

# Handlingsplan för vård, stöd och service till personer med dubbeldiagnoser i Jönköpings län



IFO Arbetsrapport 2005:1  
Individ- och familjeomsorg

*Luppen kunskapscentrum*

*IFO Arbetsrapport 2005:1  
Individ- och familjeomsorg*

# Handlingsplan för vård, stöd och service till personer med dubbeldiagnoser i Jönköpings län

FoU-cirkel 2003/2004

*Reviderad den 24 januari 2005*

## Innehåll

<i>Inledning</i> .....	3
<i>Målsättning</i> .....	4
<i>Definition</i> .....	4
<i>Inventering av målgruppen</i> .....	5
<i>Inventering av samarbetet idag</i> .....	6
<i>Förslag på åtgärder</i> .....	8
<i>Referenser</i> .....	12

# Inledning

Under senare år har samsjuklighet mellan psykiska- och beroendestörningar uppmärksamrats allt mer. Förekomst av samtidig psykisk och beroendestörning hos en och samma individ benämns ofta ”dubbeldiagnos”. Studier visar att en stor andel människor med psykiska störningar också har missbruksproblem. I en dansk studie hade cirka 35% av patienter med psykiska störningar också missbruks- eller beroendestörningar (Hansen m.fl., 2000). Enligt amerikanska forskare (Swofford m.fl., 2000) är motsvarande siffror för patienter med schizofrenidiagnoser i USA och Kanada 50%. Siffrorna varierar mellan olika studier beroende på vilka psykiatriska diagnoser som inkluderas i begreppet dubbeldiagnos och hur man definierar beroende och missbruk. Det finns dock ett samförstånd att problemet är stort och har ökat under senare år.

Behandling av personer med dubbla diagnoser är mer komplicerad och problematisk än behandling av patienter med ett av tillstånden (Meuser m.fl., 1995). Patienter med dubbeldiagnos kräver också mer sjukhusbaserad vård jämfört med andra psykiatriska tillstånd och är därför också ett samhällsekonomiskt problem. Strukturerade behandlingsmetoder, fokus på långsiktiga kontakter och samordning av behandling och stöd mellan olika huvudmannaskap är viktiga inslag för ett framgångsrikt omhändertagande av personer med dubbeldiagnos (Socialstyrelsen, 2004).

Handlingsplanen är resultatet av en forskningscirkel ”Möt mig som människa - att arbeta med psykiskt störda missbrukare” som har genomförts med deltagare från socialtjänst, psykiatri och kriminalvård i Jönköpings län under 2003/2004 i Luppen kunskapscentrums regi. Ledare för cirkeln har varit Per Bülow, fil.dr. vid Linköpings universitet samt klinisk lektor vid Ryhovs länssjukhus i Jönköping.

Deltagare i cirkeln var:

*Tamara Battelino, Värnamo kommun*

*Maud Edmundsson, Eksjö kommun*

*Bengt-Ove Eriksson, Gislaveds kommun*

*Jan-Erik Grann, Frivården Jönköping*

*Anders Holmqvist, Gislaveds kommun*

*Birgitta Letell, Jönköpings kommun*

*Agnetha Lundberg, länssjukhuset Ryhov*

*Anita Nylén, Frivården Jönköping*

*Anette Persson, Frivården Jönköping*

*Lena Salomonsson, Värnamo sjukvårdsområde*

*Sonny Strand, Jönköpings kommun*

*Aili Sölling, Höglandets sjukvårdsområde*

# Målsättning

Målsättningen med denna handlingsplan är att förbättra vård, stöd och service till personer med dubbeldiagnos i Jönköpings län och därmed skapa förutsättningar för att förbättra klientens/patientens livskvalité, psykiska och fysiska hälsa.

Målet ska uppnås genom att:

- Hitta samverkansformer mellan psykiatri, socialtjänst och frivård samt föreslå former för organiserad samverkan.
- Identifiera målgruppen.
- Gemensam fortbildning.

## Definition

Termen dubbeldiagnos är en beskrivande term för samtidigt förekommande psykisk störning och beroendestörning. Definitionen är bred och följer i stort definitionen i Socialstyrelsens rapport från 2004.

### Psykisk störning

Den psykiska störningen ska vara svårartad vilket inkluderar diagnosgrupperna schizofreni, andra psykoser, bipolära sjukdomar och egentlig depression. Psykisk störning bedöms också, oavsett psykiatrisk diagnos, som svårartad när den är så långvarig att den leder till handikapp och återkommande kontakter med den psykiatriska vårdorganisationen och/eller socialtjänsten.

### Beroendet

Beroendestörningar inkluderar diagnosgrupperna missbruk/beroende av både alkohol och andra substanser. Då människor med psykoser kan få svåra problem av små mängder alkohol/substanser inkluderas redan måttliga former av beroendestörningar i begreppet dubbeldiagnos när individen har en psykosstörning.

# Inventering av målgruppen

Inom ramen för forskningscirkeln genomfördes en förenklad form av inventering av målgruppen utifrån definitionen. Inventeringen gjordes för att få en uppskattning av hur många personer ur målgruppen som våren 2004 hade kontakt med socialtjänst, psykiatri och/eller frivården. Via enkät tillfrågades om hur många personer med dubbeldiagnos som behandlades eller erhöll stöd från någon av dessa tre organisationer. Inventeringen följde inte enskilda personer, vilket innebär att samma person kan vara registrerad samtidigt av såväl psykiatri som socialtjänst och frivård. Antalet personer redovisas för varje sjukvårdsområde.

<u>Sjukvårdsområde</u>	<u>Socialtjänsten</u>	<u>Landstinget</u>	<u>Frivården</u>
Värnamo sjukvårdsområde	ca 60	ca 50	
Höglandets sjukvårdsområde	ca 90	ca 100	
Jönköping sjukvårdsområde	ca 110	ca 160	
<b>Summa</b>	<b>260</b>	<b>310</b>	<b>76</b>

Dessa siffror är preliminära och osäkra och kan enbart fungera som en grov skattning. Flera av personerna hade kontakt med både psykiatri, socialtjänst och frivård och har därmed dubbelräknats vilket ger en falskt hög siffra. Å andra sidan finns ett stort mörkertal där antingen missbruk eller psykisk störning är dolt, vilket ger en falskt låg siffra. Utifrån erfarenheter från det kliniska arbetet gör vi bedömningen att socialtjänst, psykiatri och frivård under våren 2004 mötte över 600 personer som tillhör målgruppen. Då felkällor och mörkertal är stora är det av största vikt att en inventering genomförs på ett mer vetenskapligt sätt med utgångspunkt i definitionen av dubbeldiagnos.

# Inventering av samarbetet idag

Samtidigt med inventeringen av målgruppen ställdes frågan om hur samarbetet mellan olika aktörer var organiserat idag och om det finns speciella insatser för personer med dubbeldiagnos.

Sammantaget kan man konstatera att både från socialtjänst och psykiatri arbetar enskilda personer med speciell inriktning mot målgruppen medan organisering i gemensamma team är ovanliga. I några kommuner i länet är arbetet organiserat i integrerade team mellan kommunen och landstinget, så kallade BoP-team (Beroende och svår Psykisk störning). Det finns inga speciella vårdprogram och enbart ett fåtal kompetensplaner som riktar sig till målgruppen.

Tre kommuner har ett organiserat samarbete med landstinget: Nässjö, Jönköping och Gislaved.

**I Nässjö** sker samverkan genom Tox-gruppen som består av tre sjuksköterskor som är anställda av kommunen respektive landstinget, men som har samma arbetsledning (från kommunen). Individ- och familjeomsorgsnämnden i Nässjö bedriver riktad verksamhet till personer med dubbeldiagnos inom öppenvårdsresursen ”Språngbrädan” som omfattar 9,35 årsarbetare i form av behandlingsassistenter med basen utifrån ett heldygnsbemannat och drogfritt stödboende (Mariahemmet). Man har ett integrerat samarbete med öppenspsykiatri, två sjuksköterskor och läkare samt samordnad arbetsledning. Arbetet bedrivs utifrån ett miljöterapeutiskt och kognitivt synsätt.

**I Jönköping** finns en organiserad samverkan mellan kommun och landsting i arbetet med svårt psykiskt (psykosdiagnoser) störda missbrukare. Man arbetar i ett BoP-team, som består av tre landstingsanställda sjuksköterskor och tre kommunalt anställda behandlingsassistenter. Genom vårdarrangemang erbjuds klienten samtidig och samordnad behandling och stöd inom problemområdena missbruk/beroende och psykisk sjukdom/störning. Varje klient bedöms och utreds och ansvaret inom psykiatri respektive socialtjänsten definieras av en läkare och en socialsekreterare.

Övergripande ekonomiska och vårdpolitiska frågor tas upp i en styrgrupp, som träffas två gånger per år. I denna grupp representeras landstinget av verksamhetschefen inom psykiatri och teamledaren/vårdenhetschefen. Kommunen representeras av missbrukarvårdens chef och chefen för behandlingssektionen. Landstinget står för provtagningar och handledning till personal, i övrigt delar man på kostnaderna. Denna samverkan berör endast de klienter som definitionsmässigt tillhör gruppen med svår psykisk störning och samtidigt missbruk.

Ytterligare en samverkansform har under våren startat mellan kommun

och landsting. Chefen för missbrukarvårdens myndighetssektion och psykolog från beroendekliniken på länssjukhuset Ryhov kommer att träffas regelbundet för konsultation, rådgivning och hjälp med bedömning av enskilda ärenden. Denna samverkansgrupp berör klienter som tillhör den grupp som definierats av nätverket.

**I Gislaved** finns ett politiskt beslut om organiserat samarbete med landstinget med målet att upprätta ett gemensamt ”tvär-team” (se måldokument för socialnämnden 2004-2006) där skilda kompetenser samverkar i det direkta behandlingsarbetet. Tillsvidare tillämpas ett samrådsförfarande med regelbundna träffar var 3:e vecka mellan tox-teamet, psykiatriska kliniken i Värnamo samt representanter för socialtjänst och psykiatri i Gislaved. Efter inhämtande av skriftligt samtycke sker samråd angående enskilda patienter/klienter med dubbel-diagnosproblematik. Psykiatrisk bedömning görs vid behov av klinikchef, psykiatriska kliniken, som deltar på träffarna. Från kommunens sida deltar områdeschef från IFO respektive psykiatrin, verksamhetsledare för öppna missbrukarvården samt berörda handläggare och behandlingsassistenter.

**I övriga GGVV-kommuner** finns ett visst intresse för att få till stånd ett liknande samrådsförfarande som ovan beskrivits.

**Jönköpings län** hade under en projekttid på tre år, med start 1994, ett samverkansarbete som var länsövergripande och riktade sig mot svårt psykiskt störda missbrukare. Numera ansvarar varje sjukvårdsområde och kommun själva för sin samverkan. Till stöd för det arbetet finns en styrgrupp bestående av berörda huvudmän, kommunerna i länet, kriminalvården och landstinget. Styrgruppens främsta uppgift är att stödja det lokala arbetet, bidra till kompetensutveckling för personalen samt att främja erfarenhetsutbyte. Knutet till styrgruppen finns ett nätverk/en arbetsgrupp bestående av de personer som har undertecknat denna handlingsplan. Detta nätverk/denna arbetsgrupp har som sin uppgift att tillsammans med övrig personal utveckla det lokala arbetet.

**Det nationella** nätverket har (liksom denna handlingsplan) en definition som är vidare och omfattar en betydligt större grupp än de som i Jönköping tillhör BoP-teamet.

Frivården har inget organisatoriskt samarbete med vare sig socialtjänst eller psykiatri. I förekommande fall etablerar frivården kontakt med vårdgivare och/eller annan myndighet.

# Förslag på åtgärder

## 1. Organiserad samverkan

Arbetsgruppen föreslår att samverkan i kommunerna organiseras på två nivåer: beslutsnivå och klinisk/praktisk nivå. Samverkan bör etableras på beslutsnivå där de övergripande frågorna behandlas och ansvaret delas. På denna nivå sanktioneras det kliniska/praktiska samarbetet mellan de olika enheterna som ska genomföras på lokal nivå.

Den lokala samverkan kan organiseras på olika sätt i de enskilda kommunerna. En viktig princip är dock att det bör vara en fast konstellation, d.v.s. ingå i den ordinarie verksamheten och inte drivas i projektform, och ha regelbundna träffar. Samverkan måste byggas in i arbetssättet inom de olika enheterna. I gruppen ska man kunna ta upp enskilda ärenden för konsultation, när frågan om tillhörighet är oklar, och för gemensam behandlingsplanering och arbetsfördelning där så är lämpligt.

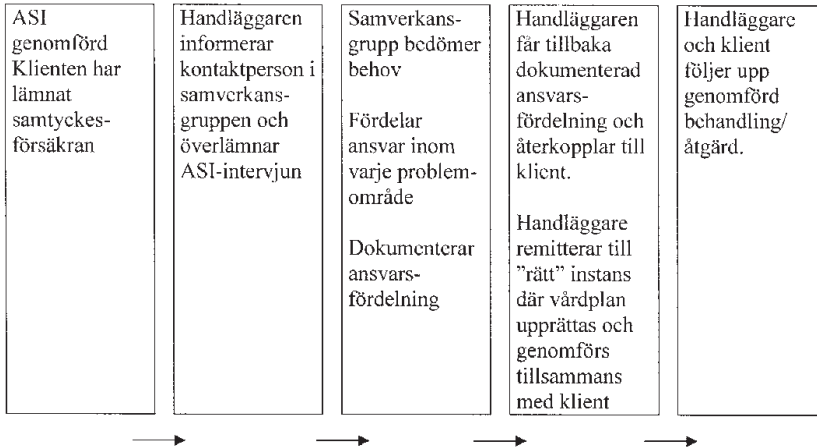
Det finns en given definition av målgruppen, som är baserad på diagnoskriterier. I vardagsmötet med en klient, som har uppenbara psykiska problem och ett samtidigt missbruk, uppstår trots det ofta en osäkerhet om vart individen ska lotsas för att få rätt behandling. Ett vardagligt samarbete mellan myndigheter kan utvecklas till nytta för individen först när man enats om ett gemensamt sätt att beskriva problemen. En probleminventering måste göras och därefter en behandlingsplan. Det finns flera metoder för den typen av intervjuer, men ASI (Addiction Severity Index) är den mest omfattande och mest använda.

Intentionen är att få ett helhetsperspektiv på klientens problem och att samordna insatserna för att därigenom undvika dubbelarbete och samtidigt underlätta för klienten. ASI ger en bild av sju olika livsområden; fysisk och psykisk hälsa, alkohol- och/eller narkotikamissbruk, arbete, socialt umgänge, kriminalitet, familj och bostad samt frågor om missbruk och psykisk ohälsa i slkten. Intervjun speglar både aktuell situation och tidigare liv. För psykiskt störda missbrukare uppkommer ofta problem inom flera områden och karaktäristiskt är att individen själv saknar förmåga att planera och genomföra förändringar. Det är därför nödvändigt att en samordning av stödinsatserna sker, så att klienten får möjlighet att ta emot stöd och hjälp.

Intervjun genomförs av den som har mest kontakt med klienten (eller mest tid just då). Resultatet presenteras i en samverkansgrupp och behandlingen planeras gemensamt. Detta sparar tid för handläggarna och klienten behöver inte göra intervjun flera gånger.

Användning av ASI underlättar samarbetet mellan olika myndigheter. Den skapar dessutom ett gemensamt språk där begrepp som *ofta*, *mycket* och *omfattande* har fått en definierad betydelse.

**Flödesschema som speglar samverkansprocessen**



Ovanstående flödesschema är tänkt att synliggöra samverkansprocessen.

## 2. Samverkan i det direkta behandlingsarbetet

Det är angeläget att behandlingsteam byggs upp i länet där personal med olika kompetenser, från såväl socialtjänst som psykiatri, arbetar tillsammans kontinuerligt. Det finns goda erfarenheter av sådan teamsamverkan såväl internationellt som nationellt, t.ex. från Skellefteå, Gävle och Jönköping. Behandlingsarbete i team bör, av bl.a. etiska skäl, aldrig bedrivas som projekt utan ska ingå i den ordinarie verksamheten.

Enligt tillgänglig litteratur och från praktiska erfarenheter som vidarebefordrats från de befintliga teamen finns det några viktiga grundprinciper för integrerad behandling av personer med dubbeldiagnoser. Dessa principer, som bör utgöra grunden i arbetet med personer med dubbeldiagnoser, är:

1. Tät kontakt och tillgänglighet, helst dygnet runt, för att skapa struktur och mening i patientens/klientens liv och tillgodose basala behov av trygghet.
2. Symtomtolerans och ett icke-konfrontativt arbetssätt. Det är inte fruktbart att i behandlingen kräva total drogfrihet, utan arbetet koncentreras på att successivt uppnå en minskning i droganvändandet och att begränsa skadeverkningsarna. Behandlingskontakten karaktäriseras av tydlighet och låg affektnivå.

3. Samtidig behandling av missbruket och den psykiska sjukdomen/störningen inom ett och samma vårdssystem, d.v.s. i praktiken behandlingsteam med nödvändiga kompetenser från såväl psykiatri som missbruksvård.

4. Tryggt och skyddat boende. Det bör finnas tillgång till ett antal olika boendeanternativ, såväl kollektiva som individuella. Om man använder sig av kollektiva boenden måste det finnas mycket klara förhållningsregler som skapar nödvändig trygghet, skydd och gemenskap.

5. Vid återfall/akut försämring av sjukdom skall en snabb vårdkedja finnas så att patienten/klienten kan få plats omgående för avgiftning, inläggning för ändring av medicinerings etc.

6. Långsiktigt perspektiv, där man i arbetets uppläggning räknar med att behandlingen pågår under mycket lång tid och att det gäller att synliggöra de små framstegen och vidmakthålla en framtidstro hos patienten/klienten.

### **3. Identifiera målgruppen**

Den inventering som forskningscirkeln genomförde visar på hur svårt det är att definiera och identifiera en grupp personer utifrån vaga bedömningar om psykiska störningar och missbruksproblem. Ett gemensamt instrument som är giltigt och reliabelt är en förutsättning för att identifiera målgruppen. ASI, som presenteras i förslaget till organisation ovan, är ett beprövat och använt instrument som översattes till svenska 1996. Fördelarna med ett gemensamt instrument är uppenbara då information om klienten blir oberoende av verksamheten. Deltagarna i forskningscirkeln förordar införandet av ASI för bedömning och uppföljning av klienter/patienter.

### **4. Gemensam fortbildning**

De personer som idag arbetar med klienter/patienter med dubbeldiagnos har varierande grund- och påbyggnadsutbildningar och är utbildade vid olika tidpunkter och vid olika kursorter. Med en gemensam utbildning ökar möjligheten för samverkan och förståelse mellan de olika vårdgivarna och deras insatser. Det i sin tur leder till att klienten/patienten smidigare kan erbjudas insatser från landsting, socialtjänst och kriminalvård. Därmed ökar möjligheten att öka livskvalitén för personer med dubbeldiagnos.

För ett ge optimalt bemötande och genomföra gemensamma bedömningar och insatser krävs en gemensam fortbildning till den personal som arbetar med dessa klienter/patienter. Utbildningen bör syfta till att öka personalens trygghet i sitt yrkesutövande och utveckla samverkan med de

övriga vårdgivarna.

En annan aspekt kring gemensam utbildning är möjligheten till samsyn om klient-/ patientgruppens särskilda behov för att klara av vardagen och hantera sina funktionsnedsättningar.

Exempel på ämnesområden som bör finnas i en gemensam utbildning är:

- sjukdomslära (psykiatrisk, somatisk, beroendesjukdomar)
- landstingets insatser
- kommunala psykiatrins insatser
- kriminalvårdens insatser
- socialtjänstens insatser
- farmakologi och droginformation
- etik i bemötandet av klienten/patienten
- återfallsprevention
- arbetsmiljö

## **5. Uppföljning och rapportering**

Ansvar för uppföljningen av handlingsplanen ligger på det länsövergripande nätverket för dubbeldiagnoser i Jönköpings län. Rapportering sker till styrgruppen om hur samverkan mellan kommun, landsting och frivård utvecklas.

Ansvar för genomförandet av handlingsplanen ligger i första hand på respektive kommun och sjukvårdsområde. Som stöd i det arbetet finns det länsövergripande nätverket för dubbeldiagnoser i Jönköpings län.

## Referenser

Hansen, S.S., Munk-Jørgensen, P. Guldbæk, B. m.fl. (2001). *Psychoactive substance use diagnoses among psychiatric in-patients*. Acta Psychiatr Scand 102:432-438.

Meuser, K.T., Drake, R., Fox, T. m.fl (1995). *Dubbeldiagnos. Behandling av svårt psykiskt sjuka missbrukare*. Karlskrona: Stiftelsen ETT HELT LIV.

Socialstyrelsen. (2004). *Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem. Underlag från experter*.

Swofford, C.D., Scheller-Gilkey, G., Miller, A.H., Woolwine, B. & Mance, R. (2000). *Double jeopardy: schizophrenia and substance use*. Am J Drug Alcohol Abuse 26:343-353.