

# Inventering av förekommande interventionstyper och samverkansavtal inom landets nio rättspsykiatriska kliniker.(2013-14)

Varje huvudman har resurser runt missbruksproblematik och psykiatrin har självfallet kompetens runt psykiatrisk diagnos, men det är svårt att få en gemensam linje i arbetet.

I Nationell psykiatrisamordning betonades att ”kommuner och landsting bör erbjuda personer med missbruk och psykisk sjukdom vård och stöd i integrerade former (*prioritet 3*) så att behandlingen för missbruket och de psykiska problemen sker samtidigt.

Vidare att man kan ge insatser i integrerade verksamheter men också genom att verksamheter samordnar sina insatser. (socialstyrelsen2007).

Med integrerad behandling avses i det här fallet att både det psykiska sjukdomstillståndet och missbruket/beroendet behandlas inom ramen för en psykosocial behandlingsmodell.

Genom att ta över den enskildes självbestämmande har vi ett särskilt ansvar att ge effektiv vård och behandling

I en akademisk avhandling av Gunilla Cruce 2008 så beskriver hon i den att personer i intervjustudien hade fram till att de remitterades till ett team som erbjuder behandling och stöd för samsjuklighet, fått mycket begränsad eller ingen behandling riktad mot missbruket trots att de alla hade ett skadligt bruk eller beroende. Det kan tyda på att man i psykiatrin inte sett missbruket som ett oberoende problem, utan hade behandlat psykosjukdomen med förhoppningen att också missbruket då skulle upphöra av sig självt.

Detta förhållningsätt saknar vetenskapligt stöd. Istället måste behandlingen av den psykiska sjukdomen kombineras med riktade åtgärder mot missbruket och psykosocialt stöd. (Socialstyrelsen, 2007).



## Inventering inom Rättspsykiatri (gällande psykiskt sjuka lagöverträdare)

- \* Alla kliniker uppger att ungefär minst 50 % av patienterna som vårdas på våra rättspsykiatriska kliniker runt om i landet har en samsjuklighet. På en klinik så mycket som 80 %.
- \* Man använder sig av behandlingsmetoder som Nationella riktlinjerna föreslår.
- \* Idag finns ingen rutin på uppföljning efter genomgången behandling, men på en del kliniker får patienten skatta sig själv efter fullgången behandling. I vårdprocessen följer man patienten vid drogfrihet/nykterhet, och vid återfall fångas patienten åter upp i form av stödsamtal med återfallet i fokus.
- \* På en del orter har samverkan till att man öppnat mottagningar där man följer patienten i öppenvård.
- \* Senare i vårdprocessen när man är ute i Rättspsykiatrisk öppenvård (RPÖ), då finns det olika alternativ man använder sig av som t ex, mobila öppenvårdsteam, beroendeenheter, stödboenden, öppenvårdsmott. kommunala insatser, där man fortsätter med drogkontroller och en samtalskontakt.
- \* På flera orter har man efter samverkan mellan olika huvudmän, öppnat mottagningar för denna grupp PSL(psykiskt sjuka lagöverträdare). Där man samlat alla huvudmän under samma tak. Kriminalvård/frivård, beroendevård, rättspsykiatri.



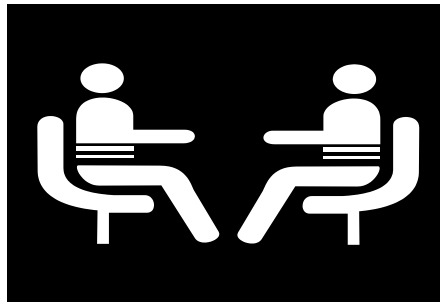
## **I Nationella Riktlinjerna rekommenderar man att:**

- \* Erbjud personer med missbruk eller beroende och svår psykisk sjukdom integrerad behandling. Avgörandet för rekommendation är att åtgärden kan minska mängden droger som används per tillfälle.
- \* Erbjud personer med missbruk eller beroende av alkohol motivationshöjande behandling (MET) (prioritet 1).
- \* KBT (*Kognitiv beteendeterapi*), CRA (*Community Reinforcement, Approach*) eller 12-stepsprogrammet.(prioritet 2).
- \* För cannabisberoende/missbruk rekommenderar man KBT (*kognitiv beteendeterapi*)(prioritet 2).
- \* HAP (*Hasch avväjningsprogrammet*), (prioritet 4).  
Avgörandet för rekommendationen är att HAP har effekt på användning av cannabis.  
Det vetenskapliga underlaget för programmet otillräckligt, men det har stöd i beprövad erfarenhet.
- \* Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat.
- \* CRA (*Community Reinforcement, Approach*) med förstärkning av KBT,
- \* 12-stepsprogrammet och återfallsprevention.

## Bedömnings- och kartläggningsinstrument man använder sig av inom rättspsykiatri

- \* Audit och Dudit (identifiera riskbeteende avseende alkohol- och/eller droganvändning)  
Enkel och snabb test och lätt att återkoppla till patienten/klienten. Audit & Dudit  
(Rekommenderas som förstahansval för screening i Socialstyrelsen riktlinjer för missbruks-och beroendevård).
- \* ASI-intervju används som komplement till missbruks-eller beroendediagnostik för att bedöma personens inställning till att ta emot behandlingsinsatser. *ASI-intervjun är en standardiserad bedömningsmetod för utredning och uppföljning. Den används också som underlag för planering och utveckling av vård och behandlingsinsatser.*
- \* IKMDOK  
(Evidensbaserade screeningsinstrument)

*DOK är ett system som bygger på halvstrukturerade intervjuer med klienten vid inskrivning, avstämning, utskrivning och vid uppföljning inom olika delar av missbrukarvården.*



## Behandlingsinsatser

- \* 12-stepsprogram och Återfallsprevention syftar till att förebygga återfall i missbruk.
- \* CRA (*Community Reinforcement Approach*) syftar till att förstärka beteenden som gynnar drogfrihet genom faktorer i individens omgivning.
- \* KBT (*Psykosocial behandling*)
- \* Väckarklockan
- \* HAP (*Haschavvänningsprogrammet*) Avgörande för rekommendationen är att HAP har effekt på användning av cannabis. Det vetenskapliga underlaget för programmet är otillräckligt, men det har stöd i beprövad erfarenhet.
- \* ESL (*ett självständigt liv*) är en socialpedagogisk behandlingsmodell för personer med psykisk funktionsnedsättning, särskilt schizofreni.
- \* MI (*motiverande intervju*) är en samtalsmetod som används i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser.



CRA (Community Reinforcement Approach) är en metod som man arbetar både med personens *missbruk, boende, arbete, fritid* och *sociala kontakter*. Metoden innebär att man gör en noggrann kartläggning.

(*gemenskap, förstärkning, tillvägagångssätt*).

En av klinikerna använde sig av denna metod.

ÅP (återfallsprevention).

Metoden utvecklades av amerikanska forskare och började användas i Sverige under senare delen av 1980-talet. Återfallsprevention är en form av KBT (*kognitiv beteendeterapi*) och bygger på social inlärningsteori och kognitiv psykologi. Återfallsprevention ges både i grupp och individuellt

MI (*Motiverande samtal*).

Finns på alla kliniker och används både enskilt och i grupp. MI utvecklades under 1980–1990-talen av psykologerna William F. Miller och Stephen Rollnick.

ESL (*ett självständigt liv*). Syftet med insatsen är att ge klienten ökade möjligheter till ett självständigt liv. (*Evidensbaserad*).

Kompetens bland de som jobbar med beroende/missbruk är yrkesgrupper som behandlingspedagoger, kurator KBT steg 1, beroendebehandlare, psykolog, beroendeläkare, MI utbildade skötare.

Läkemedelsbehandling (*t ex Disulfiram, Akamprosat, Naltrexon, Metadon, Subutex*).

Behandlingsinsatser behöver ibland anpassas till personens psykiska mående, aktuella medicinering, språksvårigheter, m.m.

Urval/matchning i patientgruppen till att erbjudas behandlingsinsatser lyfts ofta av vårdlag/vårdteam vid rond.

Utbildningsnivå/erfarenhet hos personal som utför beroendebehandling varierar.

Magister psykologi/behandlingspedagog, KBT-terapeut steg1 beroendeläkare, psykolog, fil.kand./magisterexamen o pedagogik med inriktning mot ungdoms- och missbruksvård. Skötare/beroendebehandlare, kurator med KBT steg 1



## Samverkan (kring PSL psykisk sjuka lagöverträdare)

- \* Kommuner
  - \* Landsting
  - \* Kriminalvård
  - \* Frivård
  - \* Försäkringskassa
  - \* Arbetsförmedling
  - \* privata utförare
- 
- \* Samverkansmöte= ge aktuell information om situation i verksamheterna.
  - \* Samordnade VPL
  - \* Informera om patienter som är i fas för utslussning. (patientgenomgång)
  - \* Kommunerna ska ges möjlighet att planera sitt utbud av stödinsatser så som exempelvis boende m.m.
  - \* Skriftliga rutiner finns upprättad gällande patienter vårdprocess.
  - \* Vid brister i samverkan sker det oftast på individnivå inte på avtal eller på överenskommelser.
  - \* Ekonomi.



## Samverkan Överenskommelse/Avtal

- \* De kliniker som har riksintag har avtal med de landsting man utför tjänsten åt och de i sin tur har samverkan med de kommuner som patienten hör hemma i. De långa geografiska avstånden kräver högt ställda krav på fungerande kommunikation och samverkan med allmänpsykiatri, andra vårdgivare och socialtjänst.
  - \* Varje huvudman har resurser runt missbruksproblematik och psykiatri har självfallet kompetens runt psykiatrisk diagnos. Men som sagt det är svårt att få en gemensam linje i arbetet
- 
- \* Riksavtal
  - \* Samverkansavtal
  - \* Överenskommelser om samverkan
  - \* Man träffas flera gånger under året i olika konstellationer.
  - \* Lokalt/regionalt/nationellt.

I Nationell psykiatrisamordning betonades att ”kommuner och landsting” bör erbjuda personer med missbruk och psykisk sjukdom vård och stöd i integrerade former så att behandlingen för missbruket och de psykiska problemen sker samtidigt.



## Reflektion och synpunkter kring eventuella styrkor eller brister med behandlingsinsatser:

*Ett hinder kan vara att man använder samma benämningar och förkortningar fast för olika metoder eller behandlingar.*

Till exempel:

ACT= (*Acceptance and Community Therapy*) är en form av kognitiv beteendeterapi (KBT) som skiljer sig från den klassiska KBT främst i sin kognitiva del men också i sin målsättning. (*Beteendeanalytisk*). Att kunna hantera stress och främja hälsa. Ett grundläggande begrepp i ACT är värderad riktning.

En annan numera spridd ACT-teknik är mindfulness som går ut på att uppleva det som händer, ögonblick för ögonblick i just den situation man befinner sig.

ACT= (*Assertive Community Treatment*).

Målgrupp: Personer med en psykisk funktionsnedsättning till följd av psykossjukdom eller bipolär sjukdom som har en komplicerad social problematik exempel missbruk eller hemlöshet där ordinarie vård och omsorg inte förmått möta deras behov.

CM= (*Case management*) är egentligen ett samlingsnamn på för flera typer av stödmodeller.

CM= Personligt ombud är en stödperson som kommuner i Sverige tillhandahåller till personer med svår psykisk funktionsnedsättning.

KP= kontaktperson

KM=kontaktman

PSL=(*psykisk sjuka lagöverträdare*).

Resursteam, vårdteam, vårdlag.

SIP=Samordnad individuell vårdplan

Extern VPL= Samordnad individuell vårdplanering. Vårdteam, externa +patient

Intern VPL=vårdteam+ patient.



## Styrkor:

- \* All missbruksbehandlingen är manualbaserad och bygger på de nationella riktlinjerna. Manualen avdramatiserar samtalet och gynnar behandlingsalliansen. Patienten ser en början och ett slut vilket ökar motivationen att delta. Oavsett vilken metod man använder sig av.
- \* Tvångsvården och friförmåner kan användas som motivation i behandlingen.
- \* Samverkan är god men kan bli ännu bättre.
- \* Finns mycket kompetens bland personalen.
- \* På flera kliniker finns öppenvårdsteam som följer patienten i öppenvård med besök på boenden, drogkontroller, handledning av personal, samtal, m.m. Senare i vårdprocessen så kan man hjälpa till att slussa patienten vidare till rätt instans.

## Briter:

- \* En reflektion som kommit fram vid flera tillfällen är att trender har en stor betydelse och att det är kopplat till personligt engagemang av de personer som jobbar med detta.
- \* Fast det finns klara rutiner kring *SAMVERKAN*, kan det ändå brista och vid problem, så ligger det ofta på individnivå inte på avtalen eller på överenskommelserna.
- \* En del kan ha problem kring samverkan med kommuner. En av orsakerna kan vara att kommunerna tycker att det är för mycket psykiatri, men handlar också ofta om ekonomi.
- \* ”Gammalt synsätt”, problem kring samsjuklighet kan tyda på att man fortfarande inte ser missbruket som ett oberoende problem, utan man behandlar psykosjukdomen i förhoppning att också missbruket upphör av sig självt eftersom personen i fråga är omhändertagen för vård.
- \* Vi använder oss av samma benämningar, fast det står för olika saker. Detta kan vara ett hinder och ”bädda” för missförstånd.

## Framtid?

*Mottagning* där alla huvudmän är representerade kan vara en lösning...

Gränslöshet, mycket på ett och samma ställe, medicindelning, provtagning, psykiatrisk uppföljning. *Ska vi bygga ut eftervård och öppenvård för den här målgruppen?*

Finns redan på ett par orter i Sverige som kommit till skott efter bland annat Tre Klöverprojektet. Där klienter från både från kriminalvård har fått föreskrifter från domstol och från rättspsykiatri vid utslussning till Rättspsykiatrisk öppenvård. (RPÖ). Idag mest riktad mot kriminalvårdsklienter med restriktioner men även vissa LRV-patienter.

MOA-mottagningar på ett flertal orter som vänder sig till ungdomar upp till 26 år. Representanter från både landsting och kommun.

Känns ändå som att vinden vänt mer åt det positiva hållet och att man mer och mer lyfter fram hur viktigt det är att jobba med samsjukligheten och inte diagnoserna var för sig. Jag personligen tycker ändå att inventeringen pekar åt detta.

//Susanne.L