

Programtrohetsmätning av ACT och Flexibel ACT

Bengt Svensson

CEPI

Lunds Universitet

Varför mäta programtrohet?

- Det är vanligt att man inom verksamheter säger att man gör saker som man i verkligheten inte gör. (Missuppfattningar av vad metoder innebär, önskan om fina etiketter, etc)
- Om en arbetsmodell/metod i vetenskapliga studier visat sig effektivare än andra kan avsteg från modellen innebära att nyttan av den uteblir.
- Hemmagjorda anpassningar kan innebära att viktiga (kanske jobbiga) delar tas bort och det blir lite ”vård som vanligt”

Betydelsen av programtrohet

- Vetenskapliga studier har visat att hög programtrohet ger bättre resultat för:
 - Arbetsrehabilitering enligt IPS
 - Integrerad behandling av psykisk sjukdom och missbruk (DD)
 - Assertive Community Treatment (ACT)
 - Social färdighetsträning
 - Psykoterapi

Hur mäta programtrohet

- Beror på interventionens karaktär, till exempel:
- Psykoterapi, MI – inspelade terapisesioner
- För komplexa interventioner ofta information från en rad olika källor som bearbetas enligt ganska strikta manualer.
- Ett vanligt forskningsfokus är att försöka ”koka ner” komplexa interventioner till de delar av dem som verkligen har betydelse. Ofta är detta oklart!

Metod för bedömning av ACT

- Tool for measuring assertive community treatment (TMACT). Detaljerad och omfattande manual som skall följas.
- bygger på strukturerade intervjuer, genomgång av dokumentation, genomlysning av organisationsstruktur, identifiering av kärnkomponenter, verksamhetens innehåll, närvaro av evidensbaserad praktik, vårdplaneringens innehåll
- Sammanvägs till ett index 1-5 där ≥ 4 är hög programtrohet

Programtrohetsbedömning (TMACT)

- Organisation o struktur, 11 områden
- Kärnkomponenter i teamet, 7 områden
- Specialister i teamet, 8 områden
- Kärnverksamhet, 8 områden
- Evidensbaserad praktik, 8 områden
- Individorienterad planering, 4 områden

Exempel – beskrivning av målgrupp

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 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 (också 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.

Bedömning med hjälp av ankarpunkter

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

ACT i Malmö

- Fanns en arbetsgrupp med representanter från Region Skåne, Malmö stad, Privat psykiatriaktör och Lunds universitet som under en tid planerat för att starta ett ACT-team
- Verksamheten startade 2012 och följdes under 24 månader

Resultat: programtrohet hos Malmöteamet 6, 18, 24 månader efter start >4 = hög pt

	6 månader	18 månader	24 månader
Organisation och struktur	3,9	4,2	4,6
Kärnkomponenter i teamet	3,3	4,4	4,0
Specialister i teamet	2,6	4,2	4,9
Kärnverksamhet	3,6	4,0	4,0
Evidensbaserad praktik	3,6	4,1	4,4
Individinriktad planering	2,2	3,2	4,2
Programtrohetsindex	3,2	4,02	4,35

Område: Organisation och struktur (12 frågor)

- Brukare per teammedlem
- Teamets arbetsmetod
- Dagliga teammöten (frekvens, deltagande)
- Programstorlek
- Målgrupp
- Aktiv rekrytering
- Långsam intagningstakt
- Successiv överföring/utskrivning
- Låg borfallsfrekvens
- Samordning vid slutenvård
- Kanslifunktion

Utvecklingen av organisation och struktur, 3,9 - 4,6

- Organisation och struktur var i hög utsträckning på plats vid start, utvecklingen förklaras av bättre teamarbete (delad case load), bättre rutiner för antagning, inläggningar och utskrivningar från slutenvård samt tillskapandet av en administrativ resurs

Område: Kärnkomponenter

- Teamledare
- Teamledare som behandlare
- Psykiater
- Psykiaterns roll i behandlingen
- Psykiaterns roll i teamet
- Sjuksköterskor
- Sjuksköterskors roll i teamet

Utvecklingen av kärnkomponenter i teamet, 3,3 - 4,0

- Utvecklingen förklaras av mer och stabilare psykiaterfunktion
- Teamledaren avlastats från administration
- Sjuksköterskeresurser funnits på plats men brustit i kontinuitet och innehåll i arbetet

Område: Specialister i teamet

- Missbruksspecialist
- Missbruksspecialistens roll i behandlingen
- Missbruksspecialistens roll i teamet
- Arbetscoach
- Arbetscoachens roll i behandlingen
- Arbetscoachens roll i teamet
- Brukarspecialist
- Brukarspecialistens roll

Utvecklingen av specialister i teamet, 2,9 - 4,9

- Initial oklarhet om specialistfunktioner och otillräcklig tillgång till dessa kompetenser. Vid 24 månader tydligare roller, utökad tjänst för brukarspecialist, hög kompetens avseende arbetspecialist

Område: Kärnverksamhet (8 frågor)

- Samhällsbaserade insatser
- Aktivt uppsökande verksamhet
- Varaktighet i möten med brukare
- Täta möten med brukare
- Täta kontakter med närstående och stödpersoner
- Ansvar för krisinterventioner
- Ansvar för psykiatriska insatser
- Ansvar för rehabiliterande insatser

Utvecklingen av kärnverksamhet

3,6 - 4.0

- Hög programtrohet avseende täta kontakter i deltagarnas naturliga miljö
- Krisberedskap uppfylls under kontorstid men uppfyller inte kraven för ACT
- Initiala brister avseende kontakter med närstående förbättrades väsentligt under uppföljningstiden

Område: Evidensbaserad praktik (8 frågor)

- Behandling av samsjuklighet (missbruksspecialist)
- Arbetsinriktade insatser
- Insatser kring egenvård och återhämtning
- Integrerad behandling vid samtidigt missbruk (teamet)
- SE enligt IPS-modellen
- Värva och utbilda närstående
- Kunskapsbaserad psykoterapi
- Stöd till boende

Utvecklingen av evidensbaserad praktik

3,6 - 4,4

- Teamet bistår med alla insatser avseende samsjuklighet, arbetsrehabilitering och insatser för att främja återhämtning
- Teamet ger psykopedagogiska insatser men inte regelrätt psykoterapi
- Har inget mandat att påverka boende eller andra insatser enligt SoL eller LSS

Område: Individinriktad planering (4 frågor)

- Individens starka sidor avspeglas i behandlingsplanen
- Individbaserad behandling
- Insatser täcker många livsområden
- Individens självbestämmande och egenansvar framhålls

Utvecklingen av individinriktad planering 2,2 - 4,2

- Utvecklingen av vård/behandlingsplaner har varit mest påtaglig under uppföljningstiden. Initialt var alla dokument mest inriktade på deltagarnas brister och vårdbehov. Någon kartläggning av deltagarnas resurser och styrkor gjordes sällan. I samband med bedömningar av arbetsspecialist har en klar förbättring skett, men inom begränsade områden.

Sammanfattning av programtrohet ACT (slutpoäng 4,35)

- Teamet utvecklades successivt mot en allt större programtrohet. Funktionerna och rollerna operationaliserades på ett tydligt sätt
- Bristerna som kvarstår är otillräckligt administrativt stöd (borde vara 100%)
- Otillräcklig krisberedskap
- Begränsningar i att påverka boendefrågor och andra sociala insatser

Bakgrund till Flexibel ACT (FACT)

- Patienter som behandlas i öppenvårdsteam kan periodvis behöva insatser som ACT (20%)
- Fullskaliga ACT-team svåra att implementera i glesbefolkade områden
- FACT-team kan ansvara för dubbelt så många patienter som ett ACT-team
- Patienter som försämras kan fortsätta att behandlas utan att behöva flyttas

Innehållet i vården vid FACT

- Multidisciplinärt team: psykiater, psykolog, sjuksköterska, IPS-spec, missbruksspecialist, brukarspecialist, socialarbetare, case-manager
- Patienter som försämras får tillgång till teamets hela resurser (delad case-load)
- Samtliga i teamet kan nominera patienter till ACT
- Huvuddelen av patienterna i teamet (80%) får sedvanlig öppenvårdsbehandling

Programtrohet – 6 mån och 12 mån efter uppstart

Teamstruktur

Personal, case load

Teamprocess

Delad caseload, arbetssätt

Diagnostik, behandling och
interventioner

Ansvar för insatser (alla)

Organisation

Intagning, väntelista, kontroll

Samhällsbaserade insatser

Samarbete, uppsökande arb

Uppföljning/utvärdering

Rutinmässig utvärdering

Professionell utveckling

Handledning, arb. klimat

Resultat av programtrohetsmätningar FACT, 8 team, 6-månaders uppföljning

Område	Bedömning 1-5
Teamstruktur, personal, case load	3,8
Teamprocess (arbetsätt)	3,7
Diagnostik, behandling, interventioner	4,1
Organisation, intagning, väntelista etc	4,6
Samhällsbaserade insatser, samarbete	4,1
Rutinmässig utvärdering	1,7
Professionell utveckling, teamanda	3,8
Totalt	3,9 (3,6 – 4,2)

Sammanfattning programtrohetsmätning

- Programtrohetsmätningar kan med framgång användas som redskap inom verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete.
- Programtrohetsmätningar är bedömningar som kan ge en fingervisning om vad som är viktigt att kunna erbjuda svårt psykiskt sjuka personer
- Ingen vet om samtliga faktorer är lika viktiga – väldigt viktiga faktorer bedöms likvärdigt med mindre viktiga
- Det behövs mer kunskap om vad som är nödvändigt och mindre nödvändigt