

Anvisning

Kriterium 1:

Uppfyller helt: Teamet är tillgängligt för brukarna 24 timmar om dygnet, alla veckodagar, även storhelger.

(Uppfyller delvis finns inte för det här kriteriet.)

Kriterium 2: Teamet är det forum som i första hand utvärderar och bemöter kriser. (Om en tredje part tar emot krissamtal på jourtid för alla klienter i psykiatrisk öppenvård, hänvisas samtalen från ACT-brukare direkt till teamet.)

Uppfyller helt: När brukare ringer till den allmänna krislinjen kopplas samtalen vidare till

	<p>ACT-teamet, utan att någon annan tagit ställning till behovet av hjälp. Eftersom teamet känner individen bäst är det de som ska avgöra om problemet är akut eller inte.</p> <p>Uppfyller delvis: En tredje part tar emot alla krissamtal och bedömer vilka som ska kopplas vidare till ACT-teamet.</p> <p>Kriterium 3: Teamet kan och är villigt att göra hembesök vid behov.</p> <p>Uppfyller helt: Förutom att hantera kriser per telefon åker teamet hem till brukaren om det behövs. Anledningen kan vara att göra en noggrannare bedömning av allvaret i situationen, besluta om eventuell sjukhusinläggning eller ta itu med ett konkret problem.</p> <p>Uppfyller delvis: Teamet säger att de visserligen kan åka hem till en brukare som ringer mitt i natten och vill ha hjälp, men de drar sig för det. Inga eller väldigt få exempel på att de har gjort det framkommer.</p>
--	--

	1	2	3	4	5
CP6. Ansvar för kris-interventioner	Teamet ansvarar inte för att hantera kriser efter stängningsdags	Teamet uppfyller ett eller två av kriterierna DELVIS	Teamet uppfyller det första kriteriet HELT och ett av de andra DELVIS	Teamet uppfyller det första kriteriet HELT och de båda andra DELVIS	Teamet uppfyller alla tre kriterierna HELT

CP7 Ansvar för psykiatriska insatser

Definition: Teamet ansvarar för att ge psykiatrisk vård av god kvalitet till brukarna, som inte ska behöva vända sig någon annanstans för att få den hjälpen. Psykiatern har huvudansvaret, men teamets uppgift att administrera medicinen, kontrollera läkemedelsbiverkningar och övervaka brukarnas status ingår också i den här bedömningspunkten. Även teamets uppgift att utvärdera medicineringen och samverka med annan personal när brukarna är inlagda på sjukhus, vistas på sjukhem eller bor i särskilda boenden ingår i bedömningspunkten.

CP8. Ansvar för rehabiliterande insatser

Definition: Teamet ansvarar för att ge rehabiliterande insatser av god kvalitet till brukarna, som inte ska behöva vända sig någon annanstans för att få den hjälpen. Insatserna omfattar: social färdighetsträning, träning av förmågan att samspela med andra och förmågan att klara av ett självständigt liv (till exempel genom att förbättra ADL-funktioner, skapa en säker närmiljö och lära ut hur man sköter hushållsbestyr, utnyttjar kollektiva transportmedel och hanterar sin ekonomi).

Motivering till CP7 och CP8: Idealet är att ACT-teamet är utrustat för att kunna ge heltäckande insatser av hög kvalitet på en rad olika behandlingsområden. Att skapa ett enda "stoppställe" som tillgodoser brukarnas behov bidrar till ett sömlöst vårdssystem, där individerna slipper att bollas mellan olika instanser och att hamna mellan två stolar. Och även om brukarna har valmöjlighet att själva söka hjälp utanför teamet, är det troligt att det är få av dem som gör det. Begränsningar i teamet (till exempel brist på personal, kunskaper eller tid) är inga godtagbara skäl till att brukarna får insatser utifrån.

INFORMATIONSKÄLLOR	CP7: <ul style="list-style-type: none">▪ Excelblad (kolumn D och E), ifyllda före bedömningsbesöket▪ Skattning av CT4 – Psykiaterns roll (i behandlingen)▪ Intervju med sjuksköterska: gå igenom data från Excelbladet CP8: <ul style="list-style-type: none">▪ Excelblad (kolumn H och I), ifyllda före bedömningsbesöket▪ Intervju med behandlare: gå igenom data från Excelbladet
---------------------------	--

RIKTLINJER

Poängsättningen av CP7 och CP8 baserar sig på hur många procent av individerna som behöver en av de här insatserna och får den av teamet. Följande uträkning gäller:

Antal brukare som får insatsen direkt av teamet

Antal brukare som behöver och vill ha insatsen

Hållpunkter för att beräkna antalet brukare som får:

CP7. Psykiatriska insatser

Ett villkor för att få poäng för psykiatriska insatser är att teamet får minst 3 poäng på CT4, Psykiaterns roll (i behandlingen). Den siffran motsvarar måttstocken för god kvalitet. **Om poängen på CT4 blir lägre än en 3:a är det inga brukare som får insatsen, och därmed blir slutpoängen på den här punkten en 1:a.**

- På Excelbladet (kolumn D): Räkna de brukare som får insatser direkt av ACT-psykiatern.
- När det gäller brukare som finns på sjukhem eller i särskilda boenden, gör så här: Räkna de fall där teamet antingen övervakar medicineringen direkt eller samarbetar nära tillsynspersonalen för att kontrollera hur det psykotropa medlet fungerar, inklusive följsamhet, biverkningar och inverkan på symptomen. (Hänvisa till kolumn E i Excelbladet för att fråga teamledaren om teamets roll).
- Brukare som är inlagda på psykiatrisk klinik kan ingå i beräkningen. Villkoret är att psykiatern i teamet fortsätter att ha uppsikt över vården och har regelbunden kontakt med avdelningsläkaren. (Kontrollera med teamledaren vad som gäller för brukare som tillhör "icke-ACT" i kolumn D i Excelbladet).
- Psykiatriska insatser i engagemangsfasen kan också ingå i beräkningen. Ett exempel: En brukare är negativ till medicinering, men teamet fortsätter träffa personen för att erbjuda andra insatser och kanske så småningom få honom eller henne att ompröva sitt beslut. (Be om exempel på vad olika engagemangsförsök har inneburit för att kunna göra ett lämpligt urval av brukare).

Intervju med sjuksköterska:

Låt oss titta på Excelbladet för att se hur många brukare som får psykiatriska insatser av teamet. Stämmer den uppgiften, tycker du? [Fråga vidare om innehållet i insatserna beroende på vad som rapporteras.]

[Om det framkommer att somliga brukare finns på sjukhem eller i särskilda boenden, fråga:] **Vad händer när annan personal övervakar brukarnas medicinering? Hur samarbetar ni med dem? Om en individ får biverkningar av ett visst preparat eller inte tar sina tabletter, hur får ni reda på det?** [Om teamet har minimal uppsikt över medicineringen när brukarna finns på sjukhem eller i särskilda boenden, räkna bara de individerna om ACT-psykiatern står för ordinationerna].

Hållpunkter för att beräkna antalet brukare som får:

CP8. Rehabiliterande insatser

- Ett villkor för att få poäng för rehabiliterande insatser är att teamet genomför minst två av följande åtgärder, vilket motsvarar måttstocken för god kvalitet: social färdighetsträning, träning av förmågan att samspela med andra och förmågan att klara av ett självständigt liv (till exempel genom att förbättra ADL-funktioner, skapa en säker närmiljö, lära ut hur man sköter hushållsbestyr, utnyttjar kollektiva transportmedel och hanterar sin ekonomi). **När bara en av åtgärderna genomförs är det inga brukare som får insatsen, och därmed blir slutpoängen på den här punkten en 1:a.**
- På Excelbladet (kolumn I): Räkna de brukare som får rehabiliteringsinsatser direkt av teamet.
- På Excelbladet (kolumn H): Notera hur många brukare som deltar i dagvårdsprogram eller verksamheter på klubbhus. Ta reda på om anledningen till att många brukare erbjuds detta är att teamet själv erbjuder ett smalt utbud av insatser på det här området.

- Rehabiliterande insatser i engagemangsfasen kan också ingå i beräkningen, men be om exempel på vad olika engagemangsförsök har inneburit för att kunna göra ett lämpligt urval av brukare.

Intervju med behandlare:

Låt oss titta på Excelbladet för att se hur många brukare som får rehabiliterande insatser av teamet. Stämmer den uppgiften, tycker du? Kan du berätta mer om vad de här insatserna innebär? [Kom ihåg att fråga vidare om de brukare som deltar i dagvårdsprogram eller verksamheter på klubbhus. Utforska vad det beror på att många brukare deltar i sådana verksamheter].

Observera! Utnyttja alla informationskällor för att se till att siffran över hur många brukare som får psykiatriska eller rehabiliterande insatser av teamet är väl underbyggd. Ibland kan teamet överskatta antalet. Låt säga att ett team angett att 40 av deras 50 brukare (det vill säga 80 procent) får rehabiliterande insatser. Men som bedömare hittar man få tecken på sådana insatser i daganteckningar och märker inte att det området diskuteras under det dagliga teammötet. I det fallet kan det vara värt att överväga en lägre siffra som stämmer bättre överens med verkligheten, till exempel att 30 av brukarna (det vill säga 60 procent) får insatsen.

Räkneexempel utifrån team A:

CP7. Team A anger i Excelbladet (kolumn D) att 86 av de 88 brukarna får psykiatriska insatser av teamet. De två som inte får det fortsätter att behandlas av en psykiater som de haft i många år. En hänvisning till skattningen av CT4, Psykiaterns roll (i behandlingen), visar att insatserna väl uppfyller måttstocken för god kvalitet genom att teamet fick 4 poäng där. (Brytpunkten är en 3:a). I Excelbladet (kolumn E) står att tio av brukarna vistas på sjukhem eller i särskilda boenden, och vid intervjuerna framkommer att teamet spelar en aktiv roll för att tillsammans med den personalen övervaka medicineringen. Bedömaren drar slutsatsen att 86 av de 88 brukarna får psykiatriska insatser av teamet.

CP8. Team A anger i Excelbladet (kolumn I) att alla de 88 brukarna får rehabiliterande insatser av teamet. Men andra informationskällor, till exempel daganteckningar och behandlingsplaner från journalerna, pekar på att teamet inte verkar prioritera rehabiliterande åtgärder. Dessutom framgår det av Excelbladet (kolumn H) att en stor andel av brukarna (42 procent) regelbundet deltar i program på det lokala klubbhuset. Visserligen framkommer några få tydliga exempel på att rehabiliteringsåtgärderna uppfyller måttstocken för god kvalitet genom att de omfattar social färdighetsträning, ADL-träning och hantering av ekonomin, men i och med att de bara förekommer sparsamt beslutar bedömaren att hälften av brukarna, det vill säga 44 stycken, får rehabiliterande insatser av teamet.

Hållpunkter för att beräkna antalet brukare som behöver och vill ha insatser av teamet

Kanske skulle man kunna förutsätta att 100 procent av ACT-brukarna behöver eller vill ha psykiatriska och rehabiliterande insatser, men för att ge utrymme för individernas valfrihet och mättningsfel är en basskattning på 90 procent mer rimlig. Utnyttja det procenttalet om inte teamet uppger att behovet är ännu större.

Vi uppskattar att minst 90 procent av brukarna behöver eller vill ha

- psykiatriska insatser
- rehabiliterande insatser
-

Räkneexempel utifrån team A:

CP7 och CP8. Samma basskattning används för båda punkterna. Team A har 88 brukare, varav 90 procent (det vill säga 79 individer) behöver eller vill ha psykiatriska insatser respektive rehabiliterande insatser.

Slutpoäng

CP7. Av team A:s brukare är det 86 individer som får psykiatriska insatser av teamet (se ovan). 79 av dem behöver eller vill ha sådana insatser, vilket ger formeln $86/79 = 109\% = 5$ poäng.

CP8. Av team A:s brukare bedöms 44 individer få rehabiliterande insatser av teamet (se ovan). 79 av dem behöver eller vill ha sådana insatser, vilket ger formeln $44/79 = 56\% = 2$ poäng

	1	2	3	4	5
CP7 Ansvar för psykiatriska insatser	Mindre än 30 % av de brukare som behöver psykiatriska insatser får dem av teamet	30–59 % av de brukare som behöver insatserna får dem av teamet	60–79 % av de brukare som behöver insatserna får dem av teamet	80–89 % av de brukare som behöver insatserna får dem av teamet	Minst 90 % av de brukare som behöver psykiatriska insatser får dem av teamet
CP8 Ansvar för rehabiliterande insatser	Mindre än 30 % av de brukare som behöver rehabiliterande insatser får dem av teamet	30–59 % av de brukare som behöver insatserna får dem av teamet	60–79 % av de brukare som behöver insatserna får dem av teamet	80–89 % av de brukare som behöver insatserna får dem av teamet	Minst 90 % av de brukare som behöver rehabiliterande insatser får dem av teamet

Evidensbaserade metoder (EP)

EP1. Ansvar för dubbeldiagnosbehandling

Definition: Teamet ansvarar för att ge dubbeldiagnosbehandling av god kvalitet, så att brukarna inte ska behöva vända sig någon annanstans för att få den hjälpen. Missbruksspecialisten har huvudansvaret, men övriga teammedlemmar deltar också i uppgifterna. Hänvisa till ST2 för att få en lista över strategierna i dubbeldiagnosbehandling. För att insatserna ska uppfylla måttstocken för god kvalitet måste skattningen av ST2 motsvara minst en 3:a.

EP2. Ansvar för arbetsinriktad rehabilitering

Definition: Teamet ansvarar för att ge arbetsinriktad rehabilitering av god kvalitet, så att brukarna inte ska behöva vända sig någon annanstans för att få den hjälpen. Arbetscoachen har huvudansvaret, men övriga teammedlemmar deltar också i uppgifterna. Hänvisa till ST5 för att få en lista över strategierna i arbetsrehabiliteringen. För att insatserna ska uppfylla måttstocken för god kvalitet måste skattningen av ST5 motsvara minst en 3:a.

EP3. Ansvar för återhämtningsinsatser

Definition: Teamet ansvarar för att ge insatser som rör social anpassning och återhämtning av god kvalitet, så att brukarna inte ska behöva vända sig någon annanstans för att få den hjälpen. Insatserna är en kombination av psykosociala metoder som hjälper brukarna att skaffa sig och tillämpa färdigheter som gynnar välbefinnandet, till exempel genom att utveckla återhämtningsstrategier, ge psykopedagogisk utbildning om sambandet mellan psykisk sjukdom och stressårbarhetsmodellen, bygga upp ett socialt stöd och lära ut hur man minskar återfall, använder medicinen på ett effektivt sätt, handskas med påfrestningar, hanterar problem och psykiska symptom och får sina behov tillgodosedda i den psykiatriska vården och i samhället. Exempel på formella program för återhämtning är WRAP (Wellness Recovery Action Planning), IMR (Illness Management Recovery) och PAD (Psychiatric Advanced Directives). Observera! Teamet måste inte tillämpa ett speciellt återhämtningsprogram för att få tillgodoräknande för den här punkten.

Motivering till EP1, EP2 och EP3: Idealet är att ACT-teamet är utrustat för att kunna ge heltäckande insatser av hög kvalitet på en rad olika behandlingsområden. Att skapa ett enda "stoppställe" som tillgodoser brukarnas behov bidrar till ett sömlöst vårdssystem, där individerna slipper att bollas mellan olika instanser och att hamna mellan två stolar. Och även om brukarna har valmöjlighet att själva söka hjälp utanför teamet, är normalfallet att det är få av dem som gör det. Begränsningar i teamet (till exempel brist på personal, kunskaper eller tid) är inga godtagbara skäl till att brukarna får insatser utifrån.

INFORMATIONSKÄLLOR

EP1

- Excelblad (kolumn A, B och C), ifyllda före bedömningsbesöket
- Skattning av ST2 – Missbruksspecialistens roll (i behandlingen)
- Intervju med missbruksspecialist: Gå igenom data från Excel-bladet

EP2

- Excelblad (kolumn F, G och H), ifyllda före bedömningsbesöket
- Skattning av ST5 – Arbetscoachens roll (i rehabiliteringen)
- Intervju med arbetscoach: Gå igenom data från Excelbladet

EP3

- Excelblad (kolumn J), ifyllt före bedömningsbesöket
- Intervju med brukarspecialist och behandlare: Gå igenom data från Excelbladet

RIKTLINJER

Poängsättningen av EP1–EP3 baserar sig på hur många procent av individerna som behöver en av de här insatserna och får den av teamet. Följande uträkning gäller:

Antalet brukare som får insatsen direkt av teamet

Antalet brukare som behöver och/eller vill ha insatsen

Hållpunkter för att beräkna antalet brukare som får:

EP1. Dubbeldiagnosbehandling

- Ett villkor för att teamet ska få kredit för dubbeldiagnosbehandling är att skattningen av ST2, Missbruksspecialistens roll (i behandlingen) blir minst 3 poäng, vilket innebär att insatserna uppfyller normen för god kvalitet. **Om poängen blir lägre än en 3:a är det inga brukare som får insatsen, och slutpoängen på den här punkten blir en 1:a.**
 - Om ST2 inte kan skattas därför att det inte finns någon missbruksspecialist, måste teamet få minst 3 poäng på EP4, IDDT-modellen (modellen för integrerad dubbeldiagnosbehandling).
- På Excelbladet (kolumn C): Räkna bara de brukare som får dubbeldiagnosbehandling direkt av teamet.
- Försök att engagera brukarna för att kunna kartlägga och behandla ett samtidigt missbruk kan också räknas, men be om exempel på vad olika engagemangsförsök har inneburit för att kunna göra ett lämpligt urval av individer.

Intervju med missbruksspecialist:

Låt oss titta på Excelbladet (kolumn C) för att se hur många brukare som får dubbeldiagnosbehandling av teamet. Stämmer den uppgiften, tycker du? Skulle du kunna berätta mer om vad insatserna innebär? [Välj slumpmässigt ut brukare som är listade för behandling individuellt eller i grupp eller både och, be missbruksspecialisten förtydliga vad insatserna går ut på och fråga om de skiljer sig åt för brukare som är i den tidiga fasen av förändringsprocessen (kolumn B) och de som kommit längre].

Hållpunkter för att beräkna antalet brukare som får:

EP2. Arbetsinriktad rehabilitering

- Ett villkor för att teamet ska få kredit för arbetsinriktad rehabilitering är att skattningen av ST5, Arbetscoachens roll (i rehabiliteringen) blir minst 3 poäng, vilket innebär att insatserna uppfyller normen för god kvalitet. **Om poängen blir lägre än en 3:a är det inga brukare som får insatsen, och slutpoängen på den här punkten blir en 1:a.**
 - Om ST5 inte kan skattas därför att det inte finns någon arbetscoach, måste teamet få minst 3 poäng på EP5, Supported Employment-modellen.

- På Excelbladet (kolumn F): Räkna bara de brukare som får arbetsinriktad rehabilitering direkt av teamet.
- På Excelbladet (kolumn H): Anteckna de brukare som deltar i verksamheter på klubbhus eller dagvårdsprogram. Ta reda på om anledningen till att många deltar i denna typ av verksamheter är att teamet erbjuder ett smalt utbud av insatser på det här området.
- Arbetsinriktade insatser under brukarnas engagemangsfas kan också räknas, men be om exempel på vad olika engagemangsförsök har inneburit för att kunna göra ett lämpligt urval av individer.

Intervju med arbetscoach:

Låt oss titta på Excelbladet (kolumn F) för att se hur många brukare som får arbetsinriktad rehabilitering av teamet. Stämmer den uppgiften, tycker du? Skulle du kunna berätta mer om vad insatserna innebär? [Välj slumpmässigt ut brukare som är listade för insatser och fråga arbetscoachen vad han eller hon gör i de olika fallen. När det gäller brukare som har lönearbete (kolumn G), ta reda på hur teamet har hjälpt till att skaffa anställningen.]

Hållpunkter för att beräkna antalet brukare som får:

EP3. Återhämtningsinsatser

- Ett villkor för att teamet ska få poäng för de här insatserna är att teamet genomför minst tre av följande åtgärder, vilket innebär att normen för god kvalitet är uppfylld: Att teamet utvecklar återhämtningsstrategier, ger psykopedagogisk utbildning om sambandet mellan psykisk sjukdom och stressårbarhetsmodellen, bygger upp ett socialt stöd och lär ut hur man minskar återfall, använder medicinen på ett effektivt sätt, handskas med påfrestningar, hanterar problem och psykiska symptom och får sina behov tillgodosedda i den psykiatriska vården och i samhället. **Om teamet genomför en eller två av dessa åtgärder är det inga brukare som får insatserna, och slutpoängen på den här punkten blir en 1:a.**
- På Excelbladet (kolumn J), räkna bara de brukare som får insatserna direkt av teamet.
- Återhämtningsinsatser under brukarnas engagemangsfas kan också räknas, men be om exempel på vad olika engagemangsförsök har inneburit för att kunna göra ett lämpligt urval av individer.

Intervju med brukarspecialist:

Låt oss titta på Excelbladet (kolumn J) för att se hur många brukare som får insatser som rör återhämtningen av teamet. Stämmer den uppgiften, tycker du? Skulle du kunna berätta mer om vad insatserna innebär? [Fråga vad de går ut på, om specifika strategier från WRAP eller IMR används eller om teamet utnyttjar andra metoder för att främja välbefinnandet.]

Intervju med behandlare:

Låt oss titta på Excelbladet (kolumn J) för att se hur många brukare som får insatser som rör återhämtningen av teamet. Stämmer den uppgiften, tycker du? Skulle du kunna berätta mer om vad insatserna innebär? [Fråga vad de går ut på, om specifika strategier från WRAP eller IMR används eller om teamet utnyttjar andra metoder för att främja välbefinnandet.]

Observera! Utnyttja alla informationskällor för att se till att siffran över hur många brukare som får en viss insats av teamet är väl underbyggd. Ibland kan teamet överskatta antalet. Låt säga att teamet upgett att 23 av deras 50 brukare (det vill

säga 46 procent) får arbetsinriktade insatser. Men som bedömare hittar man få tecken på sådana insatser i daganteckningar och märker inte att det området diskuteras under det dagliga teammötet. I det fallet kan det vara värt att överväga en lägre siffra som stämmer bättre överens med verkligheten, till exempel att 15 av brukarna (det vill säga 30 procent) får insatsen.

Räkneexempel utifrån team A:

EP1. Team A uppger i Excelbladet att de ger dubbeldiagnosbehandling individuellt eller i grupp, eller både och, till 39 av 88 brukare. En hänvisning till skattningen av ST2 visar att måttstocken för god kvalitet är uppfylld, genom att teamet fick en 3:a där. Intervjun med missbruksspecialisten, belägg från journaler och observationer från teammötet ger bedömaren stöd för att siffran är riktig, det vill säga 39 brukare får missbruksbehandling av teamet.

EP2. Team A uppger i Excelbladet att de ger arbetsinriktade insatser till 22 av de 88 brukarna. En hänvisning till skattningen av ST5 visar att måttstocken för god kvalitet är väl uppfylld, genom att teamet fick en 4:a där. (Brytpunkten är en 3:a). När bedömaren fingranskar hur många brukare som får arbetsrehabilitering visar det sig att två personer bör gallras bort, eftersom det var länge sedan de fick några insatser (nästan ett år). Däremot tillkommer tre andra personer, som teamet förbisett i farten eftersom de nyligen engagerats från missbruksgruppen. Bedömaren märker att arbetsfrågor diskuteras på teammötet, förekommer i journaler och andra dokument och drar därför slutsatsen att 23 brukare får arbetsinriktade insatser av teamet.

EP3. Team A uppger i Excelbladet att de ger återhämtningsinsatser till alla sina 88 brukare. Bedömaren håller med om att somliga strategier används. Till exempel har brukarspecialisten gått en kurs i WRAP och teamledaren verkar prata om hur psykisk sjukdom förhåller sig till stressfaktorer med sina brukare. Men frågetecknen är många. Helhetsintrycket är att insatserna är få och bara ges till en bråkdel av klienterna, ett intryck som stärks av samtalen med behandlare och av iakttagelserna på teammötet. Efter moget övervägande kommer bedömaren fram till att de brukare som får återhämtningsinsatser av teamet är betydligt lägre än den ursprungliga siffran och bestämmer sig för antalet 20.

Hållpunkter för att beräkna antalet brukare som behöver och vill ha insatsen av teamet

Kanske skulle man kunna förutsätta att 100 procent av ACT-brukarna behöver och vill ha återhämtningsinsatser, men för att ge utrymme för individernas valfrihet och mättningsfel används ett lägre procenttal som basskattning.

Vi uppskattar att minst 90 procent av brukarna behöver och vill ha

- återhämtningsinsatser

Enligt experter och statistik från vetenskapliga rapporter är det minst 40 procent av brukarna som behöver och vill ha

- dubbeldiagnosbehandling
- arbetsinriktade insatser

Utnyttja de basskattningarna (90 respektive 40 procent) om inte teamet uppger att behovet är ännu större och föreslår ett högre procenttal.

Intervju med missbruksspecialist:

Låt oss titta på Excelbladet (kolumn A). Där uppger ni att __ (antal) brukare har ett samtidigt missbruk, vilket motsvarar __ (procent) av alla. Stämmer den siffran, tycker du? Finns det individer på listan som har varit i det sista behandlingsstadiet länge och klarar sig utan insatser? [Om ja, uteslut de individerna från beräkningen.]

Räkneexempel utifrån team A:

EP1. Team A uppger på Excelbladet (kolumn A) att 60 av deras 88 brukare har en samtidig missbrukssjukdom, det vill säga 68 procent. Av de brukarna listas 18 personer vara i det sista behandlingsstadiet (befästandet). Intervjun med missbruksspecialisten visar att 8 av de 18 personerna har avhållit sig från missbruk under lång tid och inte behöver hjälp längre med att förebygga återfall. De framstegen går också att utläsa ur de senaste behandlingsplanerna. Därför beslutar bedömare att räkna bort de 8 personerna från de 60, vilket innebär att teamet har 52 brukare (59 procent) som har ett samtidigt missbruk och behöver och vill ha insatser på det området. Att behovet överstiger basskattningen på 40 procent kan förklaras av att teamet finns i en storstad med många drogproblem.

EP2. Enligt basskattningen är det 40 procent av team A:s 88 brukare, det vill säga 35 individer, som behöver och vill ha arbetsinriktade insatser.

EP3. Enligt basskattningen är det 90 procent av team A:s 88 brukare, det vill säga 79 individer, som behöver och vill ha återhämtningsinsatser.

Formel för slutpoäng:

EP1. Team A ger 39 av sina 88 brukare missbruksinsatser. Antalet brukare som behöver och vill ha sådana insatser uppskattas till 52 personer. Genom att dividera 39 med 52 får man fram att 65 procent av de brukare som behöver och vill ha dubbeldiagnosbehandling får den av teamet, vilket kvalificerar för 3 poäng på denna punkt.

EP2. Team A ger 23 av sina 88 brukare arbetsinriktade insatser. Antalet brukare som behöver och vill ha sådana insatser uppskattas till 35. Genom att dividera 23 med 35 kommer man fram till att 66 procent av de brukare som behöver och vill ha arbetsinriktade insatser får dem av teamet, vilket kvalificerar för 3 poäng på denna punkt.

EP3. Team A ger 20 av sina 88 brukare återhämtningsinsatser. Antalet brukare som behöver och vill ha sådana insatser uppskattas till 79 personer. Genom att dividera 20 med 79 kommer man fram till att 25 procent av de brukare som behöver och vill ha återhämtningsinsatser får dem av teamet, vilket kvalificerar för 1 poäng på denna punkt.

	1	2	3	4	5
EP1 Ansvar för dubbeldiagnosbehandling	Mindre än 30 % av de brukare som behöver dubbeldiagnosbehandling får den av teamet	30–59 % av de brukare som behöver dubbeldiagnosbehandling får den av teamet	60–79 % av de brukare som behöver dubbeldiagnosbehandling får den av teamet	80–89 % av de brukare som behöver dubbeldiagnosbehandling får den av teamet	Minst 90 % av de brukare som behöver dubbeldiagnosbehandling får den av teamet
EP2 Ansvar för arbetsinriktade insatser	Mindre än 30 % av de brukare som behöver arbetsinriktade insatser får dem av teamet	30–59 % av de brukare som behöver arbetsinriktade insatser får dem av teamet	60–79 % av de brukare som behöver arbetsinriktade insatser får dem av teamet	80–89 % av de brukare som behöver arbetsinriktade insatser får dem av teamet	Minst 90 % av de brukare som behöver arbetsinriktade insatser får dem av teamet
EP3 Ansvar för återhämtningsinsatser	Mindre än 30 % av de brukare som behöver återhämtningsinsatser får dem av teamet	30–59 % av de brukare som behöver återhämtningsinsatser får dem av teamet	60–79 % av de brukare som behöver återhämtningsinsatser får dem av teamet	80–89 % av de brukare som behöver återhämtningsinsatser får dem av teamet	Minst 90 % av de brukare som behöver återhämtningsinsatser får dem av teamet

EP4. Integrerad dubbeldiagnosbehandling (IDDT-modellen)

Definition: Teamet använder en stegvis behandlingsmodell som inte är konfrontativ och **hela teamet** (1) utvärderar samspelet mellan psykisk sjukdom och missbruk (2) följer principerna i KBT (3) ställer inga krav på total avhållsamhet utan stödjer skademinskning (4) anpassar behandlingen efter olika stadier i förändringsprocessen och (5) behärskar teknikerna i motiverande samtal.

Motivering: IDDT-modellen är utformad för individer som både har allvarlig psykisk sjukdom och ett samtidigt missbruk. Modellen, som är vetenskapligt förankrad, gynnar individernas återhämtning och förmåga att hantera sina symptom. Det är viktigt att alla teammedlemmar är hemmastadda i modellen.

INFORMATIONSKÄLLOR

Intervju
med
teamledare

Hur behandlar ni brukare som har dubbla diagnoser? [Fråga om det händer att de konfronterar någon med hans eller hennes missbruk.]

Vad tycker ni är målet för klienter som missbrukar alkohol eller narkotika? [Utforska om målen är individualiserade och sträcker sig från successiv nedtrappning till drogfrihet eller nykterhet, eller både och, beroende på individens beredskap att förändras.]

Hur ser ni på begreppen avhållsamhet kontra minskad droganvändning?

Använder ni metoder som inriktar sig på skademinskning? [Om ja:] **Kan du ge mig några exempel?**

Hänvisar ni brukare till Anonyma Alkoholister (AA) eller Anonyma Narkomaner (AN)? Hänvisar ni dem till avgiftningsprogram?

Känner du till IDDT-modellen? [Om ja:] **Använder ni den i teamet? Kan du ge mig några exempel?** [Lyssna om svaret pekar på att de försöker engagera tveksamma brukare genom motiverande samtal och anpassar insatserna efter individens förändringsberedskap.]

Om någon är intresserad av att minska eller sluta med sitt missbruk, vilka slags interventioner använder ni för att hjälpa den personen? [Lyssna om svaret pekar på att KBT-tekniker spelar en central roll, vilket innebär att identifiera faktorer som utlöser droganvändningen, förändra beteenden för att hantera triggerfaktorer och suget, avtala om belöningar som stöttar individens framsteg, motarbeta

	<p>irrationella och förvrängda tankemönster i stil med "Jag har bara roligt när jag är full" eller "Jag är ett fiasko för jag är knarkare" samt utveckla positiva beteenden som gör det lättare att stå emot frestelser.]</p>
<p>Intervju med missbruks-specialist</p>	<p>Skulle du kunna sammanfatta dina teamkollegors inställning till att behandla individer med ett samtidigt missbruk? [Utforska om det finns olika synsätt i gruppen när det gäller att behandla individer som missbrukar aktivt. I så fall, fråga:] <i>Tycker du att det finns vissa i teamet som förespråkar en mer traditionell behandlingsmodell än IDDT?</i></p>
<p>Intervju med behandlare</p>	<p>Hur behandlar ni klienter med missbruksproblem?</p> <p>Hänvisar ni brukare till AA eller AN? Hänvisar ni dem till avgiftningsprogram?</p> <p>Vad tycker du är målet för klienter som missbrukar alkohol eller narkotika? [Utforska om målen är individualiserade och sträcker sig från successiv nedtrappning till drogfrihet och nykterhet, eller både och, beroende på individens beredskap att förändras.]</p> <p>Hur ser teamet på begreppen avhållsamhet kontra minskad droganvändning?</p> <p>Använder ni metoder som inriktar sig på skademinskning? [Om ja:] <i>Kan du ge mig några exempel?</i></p> <p>Känner du till IDDT-modellen? [Om ja:] <i>Använder ni den i teamet? Kan du ge mig några exempel?</i> [Lyssna om svaren pekar på att de försöker engagera tveksamma brukare via motiverande samtal och anpassar insatserna efter individens förändringsberedskap.]</p>

Om någon vill minska eller sluta med sitt missbruk, vilka interventioner använder ni för att hjälpa den personen? [Lyssna om svaret pekar på att KBT-tekniker spelar en central roll, vilket innebär att identifiera faktorer som utlöser droganvändningen, förändra beteenden för att hantera triggerfaktorer och suget, avtala om belöningar som stöttar individens framsteg, motarbeta irrationella och förvrängda tankemönster i stil med "Jag har bara roligt när jag är full" eller "Jag är misslyckad för jag är knarkare" samt utveckla positiva beteenden som gör det lättare att stå emot frestelser.]

RIKTLINJER

Anvisning Fokus i den här punkten är att hela teamet följer principerna i IDDT-modellen när de arbetar med missbruksproblem. Eftersom det är omöjligt att prata med alla teammedlemmar, utgör intervjun med teamledaren den primära informationskällan. Men utnyttja också upplysningar från missbruksspecialisten och behandlare, innehållet i daganteckningar och diskussionen på teammötet som underlag för poängsättningen. Teamet kan få full poäng om det hänvisar brukare till självhjälpgrupper (till exempel AA eller AN) som ett extrastöd, men inte om de gör det i stället för att ge egna interventioner.

	1	2	3	4	5
EP4. IDDT-modellen	Teamet följer huvudsakligen en traditionell modell (t.ex. 12-stepsprogrammet, fokus på avhållsamhet). Inget kriterium i IDDT-modellen är uppfyllt	Ett till två av kriterierna i IDDT-modellen är uppfyllda	Tre av kriterierna i IDDT-modellen är uppfyllda	Teamet arbetar huvudsakligen utifrån IDDT-modellen och uppfyller fyra av kriterierna	Teamet arbetar helt utifrån IDDT-modellen och uppfyller alla fem kriterierna

EP5. Supported Employment (SE-modellen)

Definition: Teamet använder SE-modellen som utgångspunkt för arbetsrehabiliteringen, vilket innebär att **hela teamet** följer de här fem principerna: (1) Målet för brukarna är ett reguljärt arbete (2) Brukarens önskemål om att arbeta är det enda urvalskriteriet för insatserna (3) En bedömning av hur lönearbetet fungerar är viktigare än långdragna tester av arbetsförmågan i förväg (4) Placeringen i arbete är individanpassad och skräddarsydd efter personens preferenser (5) Stöd och coaching på arbetet pågår så länge arbetstagaren behöver och vill.

Motivering: SE-modellen är en evidensbaserad metod som vänder sig till vuxna med allvarlig psykisk sjukdom. För att tillämpningen av modellen ska lyckas måste alla teammedlemmar ansluta sig till de fem principerna ovan.

INFORMATIONSKÄLLOR

Intervju med arbetscoach	Skulle du kunna sammanfatta dina teammedlemmars syn på att hjälpa brukarna att få reguljära arbeten? [Utforska om det finns olika synsätt i gruppen. Finns det till exempel några som tycker att arbetsförmågan behöver utredas i förväg innan det kan bli aktuellt med ett vanligt lönearbete? Eller några som anser att somliga brukare inte är redo för att arbeta, eftersom de missbrukar droger, har bristfällig egenvård eller koncentrationsstörningar?]
Intervju med teamledare	Vilken inställning till arbetsrehabilitering har medlemmarna i teamet? [Ta reda på om de känner till SE-modellen och vad som utmärker den.]
Intervju med behandlare	<p>Hur kommer arbetscoachen i kontakt med brukare som vill arbeta? Vad utgår ni ifrån när ni förmedlar den kontakten? [Försök att ta reda på om teamet aktivt går in för att väcka brukarnas intresse för att arbeta och ofta hänvisar dem till arbetscoachen. Undersök också om det finns vissa bortgallringsmekanismer, till exempel drogmissbruk, som utestänger vissa brukare.]</p> <p>Vilka arbetsinriktade program (till exempel skyddad verkstad, övergångsanställning, arbete med lönebidrag) har brukarna tillgång till?</p> <p>Kan du ge några exempel på hur ni gör i teamet för att uppmuntra brukarna att prova på konkurrensutsatta arbeten?</p> <p>Tycker du att det finns brukare som behöver arbetsträning eller förberedas successivt innan det är dags att ge sig ut på öppna arbetsmarknaden?</p>

	<p>Känner du till Supported Employment-modellen? [Om ja:] Hur gör du för att förverkliga de idéerna?</p> <p>Vad gör du när en brukare vill arbeta heltid, men du vet att personen då löper risk att förlora sina sociala förmåner och bidrag?</p>
--	---

RIKTLINJER

Anvisning	<p>Fokus i den här punkten är att hela teamet följer idéerna i SE-modellen. Eftersom det är omöjligt att prata med alla teammedlemmar, utgör intervjun med behandlaren den <u>primära</u> informationskällan. Men utnyttja också upplysningar från arbetscoachen och övrig personal, innehållet i daganteckningar och diskussionen på teammötet som underlag för poängsättningen.</p>
------------------	---

EP5. Supported Employment (SE-modellen)	1	2	3	4	5
	Teamet använder inte SE-modellen	Teamet uppfyller en till två av principerna i SE-modellen	Teamet uppfyller tre av principerna i SE-modellen	Teamet uppfyller fyra av principerna i SE-modellen	Teamet arbetar helt enligt SE-modellen och uppfyller de fem principerna

EP6. Att värva och utbilda närstående

Definition: Hela teamet arbetar för att få brukarnas närstående att medverka i behandlingen och fungera som samarbetspartner genom att (1) undervisa dem om individens sjukdom (2) lära ut problemlösningstrategier som gäller svårigheter orsakade av sjukdomen och (3) ge stöd och vägledning samt tipsa om anhöriggrupper och andra stödföreningar i samhället.

Motivering: En av teamets uppgifter är att tillsammans med brukarna identifiera och fånga upp möjliga stödpersoner i omgivningen. Naturliga stödpersoner, som kan vara familjemedlemmar, nära vänner, hyresvärdar, arbetsgivare, lärare med flera, utgör en viktig resurs som kan bana väg för återhämtningen och integrationen i samhället. Enda kravet för att samarbeta med dem är att brukarna sagt ja till det.

INFORMATIONSKÄLLOR

Excelblad (kolumn P)	Undersök vilken kontakt teamet har med personer i brukarnas sociala nätverk.
Intervju med teamledare	<p><i>Hur arbetar teamet vanligtvis med brukarnas familjer och deras sociala nätverk?</i> [Fråga efter de tre strategierna ovan.]</p> <p>[Välj slumpmässigt ut några brukare som är listade på Excelbladet där teamet har haft kontakt med personer i det sociala nätverket, och fråga:]</p> <p><i>Kan du beskriva vad teamet gjorde i de här speciella fallen?</i></p>
Intervju med behandlare	<p><i>Hur arbetar teamet vanligtvis med brukarnas familjer och deras sociala nätverk?</i> [Fråga efter de tre strategierna ovan.]</p>

Intervju med brukare	<p><i>Händer det att teamet pratar med någon person som är viktig i ditt liv, till exempel någon i familjen, en nära vän eller en arbetsgivare? [Om ja, utforska vad de samtalen gått ut på. Fråga:] Tror du att sådana samtal kan vara en hjälp för dig?</i></p>
RIKTLINJER	
Anvisning	<p>Fokus i den här punkten är att hela teamet samarbetar med personer i brukarnas sociala nätverk genom att tillämpa de tre strategierna ovan. Eftersom det är omöjligt att prata med alla teammedlemmar, utgör intervjun med teamledaren den <u>primära</u> informationskällan. Men utnyttja också upplysningar från brukaren och övrig personal, innehållet i daganteckningar och diskussionen på teammötet som underlag för poängsättningen.</p>

	1	2	3	4	5
EP6. Att värva och utbilda närstående	Teamet använder ingen av de tre strategierna i samarbetet med närstående	Teamet använder en eller två av strategierna	Teamet använder tre av strategierna, men två bara DELVIS	Teamet använder tre av strategierna, men en bara DELVIS	Teamet använder de tre strategierna HELT i samarbetet med närstående

EP7. Kunskapsbaserad psykoterapi

Definition: (1) Teamet ger strukturerad psykoterapi, individuellt eller i grupp, eller både och. (2) De psykoterapeutiska metoder som används bygger på vetenskaplig grund och inriktar sig på att hantera specifika symptom och beteenden. (3) Minst 40 procent av brukarna har fått kunskapsbaserad psykoterapi under det senaste året.

Motivering: Förutom de allmänna stödsamtal och träningstillfällen som alla teammedlemmar erbjuder (till exempel social färdighetsträning) bör vissa behandlare i ACT-teamet kunna ge kunskapsbaserad psykoterapi. Anledningen är att vissa brukare kännetecknas av kliniska och beteendemässiga problem som kräver riktade insatser (till exempel psykotiska symptom, ångest, depression, kriminalitet eller symptom som är knutna till borderline personlighetsstörning).

INFORMATIONSKÄLLOR

Excelblad (kolumn K)

Undersök hur många brukare som får psykoterapeutisk behandling av teamet. Anteckna vilka metoder som används.

Intervju med teamledare

Får brukarna i teamet strukturerad psykoterapi? [Om ja:] Kan du berätta mer om vilka slags terapiformer det handlar om? Är terapin schemalagd till bestämda dagar och tidpunkter eller sker den under friare former, till exempel i samband med att ni går och handlar?

<p>Intervju med behandlare</p>	<p>[Låt teamledaren välja ut de två behandlare som är mest kvalificerade som psykoterapeuter. Fråga en av dem eller båda:]</p> <p>Ger du strukturerad psykoterapi regelbundet? Vilken eller vilka metoder utgår du från? Vilken metod använder du oftast? Hur kan en session tillsammans med dig gå till? [Be om konkreta exempel och utforska om teknikerna skiftar i förhållande till brukarnas symptom och bekymmer.]</p> <p>Utnyttjar du extramaterial eller handböcker i terapin? [Fråga efter förekomsten av arbetsblad, hemläxor, dagböcker, loggböcker med mera. Se tabell 11 för exempel på manualer.]</p> <p>[Hänvisa till svaren på Excelbladet och fråga:] Ungefär hur ofta ger du psykoterapi? Hur länge pågår varje session i genomsnitt? [Kravet för att få poäng för det första kriteriet är att terapin ges minst varannan vecka och att varje behandlingstillfälle varar minst 20 minuter.]</p> <p>Låt oss prata om den här brukaren. Vilken metod använder du tillsammans med honom eller henne? Hur har det fungerat?</p>
<p>Journalgenomgång & Brukares veckoscheman</p>	<p>Titta i journaler och andra dokument för att se efter om teamet ger strukturerad psykoterapi. Finns det omnämnt i behandlingsplaner, veckoscheman eller daganteckningar? Är det preciserat vilken individ som får vilken form av psykoterapi?</p>
<p>Dagligt teammöte</p>	<p>Lyssna på vad de två behandlarna och andra teammedlemmar rapporterar på teammötet när det gäller specifika psykoterapeutiska insatser.</p>
<p>RIKTLINJER</p>	
<p>Anvisning</p>	<p>Vid bedömningen tar man ställning till i vilken utsträckning teamet har en behandlare som regelbundet ger någon form av kunskapsbaserad psykoterapi och hur många brukare som får den behandlingen.</p> <p>Att bedöma om kriterium 1 är uppfyllt:</p> <p>Informationskällorna måste ge tillräckliga belägg för att minst en person i teamet ger strukturerad psykoterapi regelbundet. Att den är strukturerad innebär att den ska ske på inbokade sammankomster (det vill säga minst varannan vecka under minst 20 minuter varje gång) och vara inriktad på att ta itu med ett visst problem hos individen eller nå fram till ett visst mål. Målsättningen med terapin och den metod som används ska stå i behandlingsplanen.</p> <p>Att bedöma om kriterium 2 är uppfyllt:</p> <p>Informationskällorna måste ge tillräckliga belägg för att den som ger psykoterapi tillämpar en</p>

metod som är kunskapsbaserad och ändamålsenlig. Sådana belägg kan man få genom att locka fram exempel på vilka tekniker som används för att behandla särskilda symptom eller behovsområden och genom att titta på vilket extramaterial (manualer och handböcker) som utnyttjas. För att få poäng för det här kriteriet måste metoden vara klart och tydligt beskriven och framstå som lämplig i sammanhanget. Till exempel blir det ingen poäng om teamet kommer med vaga formuleringar om att de ger stödterapi eller tillämpar en teknik som är ineffektiv för tillståndet (till exempel psykoanalys för att komma till rätta med en fobi).

Att bedöma hur många brukare som får insatsen:

Här uppskattar man om alla brukare som skulle ha nytta av psykoterapi har fått eller får det av teamet. Eftersom strukturerad psykoterapi är en tidsbegränsad behandling gäller bedömningen de brukare som har fått insatsen under det senaste året (vilket innebär att det inte är säkert att den pågår längre). Titta på Excelbladet (kolumn K) för att fastställa datum när brukarna påbörjat och avslutat terapin.

Tabell 11 Exempel på kunskapsbaserade psykoterapier

Terapins namn	Diagnos eller symptom	Exempel på manualer eller handböcker
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	Schizofreni	<i>Cognitive Behavioral Therapy of Schizophrenia (Kingdon & Turkington 1994)</i>
	Panikångest Panikångest med agorafobi Fobier	<i>Mastery of Your Anxiety and Panic (Barlow, Craske, & Meadows 2005)</i> <i>Mastering Your Fears and Phobias (Craske, Antony, & Barlow 2006)</i>
Kognitiv terapi	Depression	<i>Cognitive Therapy: Basics and Beyond (Beck 1995)</i> <i>Cognitive Therapy of Depression (Beck, Rush, Shaw, & Emery 1979)</i>
	Bipolär sjukdom	<i>Cognitive Behavioral Therapy for Bipolar Disorder (Ramirez-Basco & Rush 1996)</i> <i>Integrated Family and Individual Therapy for Bipolar Disorder (Miklowitz, Richards, George et al. 2003)</i>
Exponeringsterapi	Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)	<i>Prolonged Exposure Therapy for PTSD (Foa, Hembree & Rothman 2007)</i>
Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	Depression	<i>Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change (Hayes, Strosahl & Wilson 1999).</i>

	1	2	3	4	5
EP7. Kunskapsbaserad psykoterapi	Teamet ger inte psykoterapi till brukarna	Teamet uppfyller bara det första kriteriet	Teamet uppfyller båda kriterierna och mindre än 25 % av brukarna har fått psykoterapi under det senaste året	Teamet uppfyller båda kriterierna och 25–39 % av brukarna har fått psykoterapi under det senaste året	Teamet uppfyller båda kriterierna och minst 40 % av brukarna har fått psykoterapi under det senaste året

EP8. Stöd vid boende (modellen Supportive Housing, i Sverige oftast benämnd Bostad först)

Definition: Teamet främjar modellen Bostad först, som innebär följande: 1) Brukarna väljer var och hur de vill bo 2) Inga förkrav på att individen ska vara redo att kunna sköta en bostad 3) Ambitionen är att skaffa en så kallad vanlig bostad och ge stöd efter behov 4) Rätten att behålla sin bostad är inte kopplad till följsamhet till behandlingen.

Motivering: ACT-teamet hjälper brukarna att hitta ett boende i samhället som stämmer med deras preferenser. Individernas kliniska status eller förmåga att delta i ACT-programmet ska inte utgöra ett hinder för att få tillgång till egen bostad eller till ett förstahandskontrakt. Vetenskapliga undersökningar har visat att modellen Bostad först gör det lättare för brukarna att återhämta sig och behålla sina bostäder i samhället.

INFORMATIONSKÄLLOR

Intervju med teamledare

Hur bor brukarna för det mesta? [Utforska brukarnas boendesituation och vem som ingår i deras hushåll genom att till exempel fråga:] *Bor brukarna tillsammans med sina familjer? Har de egen lägenhet eller delar de den med andra? Bor de i särskilda boenden? Är de särskilda boendena koncentrerade till ett speciellt bostadsområde eller är de utspridda i kommunen?* [Kartlägg också vilka boendeanternativ som teamet kan erbjuda. Gå igenom Excelbladet (kolumn L) för att ta reda på hur många individer som är bosatta i miljöer där mer än 25 procent av de boende har en funktionsnedsättning. Utnyttja de siffrorna för att be teamledaren förklara mer om vilka som bor i specialanpassade respektive integrerade miljöer. Uteslut brukare som vistas på institution eller i fängelse.]

Hur går det till när ni bestämmer var brukarna ska bo? [Ta reda på hur stora möjligheter brukarna har att uttrycka sina önskemål och att välja boendeform. Undersök också om det är förknippat med vissa villkor från teamets sida för att hjälpa brukarna att skaffa egen lägenhet eller få lov att behålla den.]

[Välj slumpmässigt ut några brukare från Excelbladet som bor i särskilda boenden. Om ingen person är utnämnd till boendestödjare i teamet, fråga teamledaren:]

Skulle du kunna beskriva varför X bor här och hur ni resonerar kring personens boende i framtiden? Vad planerar ni att göra?

Boendestödjare

Hur bor brukarna för det mesta? [Utforska brukarnas boendesituation och vem som ingår i deras hushåll genom att till exempel fråga:] *Bor brukarna tillsammans med sina familjer? Har de egen lägenhet eller delar de den med andra? Bor de i särskilda boenden? Är de särskilda boendena koncentrerade till ett speciellt bostadsområde eller är de utspridda i kommunen?* [Kartlägg också vilka boendeanternativ som teamet kan erbjuda.]

	<p>Hur går det till när ni bestämmer var brukarna ska bo? [Ta reda på hur stora möjligheter brukarna har att uttrycka sina önskemål och att välja boendeform. Undersök också om det är förknippat med vissa villkor från teamets sida att hjälpa brukarna att skaffa egen lägenhet eller få lov att behålla den.]</p> <p>[Välj slumpmässigt ut några brukare från Excelbladet som bor i särskilda boenden och fråga:] Skulle du kunna beskriva varför X bor här och hur ni resonerar kring personens boende i framtiden? Vad planerar ni att göra?</p>
<p>Intervju med brukare</p>	<p>Har du själv bestämt var du ska bo och tillsammans med vem? [Utforska hur nöjd brukaren är med sitt nuvarande boende och vem som har fattat beslutet genom att till exempel fråga:] <i>Stämmer ditt boende med vad du vill och önskar? Har du kunnat välja fritt mellan olika alternativ eller har teamet ställt vissa krav som du varit tvungen att leva upp till? Skulle du vilja bo på ett annat sätt i framtiden?</i> [Om ja:] <i>Tycker du att teamet backar upp dig i det önskemålet?</i></p>
<p>Journalgenomgång och dagligt teammöte</p>	<p>Gå igenom journaler för att få information om brukarnas boendemiljöer, hur besluten har fattats och i vilken mån brukarnas preferenser har fått genomslag. Uppmärksamma diskussionen på teammötet. Förespråkar teammedlemmarna så kallade placeringar i särskilda boenden? Verkar de inställda på att omförhandla ett beslut och tänka i nya banor? Poängterar de brukarnas egna intressen?</p>
<p>RIKTLINJER</p>	
<p>Anvisning</p>	<p>Utnyttja tabell 12 för att uppskatta om och i vilken utsträckning teamet uppfyller de fyra kriterier som utmärker modellen Bostad först. Precis som vid bedömningen av EP4 (IDDT-modellen) och EP5 (SE-modellen) tar man både ställning till vilka värderingar som genomsyrar teamet och hur medlemmarna arbetar i praktiken. Kom ihåg att teamets praktiska utövning kan hämmas av yttre faktorer, till exempel lokala resurser, verksamhetens riktlinjer och situationen på bostadsmarknaden, som det gäller att ha överseende med. Dock, om de flesta i teamet verkar ha en syn på brukarnas boende som strider mot normerna i den här modellen blir det inga höga poäng.</p>

Tabell 12. Att bedöma de fyra kriterierna i Bostad först

Beskrivning av kriterium	Inte uppfyllt	Delvis uppfyllt	Helt uppfyllt
<p>1) Val av boende: Teamet hjälper till att ordna olika boendealternativ som brukarna kan välja mellan och som stämmer med deras preferenser om hur och var de vill bo. Brukarna väljer också om de vill bo ensamma eller dela bostad med någon, och i så fall vilka som ska ingå i hushållet. En s.k. vanlig lägenhet med rimlig hyra är ett av de alternativ som erbjuds.</p>	<p>Brukarna har ingen valfrihet när det gäller att bestämma sitt boende. Teamet fattar beslutet på egen hand.</p>	<p>Brukarna har viss valfrihet när det gäller att bestämma sitt boende, men det finns restriktioner när det gäller typ av boende eller hushållets sammansättning.</p>	<p>Brukarna väljer hur och var de vill bo utifrån sina preferenser. Teamet erbjuder hjälp med att ordna en rad olika alternativ, varav ett är en s.k. vanlig lägenhet med rimlig hyra. Brukarna väljer också hur många och vem som ska ingå i hushållet och om de vill dela bostad med någon. (Antalet får dock inte överstiga bestämmelser i hyreskontraktet).</p>
<p>2) Tillgång till egen bostad: Teamet hjälper alla brukare som vill ha egen bostad att skaffa en, utan att ställa krav på att personerna först har visat att de klarar av det.</p>	<p>Brukarna får inte tillgång till egen bostad förrän de bott en period i en övergångslägenhet och uppfyllt andra krav (t.ex. varit nyktra eller drogfria en tid, tagit sina mediciner, följt teamets överenskommelser).</p>	<p>Brukarna får tillgång till egen bostad när de uppfyllt vissa minimikrav, t.ex. undvikit kriminella handlingar på senaste tiden eller följt teamets behandlingsregim ganska väl.</p>	<p>Brukarna får tillgång till egen bostad utan att först ha visat upp att de är redo att klara av det. (Enda kravet är att följa bestämmelserna i hyreskontraktet).</p>
<p>3) Integrerade boendemiljöer: Ambitionen är att brukarna ska bo utspridda i samhället, i lägenheter eller rum som kan hyras av alla människor, och inte koncentreras till vissa bostadsområden eller fastigheter som är reserverade för individer med funktionsnedsättning.</p>	<p>Brukarna bor i områden där mer än 75 % av bostäderna är reserverade för eller bebos av individer med funktionsnedsättning.</p>	<p>Brukarna bor i områden där 26–75 % av bostäderna är reserverade för eller bebos av individer med funktionsnedsättning. Resten av bostäderna är inte öronmärkta för människor med särskilda behov, t.ex. hemlösa.</p>	<p>Brukarna bor i områden där högst 25 % av bostäderna är reserverade för eller bebos av individer med funktionsnedsättning. Resten av bostäderna är inte öronmärkta för människor med särskilda behov, t.ex. hemlösa.</p>
<p>4) Rätten att bo kvar: Rätten att behålla hyreskontraktet beror inte på individens följsamhet till behandlingen.</p>	<p>Rätten att behålla hyreskontraktet upphävs om individen missköter behandlingen eller bryter mot överenskommelser (t.ex. börjar missbruka igen, låter bli sina mediciner).</p>	<p>Rätten att behålla hyreskontraktet är förknippad med vissa krav på följsamhet till behandlingen. Men försummelse leder inte till vräkning.</p>	<p>Brukarna har rätt att behålla hyreskontraktet, oavsett om de är följsamma till behandlingen eller inte.</p>

	1	2	3	4	5
<p>EP8. Stöd vid boende</p>	<p>Teamet uppfyller inget eller ett kriterium</p>	<p>Teamet uppfyller två kriterier HELT eller DELVIS</p>	<p>Teamet uppfyller tre kriterier HELT eller DELVIS</p>	<p>Teamet uppfyller fyra kriterier, varav ett HELT</p>	<p>Teamet uppfyller fyra kriterier, varav tre HELT</p>

Individen i fokus (PP)

PP1. Behandlingsplanen speglar individens starka sidor

Definition: Brukarens styrkor och kompetens ligger till grund för mål och handlingsstrategier i behandlingsplanen.

Motivering: Det är viktigt att teamet inte bara kartlägger individens möjligheter och resurser på papperet utan också utnyttjar dem i det praktiska arbetet. Att teamet koncentrerar sig på ett styrkebaserat förhållningssätt ska märkas i behandlingsplanerna.

INFORMATIONSKÄLLOR

Journalgenomgång	Välj slumpmässigt ut några journaler. Gå igenom behandlingsplanerna för att se efter om teamet har identifierat minst tre olika talanger och styrkor hos brukarna som avspeglas i mål och handlingsstrategier.
Intervju med behandlare	<i>Kartlägger ni brukarnas styrkor och resurser? Hur gör ni för att ta vara på dem i behandlingsplanerna? Kan du ge mig några exempel?</i>

RIKTLINJER

Anvisning	Använd journalgenomgången som <u>primär</u> informationskälla.
------------------	--

	1	2	3	4	5
PP1. Behandlingsplanen speglar individens starka sidor	Teamet kartlägger inte brukarnas starka sidor	Mindre än 30 % av behandlingsplanerna innehåller mål och insatser som bygger på brukarnas starka sidor	30-59 % av behandlingsplanerna innehåller mål och insatser som bygger på brukarnas starka sidor	60-89 % av behandlingsplanerna innehåller mål och insatser som bygger på brukarnas starka sidor	Minst 90 % av behandlingsplanerna innehåller mål och insatser som bygger på brukarnas starka sidor

PP2. Individbaserad behandlingsplan

Definition: Teamet utarbetar en individuell behandlingsplan som kännetecknas av fem komponenter. Dessa innebär att teamet: (1) skissar idéer till en behandling tillsammans med brukaren utifrån de första samtalen om akuta problem och behov (före det inledande behandlingsmötet), (2) håller regelbundna möten för att planera behandlingen, (3) ser till att de som deltar i mötena är nyckelpersonal, brukaren och personer som han eller hon önskar ska vara med (till exempel familjemedlemmar), (4) värnar om att mötena styrs av brukarens mål och preferenser och (5) coachar och uppmuntrar individen att uttrycka sina intressen och fatta egna beslut under mötena.

Motivering: ACT-modellen innebär en omprövning av den traditionella behandlingsprocessen. Här står individernas uttryckta behov, preferenser och rätt till självbestämmande i fokus. Att låta brukarna spela en central roll i planeringen av vilka insatser och målsättningar som ska stå på dagordningen är en form av kompetensförklaring. Det är ett sätt att stärka deras egenmakt och främja positiva och sunda val, både när det gäller de psykiatriska insatserna och tillvaron i stort.

INFORMATIONSKÄLLOR

Behandlingsmöte	Observera minst ett behandlingsmöte. Prägla mötet/mötena av de fem komponenterna ovan?
------------------------	--

Journalgenomgång	Gå igenom behandlingsplaner för att komplettera informationen.
-------------------------	--

Intervju med behandlare	<p><i>Hur ofta har ni behandlingsmöten?</i></p> <p><i>Hur går det till när ni skissar idéer till en behandlingsplan tillsammans med brukaren före det första behandlingsmötet?</i></p> <p><i>Vilka brukar vara med på ett behandlingsmöte?</i></p> <p><i>Hur vanligt är det att brukaren är med på sitt behandlingsmöte?</i></p> <p><i>Vilken roll har brukaren på behandlingsmötet?</i></p> <p><i>Hur försäkrar du dig om att brukaren förstår vad som diskuteras på behandlingsmötet? Hur gör du brukaren medveten om sin egen roll i behandlingen i stort och på det här speciella mötet?</i></p>
--------------------------------	--

Intervju med brukarspecialist	<i>Hjälper du brukarna att förstå sin egen roll i behandlingen eller att förbereda sig för sina behandlingsmöten? Hur gör du då?</i>
Intervju med brukare	<p><i>Vet du vad som menas med en så kallad behandlingsplan? Vet du hur din behandlingsplan ser ut?</i></p> <p><i>Brukar du vara med på dina behandlingsmöten? Hur är det?</i></p> <p><i>Brukar du säga vad du vill och tycker eller sitter du mest tyst?</i></p> <p><i>Vilka brukar vara med på mötena? Har teamet frågat dig om du vill ha med en kamrat, någon från din familj eller någon annan viktig person på mötena?</i></p> <p><i>Upplever du att teamet tar hänsyn till vad du säger på mötena?</i></p>

RIKTLINJER

Anvisning	Att observera ett eller flera behandlingsmöten utgör den <u>primära</u> informationskällan. Deltar utvalda nyckelpersoner från teamet i mötet eller all personal? Uppmuntrar teamet aktivt brukaren att göra sin röst hörd eller inte? Komplettera intrycken med hjälp av intervjuer med personal och brukare.
------------------	--

	1	2	3	4	5
PP2. Individbaserad behandlingsplan	Teamet följer en av komponenterna HELT <u>eller</u> två av dem DELVIS	Teamet följer två av komponenterna HELT <u>eller</u> tre av dem DELVIS	Teamet följer tre av komponenterna HELT <u>eller</u> fyra av dem DELVIS	Teamet följer fyra av komponenterna HELT	Teamet följer de fem komponenterna HELT

PP3. Insatserna täcker många livsområden

Definition: Teamet genomför insatser som inriktar sig på ett brett spektrum av områden i brukarnas tillvaro (till exempel fysisk hälsa, boendesituation, arbete, utbildning och kriminellt beteende). Bredden av insatserna kännetecknas av två kriterier: (1) Mångsidiga insatser specificeras i behandlingsplanerna och matchar målen i dessa. (2) Planerade insatser genomförs i praktiken.

Motivering: Eftersom brukarna i ACT ofta har problem på många olika områden i livet räcker det inte med att teamet enbart tar itu med svårigheter som är förknippade med deras psykiska sjukdom. Teamets arbetssätt måste spegla ett helhetsperspektiv på individerna.

INFORMATIONSKÄLLOR

Dagligt teammöte

Anteckna vilka insatser som planeras för dagen. Sträcker de sig utöver sådana som rör det rent kliniska omhändertagandet? Undersök brukarnas loggböcker för att få en bild av insatsernas bredd.

Journalgenomgång

Läs igenom vilka mål som finns i behandlingsplanerna. Representerar de olika områden i tillvaron som bemöts genom ett brett spektrum av insatser? Vad visar daganteckningarna?

Brukarnas veckoscheman

Titta på brukarnas veckoscheman. Är de planerade kontakterna inriktade på att nå mål som täcker många eller få områden av brukarnas liv?

RIKTLINJER

Anvisning

Att fokusera på livsområden för att bana väg för återhämtningen innebär mer än att uppnå mål för den kliniska behandlingen, till exempel se till att läkemedelsbehandlingen fungerar, sträva efter symptomminskning och undvika sjukhusinläggning. Det innebär också att hjälpa till att nå mål inom områden som rör boende, ekonomi, fysisk hälsa, sociala relationer, arbete och utbildning, inblandning i rättsväsendet och användningen av droger.

Kriterium 1: Mångsidiga insatser specificeras i behandlingsplanerna:

För att bedöma om teamet uppfyller det här kriteriet, gå igenom behandlingsplanerna för att se efter hur många av dem som innehåller specifika mål som täcker flera livsområden hos brukarna.

Helt uppfyllt: Minst 80 procent av behandlingsplanerna består av insatser som inriktar sig på att nå mål inom tre eller flera områden av brukarnas liv.

Delvis uppfyllt: 50–79 procent av behandlingsplanerna består av insatser som inriktar sig på att nå mål inom tre eller flera områden av brukarnas liv eller minst 80 procent av behandlingsplanerna består av insatser som inriktar sig på att nå mål inom två livsområden.

Observera! Insatserna måste inte spegla tre *olika* målsättningar, eftersom de ibland överlappar varandra. Till exempel kan huvudmålet vara att hjälpa individen att behålla sin lägenhet, och delmålet vara att lyckas med det genom att förbättra förhållandet till grannarna och stärka den sociala kompetensen.

Kriterium 2: Mångsidiga insatser genomförs i praktiken:

För att bedöma om teamet uppfyller det här kriteriet, gå igenom innehållet i daganteckningar, brukarnas loggböcker och var lyhörd för vad som rapporteras under teammötet.

Helt uppfyllt: Majoriteten av brukarna får insatser som inriktar sig på minst tre livsområden.

Delvis uppfyllt: Ungefär hälften av brukarna får insatser som inriktar sig på minst tre livsområden.

Observera! Om det verkar finnas ett glapp mellan vad teamet planerar på papperet och förverkligar i praktiken, sondera terrängen vidare. Prata med personalen och se efter hur brukarnas veckoscheman stämmer överens med behandlingsplaner och teamets dagsschema.

	1	2	3	4	5
PP3. Insatserna täcker många livsområden	Teamet varken planerar eller ger insatser som täcker många livsområden	Teamet planerar eller ger insatser som täcker många livsområden, men det görs inte konsekvent (uppfyller ett av kriterierna DELVIS)	Teamet planerar och ger insatser som täcker många livsområden, men det görs inte konsekvent (uppfyller båda kriterierna DELVIS)	Teamet ger insatser som täcker många livsområden (uppfyller kriterium 2 HELT), men insatserna specificeras inte konsekvent i behandlingsplanerna (uppfyller kriterium 1 DELVIS)	Teamet uppfyller de båda kriterierna HELT

PP4. Fokus på individens självbestämmande och oberoende

Definition: Teamet främjar brukarnas självständighet och autonomi genom att (1) hjälpa dem att bli medvetna om de valmöjligheter som står till buds, (2) respektera deras beslut i vardagen så mycket som möjligt och (3) lära ut de färdigheter som behövs för att kunna klara sig på egen hand. Det är viktigt att teamet balanserar graden av tillsyn och vårdinsatser efter den enskildes behov och funktionsförmåga. Ledstjärnan ska alltid vara att stärka personens egenansvar och självbestämmande.

Motivering: ACT-team är inblandade i många områden av brukarens liv. Risken finns att de intar en förmyndarattityd, övertar ansvaret eller utför saker och ting i vardagen som individen skulle behöva träna på egen hand. Att själv sköta sin medicinering och ekonomi är till exempel områden som är i riskzonen för överdriven assistans och styrning.

INFORMATIONSKÄLLOR

Intervju
med
brukare

Tycker du att teamet har hjälpt dig att ta större ansvar i ditt liv? Tycker du att teamet har lärt dig saker som du behöver kunna för att klara dig själv bättre? Kan du ge några exempel?

Upplever du att teamet säger åt dig vad du ska göra till vardags eller bestämmer du själv?

[Ställ till exempel följande frågor:] *Vem bestämmer vilka kläder du ska ha på dig? Vad du ska ha till middag? Om och när du ska ta dina tabletter? Vilken tid det är dags att stiga upp och gå och lägga sig? När lägenheten behöver städas? Hur du ska tillbringa dagen? Var du ska arbeta?*

Hjälper teamet till att sköta din ekonomi? På vilket sätt? Kan du spendera dina pengar som du vill eller lägger sig teamet i det?

Håller teamet uppsikt över att du tar dina mediciner? Hur ofta? Tycker du att det är lagom ofta?

Observera
språket

Lägg märke till hur teammedlemmarna pratar om och med brukarna. Signalerar språket styrning och föreskrifter från deras sida eller inbjuder det till egna funderingar och val? Får språket brukarnas självständighet att växa eller krympa? Hur väl respekteras brukarnas integritet, särskilt i hemmiljön? Händer det att personalen tar sig friheter, till exempel kontrollerar innehållet i kylskåpet, utan att fråga om lov? Utforska i vilken utsträckning teamet styr brukarnas vardagsaktiviteter för att besvara frågan: Verkar teamets grad av assistans och övervakning rimlig med tanke på brukarens funktionsförmåga?

Journal- genomgång	<p>Verkar teamet <u>göra saker åt</u> brukarna i stället för att <u>lära ut</u> hur man gör dem?</p> <p>Vittnar journalerna om en ovanligt hög grad av övervakning och insatser som inte står i rimlig proportion till brukarnas behov (till exempel att väldigt många får tillsyn dagligen)?</p> <p>Framgår det av behandlingsmålen att förmågan att klara sig på egen hand har vuxit på flera områden, till exempel när det gäller att sköta medicineringen, laga mat, ansvara för sin privatekonomi?</p>
Dagligt teammöte	<p>Var lyhörd för vilket språk teamet använder för att resonera om brukarna. Låter det som om teamet bestämmer, löser problemen och kommer med klara direktiv? Eller låter det som om brukarna uppmuntras att själva hitta meningsfulla alternativ?</p> <p>Tabellen ger exempel på ett språk som signalerar styrning kontra ett språk som gynnar självständighet och valmöjligheter.</p>

Tabell 13. Exempel på ett styrande språk kontra ett språk som gynnar självbestämmande

Styrande språk	Språk som gynnar självbestämmande
<p>“Linda hade på sig sina morgontofflor igen när jag dök upp i går. Jag sa till henne att sätta på sig ytterskor, annars ville jag inte följa med henne till affären.”</p>	<p>“Linda hade på sig sina morgontofflor igen när jag dök upp i går. Jag påminde henne om att hon precis hade köpt ett par nya ytterskor och undrade om hon inte ville prova dem för att gå och handla. Det skulle vara ett sätt, menade jag, att se efter om hon gillade dem eller inte.”</p>
<p>“Låt oss titta in hos Johan 07.30 i dag för att ge honom medicinerna. Då är vi ju säkra på att han stiger upp och inte sover bort hela förmiddagen.”</p>	<p>“Johan sover alltid när vi kommer vid 10-tiden. Vi skulle kunna fråga honom om han vill att vi kommer tidigare för att hjälpa honom att starta dagen, åtminstone två gånger i veckan. Ett annat förslag är att försöka ta reda på varför han sover så länge på morgnarna. Beror det på att han är morgontrött, nedstämd eller inte tycker sig ha någon anledning att stiga upp? Kanske skulle det hjälpa att köpa en kaffebryggare med inställd timer? Vi kan ju fråga vad han tycker om den idén.”</p>

Intervju med teamedare	<p><i>Hur gör teamet för att hjälpa brukarna att själva ta ansvar och fatta egna beslut? Kan du ge några exempel på brukare som har blivit mer självständiga med tiden? Vad gjorde ni i de fallen?</i></p> <p><i>Har du varit med om brukare som har bestämt saker och ting i sin vardag som teamet har uppfattat som opassande eller olämpliga? Vad gjorde ni i de situationerna?</i></p>
-----------------------------------	--

Hur många brukare besöker ni varje dag för att kontrollera att de tar sina antipsykosmedel oralt eller får en depåinjektion? [Om det handlar om mer än 40 procent av brukarna, kan det vara ett tecken på att teamet överdriver läkemedelskontrollen. När det gäller depåbehandling är det viktigt att ha i bakhuvudet att även om somliga har fattat ett aktivt beslut om den administrationsformen, finns andra som kan uppleva den som ett intrång.]⁸

⁸ Patel, et al. (2009). Depot and oral antipsychotics: patient preferences and attitudes are not the same thing. *Journal of Psychopharmacology*, 23 (7), 789–796.

RIKTLINJER

Anvisning

Bedömningen av den här punkten bygger till stor del på spontana intryck och ögonblicksbilder, även om andra informationskällor kan stärka uppfattningen. Oftast består ACT-teamens brukare både av en del individer som behöver nära tillsyn och tydlig styrning och andra som klarar sig med mindre uppbackning. A och O är att teamet anpassar graden av uppsikt och styrning efter brukarens aktuella behov och alltid följer den bärande idén: att öka individens självständighet och autonomi.

Team som får låga poäng på den här punkten hjälper till för mycket, vilket undergräver individens självförtroende och oberoende. Sådana team drar sig för att låta brukarna göra egna misstag i vardagen och lära sig av sina erfarenheter, en förutsättning för att kunna växa som människa.

Tabell 14 Förhållningssätt som banar väg för ett självständigt liv

Förhållningssätt	Beskrivning
Göra brukaren medveten om de valmöjligheter som står till buds för honom eller henne	Teamet hjälper individen att förstå att det finns flera alternativ att välja mellan när det gäller viktiga saker, vilket gör det lättare för honom eller henne att fatta ett genomtänkt beslut.
Respektera vardagliga beslut så mycket som möjligt	Teamet respekterar <i>oftast</i> brukarens beslut när det gäller aktiviteter under dagen, t.ex. när man ska stiga upp på morgonen och lägga sig på kvällen, vilken mat som ska ätas, vilka kläder som ska bäras, hur hushållet ska skötas och vem man ska umgås med.
Lära ut de färdigheter och kunskaper som behövs för att kunna klara sig på egen hand	Teamet tränar individen att hantera sin tillvaro och leva självständigt genom att lära ut nödvändiga färdigheter.

	1	2	3	4	5
PP4. Fokus på individens självbestämmande och oberoende	Teamet följer inget av tillvägagångssätten. En hög grad av styrning, föreskrifter och "teamet vet bäst" präglar arbetet	Teamet tillämpar ett av tillvägagångssätten	Teamet tillämpar två av tillvägagångssätten	Teamet tillämpar de tre tillvägagångssätten, men bara vissa i personalgruppen och bara i förhållande till vissa brukare	All personal tillämpar de tre tillvägagångssätten för alla brukare

Bilaga 2. APPENDIX A: TEAMÖVERSIKT

Teamets namn:	
Teamledare:	Datum:

Besvara varje fråga om ACT-teamet så gott du kan.

- Hur många anställda, inklusive psykiater, finns i teamet? Ta inte med någon som har varit tjänstledig i tre månader eller längre.
 _____ (antal anställda)
- Fyll i tabell 1 om teamets nuvarande bemanning. [OS1, OS5, CT1, CT3, CT6, ST1, ST4, ST7]

Tabell 1. ACT-teamets bemanning

Den anställdes namn	Befattning	Datum för anställning	Heltid eller antal arbetstimmar per vecka	Högsta avlagda examen	Specialistutbildning (t.ex. inom missbruk, Supported Employment) och/eller kliniska erfarenheter	Antal arbetsår som specialist eller kliniker	Om någon arbetar mindre än heltid, hur många dagar i veckan går han eller hon på dagliga teammöten?

- Hur många i personalen har slutat sedan teamet startade?
 _____ (antal)

4. Under det senaste året, hur många vakanta tjänster har funnits i teamet varje månad? Var snäll och specificera vilka tjänster som varit obesatta.

Tabell 2. Vakanta tjänster

Månad	Antal vakanser	Tjänster som varit vakanta
Januari		
Februari		
Mars		
April		
Maj		
Juni		
Juli		
Augusti		
September		
Oktober		
November		
December		

5. Ungefär hur många i personalen har varit borta från arbetet mer än en månad under det senaste året? Ta med all långtidsfrånvaro, till exempel på grund av sjukskrivning eller föräldraledighet.
- _____
6. Hur många timmar i veckan har du i genomsnitt haft direkta kontakter med brukare och deras närstående under den senaste månaden? Direkta kontakter omfattar möten ansikte mot ansikte, telefonsamtal, deltagande i bedömningar och deltagande i behandlingsmöten där brukare eller närstående (eller både och) varit med. [CT2]
- _____ antal timmar i direkta kontakter med brukare eller närstående per vecka
7. Hur många gånger har du under den senaste månaden gett klinisk handledning till de två medlemmar i teamet som behöver det bäst? [CT2]
- _____ antal gånger har var och en fått handledning senaste månaden
- Individuellt eller tillsammans (ringa in ett av svaren)
8. Hur många brukare har teamet (a) för närvarande (b) kan teamet ha som mest? [OS1, OS5, OS10]
- (a) _____ antal brukare för närvarande
- (b) _____ antal brukare teamet kan ha som mest (maximal brukarkapacitet)
9. Hur många brukare hade teamet för precis ett år sedan? [OS10]
- _____ antal brukare
10. Rekryterar ni själva nya brukare genom att besöka platser i samhället, akutmottagningar eller psykiatriska kliniker? [OS7] Ja Nei
11. Har det hänt att ni gallrat bort olämpliga remisser? [OS6]
- Ja Nei
12. Har ni några brukare just nu som **inte** uppfyller intagningskriterierna eller som är olämpliga för ACT? [OS6]
- Ja Nei

13. Om svaret är ja, hur många av era brukare tillhör **inte** målgruppen? [OS6]

14. Hur många brukare har ni i genomsnitt tagit in per månad under det senaste halvåret? [OS8]

15. Hur många brukare har ni avslutat kontakten med under det senaste året? Ange antal och orsak. [OS9, OS10]

_____ utskrivna till följd av betydande förbättring eller minskat behandlingsbehov

_____ utflyttad från teamets upptagningsområde

_____ avslutat fall (därför att personen var omöjlig att få tag på eller vägrade ta emot hjälp)

_____ överförd till en mer restriktiv vårdmiljö (t.ex. till sjukhus eller vårdhem)

_____ avliden

_____ annat (specificera) _____

16. Använd ett tomt papper. Var snäll och gör en lista över de tio brukare som senast blivit intagna på en psykiatrisk klinik respektive de tio brukare som senast blivit utskrivna därifrån. (Skriv deras initialer.)

Appendix B. Exempel på Excelblad

Riktlinjer & Definitioner

BAKGRUND: Era svar kommer att vägleda intervjufrågorna. De kommer att jämföras med daganteckningar, bedömningar och behandlingsplaner i brukarnas journaler. Journalgenomgången används för att fastställa att de insatser som står i det här Excelbladet utförs. Det blir ingen poäng för en insats som uppges i Excelbladet men inte finns dokumenterad i journalen.

För att börja fylla i Excelbladet: Lista alla era brukare på ett sätt som gör att ni kan identifiera dem (till exempel via initialer). Var snäll och ange om brukaren uppfyller kriteriet i fråga eller får de insatser som räknas upp.

Många punkter uppmanar er att dokumentera och reflektera över de insatser som ges direkt av ACT-teamet. För att insatserna ska räknas som så kallade direkta insatser ska de ges av en teammedlem som arbetar minst 16 timmar i veckan och går på minst två dagliga teammöten per vecka. Till exempel kan det finnas en terapeut i verksamheten som arbetar med flera brukare och har tät kontakt med teamet men inte närvarar på dagliga teammöten eller behandlingsmöten. Den terapeuten betraktas **inte** som en del av ACT-teamet.

Ibland kan brukarna få en insats (till exempel arbetsrehabilitering) av både ACT-teamet och icke-ACT-personal. Om så är fallet, notera båda.

Nikotin och koffein räknas inte som missbrukssubstanser.

STADIER I FÖRÄNDRINGSPROCESSEN:

Tidiga stadier i förändringsprocessen omfattar individer som aktivt missbrukar alkohol eller narkotika, eller både och, oavsett om de betraktar sin droganvändning som ett problem eller inte. Individerna kan ha uttryckt en önskan om att minska eller sluta med sitt missbruk, men de är ambivalenta till en förändring.

Senare stadier i förändringsprocessen omfattar individer som har bestämt sig för att trappa ner på eller sluta med sitt missbruk och de söker hjälp för att kunna genomföra förändringen. Vissa gånger har de försökt minska sin droganvändning eller varit drogfria eller nyktra eller både och periodvis, men fått återfall. Andra gånger har de lyckats avhålla sig helt och hållet under en längre tid (till exempel mer än ett halvår).

Observera! Eftersom individerna kan använda flera olika substanser (till exempel alkohol, marijuana och kokain) är förändringsstadiet ofta förknippat med den specifika substansen. Utgå från det förändringsstadium som gäller den substans som är mest problematisk. Bedömningar och behandlingsplaner kommer att jämföras med den här uppgiften på Excelbladet. Därför är det angeläget att fylla i det här avsnittet. Om ert team inte bedömer stadierna i förändringsprocessen, eller inte har hunnit utvärdera en viss brukare, markera det.

DUBBELDIAGNOSBEHANDLING: Insatserna ges av missbruksspecialisten och av andra teammedlemmar som behärskar teknikerna i stegvis missbruksbehandling för individer med samsjuklighet. De viktigaste insatserna omfattar (1) screening av alla brukares droganvändning och systematisk bedömning av dem som har missbruksproblem och att interventionerna skräddarsys efter varje individ, beroende på om personen är (2) i det tidiga stadiet av förändringsprocessen (till exempel genom uppsökande verksamhet och motiverande samtal) eller i (3) det senare stadiet av förändringsprocessen (till exempel genom KBT eller återfallsförebyggande strategier).

Observera! För att insatsen missbruksbehandling i grupp ska räknas ska gruppen träffas minst en gång i månaden. För att räknas som individuell missbruksbehandling ska sessionerna ske minst en gång i veckan under 20 minuter. Kom ihåg att inkludera brukare som teamet aktivt försöker engagera i missbruksbehandlingen, om ni har dokumenterat era ansträngningar i journalen.

PSYKIATRISKA INSATSER: De viktigaste insatserna omfattar behandling med psykofarmaka och regelbundna bedömningar av brukarnas symtom och gensvar på medicineringen, inklusive biverkningar. Insatserna ges av teamets psykiater, och andra teammedlemmar övervakar och administrerar medicineringen. Om det finns mer än en psykiater i teamet, ange vem brukaren träffar oftast genom att skriva P1 = Psykiater 1, P2 = Psykiater 2 och så vidare. Om brukaren behandlas av en psykiater utanför teamet, skriv "icke-ACT".

ARBETSINRIKTADE INSATSER: Insatserna ges av arbetscoachen och av andra teammedlemmar som behärskar principerna i Supported Employment. De centrala insatserna omfattar (1) engagemang, (2) arbetsbedömning, (3) utveckling av arbetstillfällen, (4) placering i arbete (eller på yrkesutbildning eller återgång till studier), (5) coaching och uppföljande stöd på arbetet (eller i studiemiljöer) och (6) ekonomisk vägledning. Insatser som handlar om utbildning och studier med stöd ska också noteras i den här kolumnen.

REGULJÄRT ARBETE: Hit räknas varje avlönat arbete som är tillgängligt för **vem som helst** i befolkningen (inte bara för individer med funktionsnedsättning). Till annat arbete räknas frivilligarbeten, övergångsanställningar och sysselsättningar i skyddad verkstad.

REHABILITERANDE INSATSER: Insatserna omfattar social färdighetsträning, träning av förmågan att samspela med andra och förmågan att klara av ett självständigt liv (till exempel genom att förbättra ADL-funktioner, skapa en trygg närmiljö och lära ut hur man sköter hushållsbestyr, utnyttjar kollektiva transportmedel och hanterar sin ekonomi). Insatserna ska vara välplanerade, stämma överens med den enskildes behov och avspeglas i andra informationskällor (till exempel i daganteckningar, behandlingsplaner och brukarnas veckoscheman).

ÅTERHÄMTNINGSINSATSER: Insatserna omfattar en kombination av psykosociala metoder som hjälper brukarna att skaffa sig och tillämpa färdigheter som gynnar välbefinnandet, till exempel genom att utveckla återhämtningsstrategier, undervisa om sambandet mellan psykisk sjukdom och stress-sårbarhetsmodellen, bygga upp ett socialt stöd, lära ut hur man minskar återfall, hur man använder medicinen på ett effektivt sätt, handskas med påfrestningar, hanterar problem och psykiska symtom och får sina behov tillgodosedda inom den psykiatriska vården och i samhället. Exempel på strukturerade återhämtningsprogram är WRAP (Wellness Recovery Action Planning), IMR (Illness Management and Recovery) och PAD (Psychiatric Advanced Directives). Det är inget krav att använda ett av de här formella programmen. Kravet är att teamet systematiskt ägnar sig åt insatser som banar väg för återhämtningen och integrationen i samhället.

Observera! Ange i kolumnen vilken typ av återhämtningsinsatser brukaren får och om de ges individuellt eller i grupp.

KUNSKAPSBASERAD PSYKOTERAPI: Insatserna omfattar psykoterapeutiska metoder som bygger på vetenskaplig grund och inriktar sig på att ta itu med specifika problem och beteenden. Till exempel kan man använda avslappning och exponeringsterapi vid ångestsyndrom, kognitiv omstrukturering eller social färdighetsträning vid schizofreni och depression och dialektisk beteendeterapi vid borderlineproblematik. Psykoterapisessionerna är knutna till brukarnas mål och antecknas i behandlingsplaner och veckoscheman. Sessionerna är inplanerade, sker varannan vecka under minst 20 minuter och genomförs av en utbildad psykoterapeut. Skriv ner alla brukare som har fått strukturerad psykoterapi under det senaste året.

AKTUELLT BOENDE: Hur brukarna bor varierar. Vi skulle vilja veta hur många av dem som bor i en miljö där en stor andel av de övriga boende också har en funktionsnedsättning. Skriv "ja" om brukaren bor på ett ställe där minst 30 procent av grannarna/hyresgästerna/rumskamraterna har en funktionsnedsättning. Via uppföljningsfrågor kommer vi att ta reda på vilken boendeform det rör sig om, till exempel en institution, en övergångslägenhet, ett särskilt boende eller annat.

NÄRSTÄENDE: Kontakter med brukarnas sociala nätverk omfattar möten ansikte mot ansikte eller telefonsamtal. Till det sociala nätverket räknas alla naturliga stödpersoner som inte är avlönade för att utföra sina omsorger eller tjänster (till exempel familj, vänner, hyresvärd och arbetsgivare). Kontakter med allmänläkare, övervakare, boendepersonal och så vidare hör inte hit. Uppge antalet kontakter under den senaste månaden för varje listad brukare.

FYLL I SJUKHUSLOGGEN (se tabell 3): Var snäll och beskriv på vilket sätt ni har varit inblandade vid in- och utskrivning på psykiatrisk klinik. Att ni har varit inblandade kan innebära att ni har tagit initiativet till intagningen (frivillig eller tvångsmässig), samarbetat med närstående om beslutet, följt med vid intagningstillfället eller hört av er till avdelningspersonalen (inom ett dygn) när ni fått reda på att någon blivit inlagd.

Uppgifter om Brukare & Insatser, s. 1**(samlas in för varje brukare)**

	A	B	C	D	E
Brukare (initialer eller personnr)	Har brukaren en samtidig missbruks-sjukdom (dvs. dubbeldiagnos)?	För varje brukare som har missbruksproblem, ange om personen är i det tidiga eller senare stadiet av förändringsprocessen	Får brukaren dubbeldiagnos-behandling direkt av teamet ? Skriv om behandlingen ges individuellt (mer än 20 minuter/vecka), i grupp (mer än en gång/månad) eller både och. Om behandlingen ges utanför teamet, skriv "icke-ACT".	Får brukaren psykiatriska insatser direkt av psykiatern i teamet ? Skriv "ja" om det finns en psykiater, annars ange vem av läkarna som är ansvarig genom att skriva "P1", "P2", etc. Om insatserna ges utanför teamet, skriv "icke-ACT".	Bor brukaren i ett särskilt boende där kontrollen av läkemedel sköts av personal som inte tillhör teamet? Skriv "ja" eller "nej".
<i>Punkt på TMACT</i>	ST2	ST2	ST1, ST2	CP7	CP7, CP8, EP8

1
2

Uppgifter om brukare & insatser, s. 2

	F	G	H	I	J	K	L
Brukare (initialer eller personnr)	Får brukaren arbetsinriktade insatser direkt av teamet (se definition)? Om insatserna ges av personal utanför teamet skriv "icke-ACT".	Arbetar brukaren just nu? Om "ja", skriv om det är reguljärt arbete eller annat (se definition).	Deltar brukaren i program på ett klubbhus och/eller i en dagverksamhet ?	Får brukaren rehabiliterande insatser direkt av teamet (se definition)? Om insatserna ges av personal utanför teamet skriv "icke-ACT".	Får brukaren åter-hämtningsinsatser direkt av teamet (se definition)? Ange vilken typ av insatser.	Har brukaren fått kunskapsbaserad psykoterapi av en utbildad terapeut i teamet under senaste året ? Om "ja", ange vilken metod som använts.	Bor brukaren på ett ställe där minst 30 % av övriga boende, hyresgäster eller rumskamrater har en funktionsnedsättning? Skriv "ja" eller "nej".
	ST4, ST5, EP2	OS9, ST5	ST5, CP8, EP2	CP8, PP4	ST8, EP3	EP7	EP8

1
2

Uppgifter om brukare & insatser, s. 3

	M	N	O	P
Brukare (initialer eller personnr)	Är brukarens följsamhet till behandlingen ett krav för att få eget boende ? Skriv "ja" eller "nej".	Är brukaren föremål för tvångsåtgärder i öppenvårdsregi ? Skriv "ja" eller "nej".	Har brukaren en god man, förmyndare eller annan person som hjälper till med ekonomin? Om "ja", uppge vem.	<u>Hur många kontakter</u> har ni haft med brukarens närstående under den senaste månaden (se definition)?
	<i>CP2, EP8, PP4</i>	<i>CP2, PP4</i>	<i>OS9, CP2, PP4</i>	<i>CP5</i>

SJUKHUSLOGG (TMACT OS11)

Teamets namn: _____

Bedömare: _____

VAR SNÄLL OCH FYLL I DE SENASTE TIO IN- OCH UTSKRIVNINGARNA PÅ PSYKIATRISK KLINIK. BESKRIV HUR TEAMET VAR INBLANDAT I DE HÄNDELSENA.

	Brukare (initialer eller personnr)	Intagning på eller utskrivning från psykiatrisk klinik	Datum för intagning eller utskrivning	Intagningsorsak	Visste teamet om intagningen eller utskrivningen i förväg?	På vilket sätt var teamet inblandat vid intagningen eller utskrivningen?
Händelse						
Händelse						

LOGG FÖR JOURNALGENOMGÅNG

Brukare (initialer/journalnummer): _____ Diagnos: _____ Stämmer diagnosen med intagningskriterierna till ACT? Ja Nej

Datum	Plats för brukarkontakt S = Samhälle K = Kontor (CP1)	Team-medlem/roll (OS2)	Varaktighet (i minuter) (CP3)	Beskriv kontaktens innehåll och kvalitet. Ta inte med kontaktförsök eller kontakt med kollegor eller närstående. Se anvisningar kring CP3 och CP4 i TMACT del II.	OS4. Dagligt teammöte (Innehåll). Matchar brukarens veckoschema behandlingsplanen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
					PP1. Behandlingsplanen speglar individens starka sidor. Utgör brukarens styrkor och resurser grunden för mål och handlingsstrategier i behandlingsplanen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Plats för anteckningar och exempel:
					PP3. Insatserna täcker många livsområden. Är interventionerna i behandlingsplanen inriktade på minst tre olika livsområden (t.ex. boende, ekonomi, fysisk hälsa, sociala relationer, missbruk, arbete, utbildning, kriminellt beteende och återhämtning)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Plats för anteckningar och exempel:

UTRÄKNING AV BRUKARKONTAKTER ENLIGT JOURNALER									
Brukare (initialer eller journalnr)	CP1: Samhällsbaserade insatser			CP4: Täta brukarkontakter	CP3: Mycket tid åt brukarkontakter		OS2: Teammetod	PP1: Behandlingsplanen speglar starka sidor	PP3. Insatserna täcker många livsområden
	Totalt antal möten ansikte mot ansikte i samhället under en månad (A)	Totalt antal möten ansikte mot ansikte på kontoret under en månad (B)	Procentan- del av alla kontakter som sker i samhället (A/ A + B)	Genomsnittligt antal möten ansikte mot ansikte (på kontoret eller i samhället) per vecka under en månad	Totalt antal minuter för möten ansikte mot ansikte under en månad	Genomsnittlig kontakttid i antal minuter per vecka under en månad	Totalt antal team- medlemmar i kontakt med brukaren under en månad	Bygger mål och åtgärder i behandlingsplanen på styrkor och resurser?	Innehåller behandlingsplanen interventioner riktade mot tre olika livsområden?
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
			Medianvärde = värdet mellan 5:e och 6:e medelvärdet när dessa rangordnas (stigande)	Medianvärde = värdet mellan 5:e och 6:e medelvärdet när dessa rangordnas (stigande)	Medianvärde = värdet mellan 5:e och 6:e medelvärdet när dessa rangordnas		OS2: Totalt antal brukare som har haft kontakt med minst tre teammedlemmar / 10 (eller antal genomgångna journaler)	PP1: Procent av journalerna som uppfyller kriterierna för PP1:	PP3: Procent av journalerna som uppfyller kriterierna för PP3:
			5:e värdet = 6:e värdet =	5:e värdet = 6:e värdet =	5:e värdet = 6:e värdet =				

CP1: $\frac{5:e \text{ värdet} + 6:e \text{ värdet}}{2} =$	CP4: $\frac{5:e \text{ värdet} + 6:e \text{ värdet}}{2} =$	CP3: $\frac{5:e \text{ värdet} + 6:e \text{ värdet}}{2} =$			
---	---	---	--	--	--