

Integrerad behandling av missbruk och psykisk sjukdom: Pilotimplementering inom LVM-vården



**Ingrid Rystedt,
Mona Sundh,
Eva Alfredsson Olsson**

FORSKNING I KORTHET

ISBN 978-91-87053-76-4

Integrerad behandling av missbruk och psykisk sjukdom:

Pilotimplementering inom LVM-vården

Nummer 1 år 2021

Publikationerna finns att beställa eller
ladda ner från SiS webbplats.
www.stat-inst.se

Engelsk titel:
Institutional Care in Focus

Publikationsseriens adress:
Statens institutionsstyrelse, SiS
Box 30224
104 25 Stockholm

Integrerad behandling av missbruk och psykisk sjukdom:

Pilotimplementering inom LVM-vården

Förord

Forskarteamet bakom föreliggande projekt bestod av Ingrid Rystedt, Mona Sundh, Eva Alfredsson Olsson, Mark McGovern och Kim Mueser. Kollegorna Andrea Meier, Lindy Fox och Rickard Färdig bidrog med värdefulla utbildningsinsatser, regelbunden handledning eller konsultationer, medan Daniel Daertni bidrog med översättning av delar av ICT-manualen. Karlstads universitet bidrog med finansiellt stöd i inledningen av projektet. Statens institutionsstyrelse (SiS) möjliggjorde projektet genom att bidra med forskningsmedel. Anställda vid SiS huvudkontor, bland andra Therese Reitan, var behjälpliga som värdefullt bollplank inför planeringen av projektet.

Tillsammans vill vi i forskarteamet framföra vårt allra varmaste tack till de tre LVM-institutioner som deltog i pilotprojektet. Tack till alla klienter som deltog i ICT- eller E-IMR-behandling, gruppleadare och övrig personal, samt berörda institutionsledningar. Vi hade inte kunnat genomföra det här projektet utan er kunskap, entusiasm och imponerande uthållighet.

Sammanfattning

Samsjuklighet bland personer med missbruk och/eller beroende är vanligt förekommande. Exempelvis är psykiska sjukdomar tre gånger så vanligt hos de som missbrukar alkohol, jämfört med hos personer som inte gör det. Särskilt vanligt förekommande är samsjuklighet av missbruk och psykiska sjukdomar bland klienter som befinner sig i missbruksvårdens sammanhang. Tidigare forskning har visat att behandling av missbruk och beroende med psykiatrisk samsjuklighet är mest effektiv när insatserna integreras. Trots detta saknas sådan behandling på bred basis. Syftet med föreliggande projekt var att pilottesta integrerad behandling i LVM-vårdens kontext, med huvudfokus på genomförbarhet och hållbarhet. Ett underordnat syfte var att beskriva effekterna av sådan behandling. Två behandlingsmodeller pilottestades vid tre SiS-institutioner. Den ena modellen, Integrating Combined Therapies (ICT), pilottestades vid två institutioner och den andra modellen, Enhanced Illness Management and Recovery (E-IMR), testades vid en institution. Totalt ingick 70 klienter i ICT-behandlingsgruppen, och elva klienter i E-IMR-gruppen. Utöver detta intervjuades 14 anställda vid de tre olika institutionerna. Implementeringen av E-IMR tog inte fäste, huvudsakligen på grund av yttre organisatoriska omständigheter. Vad gäller ICT, tyder resultaten på att modellen är genomförbar inom LVM-vården. Likaså föreligger goda tecken på hållbarhet. Det är dock viktigt att beakta att denna pilotimplementering är en relativt liten studie där det inte funnits någon kontrollgrupp. Utifrån designen på forskningsprojektet går det därför inte att dra säkra slutsatser om de positiva effekter av ICT som observerades.

Bakgrund

Samsjuklighet och missbruk

En person som har missbruk eller beroende har ofta även andra sjukdomar, såväl psykiska (t.ex. McGovern m.fl., 2006) som fysiska (Rystedt & Bartels, 2008). Samsjuklighet definieras här som ett eller flera missbruk eller beroenden som föreligger samtidigt med en eller flera psykiska sjukdomar. Samsjuklighet bland personer med missbruk eller beroende har visat sig vanligt förekommande, där exempelvis psykiska sjukdomar är tre gånger så vanligt förekommande hos dem som missbrukar alkohol, jämfört med hos personer som inte gör det (Grant m.fl., 2004; Stinson m.fl., 2005). Bland klienter som befinner sig i missbruksvårdens sammanhang är psykiatrisk samsjuklighet ännu vanligare. Exempelvis visade Socialstyrelsen (2019) att av de drygt 50 000 personer som under 2017 hade vårdats för intag av beroendeframkallande substanser, hade 52 procent av männen och 64 procent av kvinnorna vid minst ett vårdtillfälle haft en psykiatrisk diagnos. SOU (2011) visade i en rapport att 30–50 procent av klienterna inom missbruksvården hade en samtidig psykisk sjukdom. Inskrivningsdata från LVM-institutioner har på liknande sätt visat att 30 procent av klienterna erhållit psykiatrisk vård ett halvår före inskrivning (Statens institutionsstyrelse, 2011). En tredjedel av klienterna har tidigare erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård och nästan två tredjedelar har erfarenhet av frivillig psykiatrisk vård (Statens institutionsstyrelse, 2019). Internationella studier har också påvisat hög grad av samsjuklighet bland klienter i missbruksvård (Cacciola m.fl., 2001; McGovern m.fl., 2006). Epidemiologiska undersökningar visar att samsjuklighet med flera olika psykiska sjukdomar är vanligt förekommande i missbruksvården (Grant m.fl., 2004; Hasin, 2012). Mot den bakgrunden, är det viktigt att de behandlingar som används inom missbruksvården är diagnostiskt gränsöverskridande – inte minst av resursmässiga skäl.

Oberoende av vilken sjukdom som är primär, har klienter med samtidig psykisk sjukdom sämre effekt av missbruksvård jämfört med klienter som inte har psykisk sjukdom (t.ex. Baker m.fl., 2007; Bartels m.fl., 1995; Carrol m.fl., 1993). Svårigheterna har visat sig gälla bland annat större sug för alkohol och droger, och sämre funktionsförmåga, vilket påverkar exempelvis arbete, relationer och egenvård. Andra försvårande faktorer är att personer med samsjuklighet oftare avslutar sin behandling i förtid och oftare återfaller i missbruk. Den dubbla utsattheten har visat sig innebära ökad risk för hemlöshet, utsatthet för psykiskt och fysiskt våld, arbetslöshet, sjukhusvård samt fler kontakter med rättsväsendet.

Samsjuklighet hos klienter med missbruk eller beroende har också visat sig medföra sämre livskvalitet för klienten (Saatcioglu m.fl., 2008; Singh m.fl., 2005), vilket kan påver-

ka mellanmänskliga relationer, kognition, motivation och emotionellt tillstånd negativt (Ralevski m.fl., 2014). Dessutom har studier visat på högre risk för drogrelaterad mortalitet hos gruppen (Nyhlén m.fl., 2011), där vissa forskare menar att vård och behandling för psykiska sjukdomar, jämfört med missbruks- och beroendevård, möjligen är den mest livräddande insatsen för klienter med missbruk eller beroende och samsjuklighet med psykisk sjukdom (Fridell & Hesse, 2006).

Integrerad behandling

Integrerad behandling av missbruk, beroende och psykisk ohälsa utvecklades i USA (Drake m.fl., 1996; Minkoff, 2001) med ambitionen att behandla missbruk, beroende och psykisk sjukdom i ett och samma system och av en och samma behandlare eller ett och samma behandlingsteam (Mueser m.fl., 2003). Tidigare forskning visar att behandling av missbruk eller beroende med psykiatrisk samsjuklighet är mest effektiv när insatser som gäller båda sjukdomarna sker i samma kontext, det vill säga när insatserna integreras (Chow m.fl., 2013; Mangrum m.fl., 2006; Mueser m.fl., 2003). Integrerad vård, jämfört med sedvanlig vård, har exempelvis visat sig öka motivationen för behandling (Wüsthoff m.fl., 2014) och leda till lägre andel avhopp (Lindahl m.fl., 2013). Integrerade behandlingar kan med fördel också riktas mot sociala problem, såsom arbetslöshet, vilket är vanligt förekommande i den här gruppen (t.ex. Becker & Drake, 1994; Campbell m.fl., 2011).

Organisatorisk kapacitet för integrerad behandling

Kapaciteten för evidensbaserad integrerad behandling av psykiatrisk samsjuklighet i missbruksvården varierar och är inte sällan otillräcklig (Matthews m.fl., 2011; McGovern m.fl., 2014; Padwa m.fl., 2013). Organisationer som får assistans och stöd vid implementering av evidensbaserad integrerad behandling av missbruk och psykisk sjukdom har visat sig förbättra sin organisatoriska kapacitet för sådan behandling (Chaple & Sacks, 2016). Även om evidensen för integrerad behandling av missbruk, beroende och samtidig psykisk sjukdom är stark, saknas sådan behandling på bred basis (McGovern m.fl., 2014). Detta beror på en avsaknad av kombinerad expertis i vårdssystemet (Heinrich & Cummings, 2014; Sacks m.fl., 2013) eller personal med rätt kompetens (Greenhalgh m.fl., 2014; Meier m.fl., 2015). Även med rätt kompetens hos personal, kan det praktiska genomförandet innebära organisatoriska utmaningar, till exempel vad gäller yrkeskultur och oro kring autonomi och traditionella territorier (Ovretveit m.fl., 2010). I svenska system kan till exempel friktion uppträda i gränsytorerna mellan hälso- och sjukvårds- och socialtjänstsystemen (Nordström, 2006; Socialstyrelsen, 2007).

Som ett led i att göra integrerad behandling mer tillgänglig har forskare i USA utvecklat integrerade psykopedagogiska och psykosociala behandlingsmetoder. Tanken är att dessa metoder ska kunna utföras av samma personal som rutinemässigt finns tillgänglig inom missbruksvården, samtidigt som behandlingsmetoderna i högre grad

ska vara diagnostiskt överskridande. Syftet med föreliggande projekt var att på motsvarande sätt starta en process som på sikt kan göra integrerad behandling mer tillgänglig inom svensk missbruksvård.

Integrerad behandling inom ramen för LVM-vården

Integrerad behandling inom LVM-vården torde ha flera möjligheter, samtidigt som den också kantas med en rad utmaningar. LVM-vården skulle kunna fylla en viktig roll i att utrusta de klienter som vårdas där med värdefulla kunskaper och färdigheter för att mer effektivt navigera sig inom de tudelade vård- och omsorgssystemen utanför LVM-vården. Inom LVM-vården har personalen kontinuerlig och långsiktig kontakt med de klienter som vårdas, jämfört med den kontakt som är möjlig inom öppenvården, vilket är en fördel. En annan fördel är att LVM-vården huvudsakligen bedrivs inom ett system, ibland i samarbete med hälso- och sjukvården. Utmaningen som ofta annars förekommer är att samordna missbruksvård under socialtjänstens huvudmannaskap och psykiatrisk vård inom ramen för regional hälso- och sjukvård. Tvånget inom LVM kan innebära utmaningar, bland annat när det gäller motivationsarbete. Dessutom har de klienter som vårdas under LVM, per definition, allvarliga och tunga missbruk. Det bidrar till att miljön på institutionerna inte sällan är orolig och instabil, särskilt om droger kommer in på avdelningarna. Ibland förekommer också våld och upplopp vilket försvårar behandlingsmöjligheter.

Syftet med föreliggande projekt

Upprinnelsen till projektet var ett gemensamt intresse, mellan forskargruppen och personer i ledande positioner vid några LVM-institutioner, att pilottesta två nyutvecklade amerikanska modeller för integrerad behandling av missbruksproblem och psykisk sjukdom. På institutionerna ifråga fanns ett behov av att kunna erbjuda behandlingsalternativ för klienter med samsjuklighet i form av psykisk sjukdom. Det övergripande syftet med projektet var därför att pilottesta integrerad behandling i LVM-vårdens kontext, med huvudfokus på genomförbarhet och hållbarhet. Ett underordnat syfte var att beskriva effekterna av sådan behandling.

Metod

Två behandlingsmodeller för samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom pilottestades vid tre institutioner. Den ena modellen har sina rötter inom amerikansk missbruksvård och den andra inom amerikansk psykiatri; dessa modeller beskrivs mer genomgående nedan. Båda modellerna är manualbaserade, med informationsblad och arbetsuppgifter, samt instruktioner till personalen, och kan genomföras i grupp eller individuellt.

Behandlingsmodellerna

Integrating Combined Therapies (ICT), med rötter i missbruksvård

Behandlingsmodellen som testades på två LVM-institutioner heter Integrating Combined Therapies (ICT). Denna kortrapport redogör huvudsakligen för utfallet av pilotimplementeringarna av ICT.

Behandlingens övergripande målsättning är att stärka personens förmåga att hantera sug och förebygga återfall, samt hantera psykiska symtom, socialt tryck och negativa känslor. En utgångspunkt är att det i hög grad är samma strategier och färdigheter som stärker förmågan att bemästra såväl sug som psykiska symtom. Grunden för ICT bygger på tre evidensbaserade terapier för missbruk, psykisk sjukdom och samsjuklighet: motivations-stärkande terapi/motiverande samtal, kognitiv beteendeterapi och tolvstegsbehandling. ICT är en anpassning och vidareutveckling av Combined Behavioral Intervention (CBI), från National Institute on Drug Abuse and Alcoholism (NIAAA) projektet COMBINE, där CBI har breddats till att inkludera samsjuklighet med psykisk sjukdom. ICT är en fristående del av Hazeldens Co-Occurring Disorders Program (CDP) (Hazelden Betty Ford Foundation, 2016).

Flera olika strategier och tekniker blandas i genomförandet, exempelvis social färdighetsträning, kognitiv omstrukturering, psykoedukation, delat beslutsfattande, bemästringsstrategier, kamratstöd och återfallsprevention. Till stor del är det personens eller gruppens egna målsättningar och specifika problem som avgör repertoaren av tekniker i varje enskilt fall. I sin helhet består ICT av 18 moduler: fyra moduler som bygger på motivations-stärkande terapi/motiverande samtal, sju moduler som bygger på kognitiv beteendeterapi, sex moduler som bygger på tolvstegsbehandling och två moduler som ska förbereda klienter för nästa steg och att lämna behandlingen.

Enhanced Illness Management and Recovery (E-IMR), med rötter i psykiatri

Den andra behandlingsmodellen, som en av LVM-institutionerna utgjorde testbädd för, heter Enhanced Illness Management and Recovery (E-IMR). På grund av olika svårigheter, som beskrivs under resultatdelen, kunde inte E-IMR implementeras och därför

kommer resultatredovisningen endast i begränsad utsträckning att beskriva implementering av denna.

Behandlingsmodellen E-IMR är en vidareutveckling av Illness Management and Recovery (IMR), och var alldeles ny vid projektets start. IMR är en väletablerad behandlingsmodell med fokus på egenvård (illness self-management) för personer med svår psykisk sjukdom. IMR utvecklades inom ramen för det amerikanska projektet National Implementing Evidence-Based Practices (EBPs), utifrån en systematisk översikt av empiriskt underbyggda behandlingar: psykoedukation, kognitivt-beteenderelaterade tekniker, träning i återfallsprevention, social färdighetsträning och bemästringsstrategier (coping skills training). Den centrala utgångspunkten i IMR är att systematiskt, med hjälp av elva olika moduler, arbeta mot personliga återhämtningsmål.

UNDERSÖKNINGSDELTAĞARE

Totalt ingick 70 klienter i ICT-behandlingsgruppen, där samtliga deltagare var män, eftersom båda institutionerna endast tar emot män (se Tabell 1 för utförlig information om andel och antal deltagare från respektive institution). Medelåldern var 28 år och åldersspannet var från 20 år till 44 år. Antalet klienter i E-IMR-gruppen var elva, mellan 20 och 48 år (medelvärde 33 år), samtliga kvinnor, vid en institution som endast tar emot kvinnor. Inkluderingskriterier var klienter med dokumenterade psykiatriska diagnoser som enligt Modified Mini Screen (MMS) hade rimlig misstanke om psykisk sjukdom.

Totalt intervjuades 14 anställda vid de tre institutionerna. Nio intervjuade var gruppledare, det vill säga anställda som genomförde behandlingsmodellen, och fem var personal med någon form av ledande position. För bevarad konfidentialitet redogörs inte fördelningen av intervjupersoner mellan institutionerna.

TABELL 1

Andel och antal deltagare vid de institutioner som ingick i projektet

Behandling Institution	Antal deltagare	Föremätning Andel och (antal) som fyllde i	Eftermätning Andel och (antal) som fyllde i	DOK-data Antal som gav sitt samtycke	Intervjuer Klienter Antal
ICT					
Institution 1	41	100 (41)	37 (15)	(22)	(6)
Institution 2	29	100 (29)	55 (16)	(18)	(6)
Total	70	100 (70)	44 (31)	(40)	(12)
E-IMR					
Institution 1	11	(11)	(1)	–	(5)

MATERIAL

Totalt användes åtta frågeformulär i den kvantitativa före- och eftermätningen (se Tabell 2).

TABELL 2

Skalornas namn och användningsområde

Frågeformulär	Vad skalan mäter
Kunskapstest om samsjuklighet med psykisk ohälsa	Kunskap om samsjuklighet och psykisk ohälsa
Situational Confidence Questionnaire (SCQ-8)	Självförtroende att kunna motstå att dricka alkohol (eller använda droger) i specifika situationer
Mental Health Confidence Scale	Självförtroende och self-efficacy att hantera sin psykiska hälsa
IMR-skalan	Framsteg mot personliga återhämtningsmål och förmåga till egenvård
Readiness to Change Questionnaire (RTCQ)	Synen på sina alkohol- och drogvanor och benägenhet att förändra sitt beteende
Short Inventory of Problems (SIP)	Närvaron av problem som ofta är sammankopplade med alkohol- och drogbruk
WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHO-DAS 2.0)	Funktion inom specifika livsområden, under de senaste 30 dagarna
Symptoms Check-List 90 (SCL-90)	Mående psykiskt och fysiskt och grad av symtom senaste veckan
Client Satisfaction Scale (CSQ-8)	Nöjdhet med vården

Utöver dessa användes DOK-data och individuella intervjuer med personal och klienter. Intervjuerna genomfördes med hjälp av en tematiserad intervjuguide. I möjligaste mån, strukturerades resultatet från personalintervjuerna enligt Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)-modellens domäner: interventionens kännetecken, yttre förhållanden, inre förhållanden, individernas kännetecken och implementeringsprocessen (Damschroder m.fl., 2009). DOK är ett dokumentationssystem inom missbruksvården som bygger på semistrukturerade intervjuer med klienten vid inskrivning, avstämning och utskrivning samt vid uppföljning inom olika delar av missbruksvården.

Resultat

IMPLEMENTERING AV ICT

Resultaten börjar med en sammanfattning av genomförbarheten och hållbarheten i implementeringen, bland annat utifrån mötesanteckningar och den regelbundna handledningen av gruppledarna. Denna följs av en sammanfattning av analyser av intervjuer med personal och klienter som deltagit i ICT och E-IMR, och avslutas med effekterna av ICT.

Explorationsfasen

Under den inledande utforskande fasen (explorationsfasen) hade forskarteamet återkommande kontakt med institutionsledningarna, vilket resulterade i viktiga bidrag i projektets planering. Grundläggande i förberedelsefasen var att utbilda tilltänkta gruppleddare. Forskarna hade regelbundna möten med gruppledarna, samt informationsseminarier med all personal. Seminarierna gavs vid tre tillfällen, för att möjliggöra att all personal, även de på rullande schema, skulle få tillgång till informationen.

Utbildning av personal

Utbildningen av de tio medarbetare som skulle fungera som gruppleddare för ICT genomfördes vid en av institutionerna under tre dagar, av en amerikansk forskarkollega från Dartmouth, tillika nära kollega till Mark McGovern som utvecklat modellen. Samtliga deltagande vid utbildningen besvarade en utvärderingsenkät, där det framkom att de skulle rekommendera ICT till en kollega, och majoriteten upplevde att utbildningen som helhet var mycket bra. Alla var överens om att behandlingen skulle kunna tillämpas i verksamheten på ett bra eller mycket bra sätt. I öppna frågor bedömde personalen att klienterna skulle ha nytta av ICT, där de ansåg att de ingående behandlingskomponenterna var välkända och att de terapeutiska delarna var relevanta för LVM-vården. Några reflekterade kring potentiella utmaningar i att genomföra behandling i samband med störningar på institutionerna, samt att hitta lokala tolvsstegsalternativ.

Institutionerna valde själva hur de skulle organisera de medarbetare som skulle arbeta med ICT. En institution valde huvudsakligen två gruppleddare som skulle moderera samtliga sessioner. Övriga gruppleddare trädde in i samband med sjukdom eller ledighet. Den andra institutionen valde att ha en gruppleddare som var närvarande vid samtliga gruppssessioner, och att övriga gruppleddare, som gick på schema, turades om att moderera gruppssessioner tillsammans med den "permanent" gruppleddaren.

Trots att implementeringen av ICT startades under en ovanligt orolig period, med bland annat upplöpp, kunde båda institutionerna hålla gruppssessioner två gånger i veckan, med endast kortare perioder av uppehåll. Ofta identifierades potentiella ICT-deltagare redan på intagsavdelningen; gruppleddarna tog då kontakt och presenterade

möjligheten att delta i projektet, samt gav utförlig information. De klienter som deltog i ICT påbörjade sina gruppssessioner efter att de lämnat intagsavdelningen.

Forskarteamet hade regelbundna muntliga konsultationer med gruppledarna, till en början veckovis och med tiden något glesare. En fråga som dök upp tidigt i processen i diskussioner med gruppledarna handlade om hur man lämpligast roterar in nya klienter när en grupp redan startat. En annan fråga handlade om hur man lämpligast hantear situationen när en gruppmedlem oväntat och plötsligt lämnar institutionen, vilket också upprepat skedde under perioden.

”Booster-utbildning”

Halvvägs i implementeringsförloppet genomfördes en ”booster-utbildning” med gruppledare från båda institutionerna, för att erbjuda möjlighet att utbyta erfarenheter. I samband med diskussionerna framkom både positiva erfarenheter och utmaningar i genomförandet. Gruppledarna betonade att det hade blivit lugnare på avdelningarna sedan de börjat med ICT. De upplevde rollen som gruppledare både stimulerande och meningsfull. Trots att de följde en manual fanns möjlighet att påverka gruppssessionernas innehåll. Gruppledarna ”kände” att det fanns en tro på att klienter kan förändras, i manualen och arbetsmaterialet. Deras bedömning var att de klienter som deltagit i ICT hade känt sig viktiga, accepterade och involverade, och samarbetade med varandra samt att institutionen brydde sig om hela dem och hela deras problematik. Gruppledarna noterade att tabun med att erkänna en psykisk sjukdom minskade, åtminstone i gruppssessionernas kontext.

Utmaningarna låg i att det tog tid att mogna i processen som gruppledare, att ”ta kommando” och leda gruppssessioner. Gruppledarna tyckte också att flera arbetsblad innehöll för mycket text att ta sig igenom. Ett förbättringsområde som diskuterades var samarbetet med övrig personal. Gruppledarna önskade feedback från personalen om vad som händer mellan gruppssessionerna med deltagarna i ICT när de är på avdelningen. De var även medvetna om att de själva borde informera sina kollegor bättre om den process som pågick i ICT-gruppen, och dela med sig av den ”nytta” de såg. På det sättet skulle gruppledare och övriga medarbetare lättare arbeta i samma riktning. Gruppledarna betonade att medarbetarna på avdelningen har en viktig roll i att påminna om gruppssessioner, att stötta i arbetet med hemuppgifter och att vara bollplank i träningen av nya färdigheter och bemästringsstrategier.

Implementeringsfasen

Under hela vidmakthållandefasen (implementeringsfasen) genomfördes ICT med god kontinuitet, trots flera stormiga perioder med bland annat upplopp. Utmaningar uppstod främst i samband med semesterledigheter eller annan frånvaro, exempelvis sjukskrivning. En av institutionerna valde att låta ICT-verksamheten ligga nere en period under sommartid.

I samband med handledningen, rapporterade gruppledarna att de successivt blev allt bättre på att identifiera kandidater för ICT. De beskrev också att vissa grupper var lättare att moderera. Förutom gruppssammansättningen, var en bidragande orsak till

dess skillnader hur tungt arbetet på institutionen i stort var. Samarbetet med övrig personal förbättrades alltmer under senare delen av implementeringen. Dock beskrev gruppledarna att det fortfarande var svårt att skapa regelbundenhet i hemläxor. Den främsta stöttestenen, som gruppledarna regelbundet återkom till, var frågeformulären som utgjorde en del av projektets utvärdering. Gruppledarna upplevde till synes processen med frågeformulären mer belastande än själva ICT-implementeringen.

INTERVJUER MED KLIENTER

ICT

Av intervjuerna framkom att klienterna hade upplevt ICT som en meningsfull sysselsättning. De berättade att det var skönt att det i ICT-gruppen var fullt tillåtet att "visa" att man var motiverad, eftersom det på en institution snarare var "coolt" att vara omotiverad. Flera ICT-deltagare höll därför ihop på fritiden. Deltagarna uttryckte att grupp-sessionerna gärna hade kunnat vara tätare än två gånger i veckan. De bedömde att de skulle ha nytta av ICT när de skrevs ut från institutionen och menade att de genom ICT-programmet fick många olika verktyg att använda. Läxor var därför bra, för att inte glömma det man lärt sig. Även om enstaka deltagare upplevde att ICT var mer "som vanliga samtal", tyckte även de att ICT gav dem något meningsfullt att göra under tiden på institutionen.

E-IMR

Trots svårigheter i samband med implementeringen av E-IMR, genomfördes intervjuer med deltagare som planerat. Alltför få deltagare rekryterades för att möjliggöra en rapportering av kvantitativa resultat. De intervjuade kvinnorna uttryckte att det var positivt att delta i E-IMR. De upplevde E-IMR som en meningsfull sysselsättning och menade att det var viktigt att inte "bara sitta av tiden". En del kvinnor uttryckte att tvångsvården gjorde att de ibland kände sig "obstinata" och inte ville delta i de aktiviteter institutionen erbjöd, för att på så sätt visa sitt missnöje med att de blivit omhändertagna. När de deltog i E-IMR-gruppen uppskattade de oftast verksamheten och poängterade att det är viktigt att få diskutera egna målsättningar i livet, öka sin självkännedom och få verktyg för att kunna hantera sina liv bättre efter avslutad behandling. Kamraterna i gruppen och det stöd som de kunde ge varandra upplevdes också viktigt. Enstaka intervjupersoner var dock mer tveksamma till nyttan av

E-IMR och ansåg att det över huvud taget var svårt att veta vad de kunde bli hjälpta av.

INTERVJUER MED PERSONALEN

ICT

Interventionens kännetecken: Personalen berättade att samtliga deltagare hade uppskattat ICT-materialet. När någon klient hade avbrutit sitt deltagande, var det alltid av andra orsaker än ICT i sig. Personalen upplevde också att det praktiska kring forskningsprojektet hade fungerat väl, särskilt konsultationerna. Dessa bidrog till ökad uppmärksamhet och kontinuerligt stöd, vilket bidrog till en känsla av trygghet. Att ICT var

manualbaserat uppskattades, då det gav gruppledarna ett redskap att arbeta med som ytterligare skapade säkerhet och trygghet. Att komponenterna i ICT-materialet var välkända sedan tidigare var också en trygghet. All intervjuad personal uttryckte att ICT passade in med institutionens övriga verksamheter, och att det hade funnits ett behov av ett dylikt program. Flera uttryckte att ICT borde bli ett permanent inslag.

I den mån invändningar framfördes, var det i förhållande till forskningsprocessen, det vill säga arbetsbördan med att inhämta informerade samtycken och att ordna med frågeformulär. Någon enstaka upplevde att det var svårt att anpassa materialet utifrån deltagarnas behov och motivationsnivå, vilket medförde att processen blev alltför långdragen för deltagarna.

Yttre förhållanden: Ibland komplicerade bemanningssituationen rekryteringen av klienter, särskilt vid tillfällen när det var många vikarier. Den intervjuade personalen pekade också på att beläggningen, oavsett om den var mycket hög eller låg, påverkade rekryteringen. Dessutom var turbulens, såsom hot och uppror, en uppenbart försvårande faktor. Det faktum att separata tvångslagstiftningar reglerar tvångsvård för missbruk respektive psykisk sjukdom upplevdes också göra arbetet tyngre. Långsiktigheten försvårades av att klienterna bollades mellan LVM-vård och psykiatri. Personalen upplevde att varken socialtjänsten eller psykiatrin "ville ha" klienterna.

Inre förhållanden: Den intervjuade personalen betonade att det visat sig vara mycket viktigt att inte genomföra några alternativa aktiviteter under samma tid som ICT. Det underlättade för personalen på avdelningen att ICT-verksamheten hade en stående plats i den dagliga rutinen. Det var också bättre för deltagarna som då inte tvingades välja bort en attraktiv fritids-sysselsättning (t.ex. att åka och bowla), för att delta i gruppssessioner. Intervjupersonerna betonade att det var viktigt att fokusera på att göra ICT attraktivt.

Den starka förankringen på institutionen och motivationen hos all personal där identifierades som en framgångsfaktor. Processen att få hela personalstyrkan med "på tåget" tog dock sin tid. Det var viktigt att all personal stöttade deltagarna i ICT, vilket krävde att hela personalstyrkan var väl insatta i ICT för att kunna prata med deltagarna om det som pågick i gruppen. All personal var ett stöd i den utveckling som ägde rum mellan gruppssessionerna, till exempel i samband med hemläxor. På motsvarande vis, beskrev den intervjuade personalen att gruppledarna behövde vara väl uppdaterade om den process som pågick på avdelningarna, mellan varje gruppssession.

Individernas kännetecken: Som gruppledare var det viktigt att vara "äkta", och att inte linda in saker av rädsla för att stigmatisera, där några i personalen betonade betydelsen av att inte överbeskydda klienterna. Utifrån det framhölls öppenhet och tydlighet som mest effektivt, och att detta bidrog till att deltagarna, i sin tur, blev mer öppna med sina problem och svårigheter. De intervjuade medarbetarna beskrev också hur det blivit mindre tabubelagt att prata om psykiska problem bland klienterna.

Bland de intervjuade menade vissa att vård och behandling måste vara frivillig för att fungera, medan andra menade att det går bra att skapa en behandlingsallians, trots tvånget, med tonvikt på det som är av stor personlig vikt för klienten. Det framkom att motivationsnivån i en blandad grupp av deltagare ibland var en utmaning, men att det oftast gick att skapa en process där deltagarna motiverade varandra.

Processen: Den intervjuade personalen betonade att gruppledarnas och forskarteamets planering och engagemang varit en positiv kraft. Det var också värdefullt att konsultationerna vidmakthölls med regelbundna mellanrum genom hela projektet. När grupper startades rullade processen på, med endast kortare uppehåll, även vid mer oväntade händelser såsom upplopp på en avdelning eller att någon personal var frånvarande. Personal från båda institutionerna reflekterade över hur ICT framöver skulle kunna integreras i den egna verksamheten.

E-IMR

Interventionens kännetecken: Den intervjuade personalen tyckte att E-IMR-modellen var bra och något som institutionens klienter behövde. De menade att personer med psykiatrisk samsjuklighet behöver särskild uppmärksamhet och fokus. Dock upplevde flera att översättningen av manualen vara relativt dålig och alltför omfattande. Trots utmaningarna ansåg den intervjuade personalen att E-IMR var en tilltalande modell, och att det var positivt att den bestod av välkända komponenter. De menade att tillgång till en behandling som samtidigt fokuserade på missbruk och psykisk sjukdom var viktigt, samt att manualen, trots vissa problem, gav dem värdefull struktur och stöd.

En svårighet i E-IMR-implementeringen, till skillnad från ICT-implementeringen, var att handledningen fungerade dåligt, dels därför att inplanerade möten ofta ställdes in av personalen, dels därför att organisationen vid institutionen inkluderade en mellanhand mellan gruppledare och handledare. När en handledare, som tillhörde det USA-baserade forskarteamet och fungerade som handledare där, tog över handledningen hade denna direktkontakt med gruppledarna, vilket fungerade bättre.

Yttre förhållanden: Personalomsättningen vid institutionen var stor, och många av de som ursprungligen utbildades i E-IMR fick under projektiden nya arbetsuppgifter. Flera av de som var med och planerade projektet slutade strax före eller efter utbildningen. Som jämförelse, var de team som arbetade med ICT mer stabila, med mer begränsad rotation av personal. Ledningen vid E-IMR-institutionen uttryckte att de saknade en länk mellan gruppledare och forskare.

Inre förhållanden: Flera gruppledare hoppade av eller hade tillfälliga anställningar som avslutades, utan att ny personal rekryterades till E-IMR. Till slut fanns en gruppledare, en personal med administrativa uppgifter och en med handledningsmässiga uppgifter. De intervjuade medarbetarna uttryckte att de önskade ett tydligare stöd från ledningen, eftersom strukturella rutiner var svåra att etablera. Dessa omständigheter skilde sig från kontexten för ICT. Kommunikationen mellan anställda verkade samtidigt otydlig och problematisk så tillvida att den intervjuade personalen ibland inte visste vad som var överenskommet.

Processen: Inga rutiner etablerades för genomförande av E-IMR. Med undantag för hösten 2014, är det tveksamt om implementeringen ens nådde implementeringsfasen. Huvuddelen av arbetet rörde förberedelser och att diskutera svårigheter. Rutiner för att hantera och bemöta svårigheterna etablerades inte. Utanför projektet implementerades vissa delar av E-IMR, vilket den intervjuade personalen menade var positivt.

Individernas kännetecken: I bästa välbefinnande, bedömde personalen ofta att klienterna var för sjuka för att få information om projektet och ta ställning till huruvida de öns-

kade medverka. Även om denna inställning var grundad i en mycket djup empati för klienterna, skapade det ett hinder för klientrekrytering. Bland gruppledarna fanns en klar preferens för individbaserat arbete, vilket sannolikt bidrog till att endast en grupp kom i gång.

EFFEKTER AV ICT

För alla frågeformulär utom två, SCQ-8- och IMR-skalan, observerades inga statistiskt signifikanta skillnader mellan mätningarna innan deltagarna började i ICT respektive efter att deltagarna antingen avslutade ICT-behandlingen eller lämnade institutionen i "förtid".

En statistisk signifikant skillnad som noterades gällde självförtroende på SCQ-8-skalan, som visade på ökat självförtroende att kunna motstå alkohol och droger i åtta specifika situationer (föremätning: $M = 0,45$; $SD = 0,21$; eftermätning: $M = 0,59$; $SD = 0,21$; $p < 0,01$), efter ICT-behandling. En annan förbättring till följd av ICT-behandlingen, som kunde påvisas med hjälp av IMR-skalan, handlade om framsteg mot personliga återhämtningsmål och förmåga till egenvård (föremätning: $M = 40,4$; $SD = 7,04$; eftermätning: $M = 45,3$; $SD = 9,0$; $p < 0,01$). Avsaknad av kontrollgrupp gör det svårt att uttala sig säkert om nyttan med behandlingen.

Diskussion

Projektets huvudsyfte var att beskriva genomförbarheten och hållbarheten av integrerad behandling av missbruk/beroende med psykiatrisk samsjuklighet i LVM-vårdens kontext. På grund av implementeringssvårigheter med mycket begränsade data, kan projektet inte ta ställning till huruvida E-IMR är genomförbart i LVM-vården. Vad gäller ICT, tyder resultaten på att modellen är genomförbar inom LVM-vården. Likaså föreligger goda tecken på hållbarhet, eftersom båda institutionerna i projektet övervägde möjligheter för fortsatt implementering. Det är dock viktigt att beakta att denna pilotimplementering är en relativt liten studie där det inte funnits någon kontrollgrupp. Utifrån designen på forskningsprojektet går det därför inte att uttala sig om att förbättringen, gällande ökat självförtroende att kunna motstå alkohol och droger samt framsteg mot personliga återhämtningsmål och förmåga till egenvård, specifikt orsakats av ICT.

ÖKAD MOTIVATION OCH KONTROLL FRÅN KLIENTERNAS EGET PERSPEKTIV

De klienter som deltog i de integrerade behandlingarna var mycket positiva, oberoende av behandlingsmodell. Många uttryckte att materialet var stimulerande och att deras nya kunskaper skulle vara värdefulla vid utskrivningen. Även de som var mer likgiltiga till det specifika innehållet var ändå uttalat positiva till ICT och E-IMR som meningsfulla aktiviteter i en i övrigt tämligen ostimulerande miljö. Deltagarna i båda modellerna beskrev läxor i positiva termer, att gruppssessionerna erbjöd en trygg och säker miljö som var tillåtande för att erkänna motivation kring sin vård och behandling. Detta kan jämföras med deras kontakter i övrigt på institutionen där de upplevde att de behövde dölja sin motivationsnivå eftersom det var "coolt" hos andra klienter att vara omotiverad. Dessutom skapade gruppssessionerna en plats där det var tillåtet att tala om psykisk sjukdom. Deltagare i E-IMR beskrev att de värdesatte möjligheten att identifiera en process för att sträva mot egna livsmål. Det gav ett fokus på livet efter institutionsvistelsen, vilket var positivt. Beskrivningarna ligger väl i linje med återhämtningsinriktat arbete, samt forskning om att skapa möjligheter att upprätthålla ett hopp, bygga en ny identitet, och att hitta en mening med livet (Andresen m.fl., 2003).

Gruppledare i ICT beskrev att gruppssessionerna skapade en dynamik som främjade ett aktivt samarbete med deltagarna, med en tro på att personer kan förändras. De talade om att gruppssessionerna skapade vuxen-till-vuxen-möten, vilka annars var svåra att få till inom LVM-vårdens ramar. Gruppledarna upplevde att deltagarna också hade ett liknande vuxet samarbete sinsemellan, där de stöttade varandra. Liknande resultat har tidigare redovisats inom psykiatrin, där IMR implementerades (Stentoft Dalum m.fl., 2015).

NÄRLIGGANDE EFFEKTER

Behandlingskomponenter kan förväntas ha både proximala och distala effekter (Mueser m.fl., 2006). De effekter som observerades gällande ICT är mer närliggande resultat (exempelvis färdigheter, strategier och resurser) snarare än mer avlägsna (exempelvis minskade psykiska symtom eller reducerad alkohol- och drogkonsumtion). De senare förutsätter dock att de mer närliggande effekterna först har etablerats. För att fånga skillnader i funktion och symtom, det vill säga mer avlägsna resultat, skulle det möjligen ha krävts både längre exponering för ICT och/eller en avsevärt längre uppföljning. Effekter som utrustar klienter till att ta kontroll över sitt eget liv och att bemästra sina sjukdomar torde ge goda förutsättningar för mer avlägsna behandlingsresultat, över tid.

GENOMFÖRBARHET OCH HÅLLBARHET AV ICT I LVM-VÅRDENS KONTEXT

Betydelsen av en "ambassadör" (förändringsagent) för att stimulera och underhålla organisatorisk förändring var uppenbar vid implementeringen av både ICT och E-IMR. Det är också väl beskrivet i forskning om kvalitetsarbete (Ovretveit m.fl., 2002). Ambassadörerna hade förmågan att inspirera övriga gruppleddare och institutionen som helhet. Likaså var stöd från medarbetare och ledning nödvändigt bränsle för implementeringsprocesserna. Ett ambassadörlikt och trädgårdsmästarlikt ledarskap beredde vägen för en lyckad implementering av ICT. Gruppleddarna i ICT beskrev att konsultationerna och uppbackningen från forskarteamet var både stimulerande och direkt nödvändiga för utfallet av implementeringsprocesserna. De identifierade huvudsakligen det forskningsrelaterade pappersarbetet, inte ICT i sig självt, och inte heller processen på institutionerna, som den främsta utmaningen för implementeringen.

Centralt för genomförbarheten och hållbarheten i implementeringen var också involverandet av hela personalstyrkan och samarbetet mellan gruppleddarna och övrig personal. Framgången i implementeringen av ICT var beroende av en stabil förankring hos samtliga anställda. När hela personalstyrkan hade samma prioriteringar och arbetade i samma riktning kunde man mer effektivt stötta ICT-deltagarnas återhämtning. En institution tog ett internt initiativ att själva utbilda hela personalstyrkan i ICT. Engagemang från personalen tog sig uttryck i att påminna klienter om sessioner, följa upp hemläxor eller att bara höra sig för om "hur det går i ICT". Med regelbunden återkoppling om hur klienterna hade det mellan sessionerna, på avdelningen, tyckte gruppleddarna att grupp-sessionerna fungerade bättre. Observationerna överensstämmer väl med de aspekter av kontexten som implementeringsforskning betonar (exempelvis CFIR).

En försvårande faktor vid implementeringen var instabilitet på institutionerna, vilket ibland ledde till att grupp-sessioner ställdes in, exempelvis när det fanns droger på avdelningarna. Detta förekom, i minst lika hög grad, vid både institutioner som implementerade ICT och E-IMR. Utifrån bemanningssituationen i dessa utsatta lägen kan det vara förståeligt att ställa in grupp-sessioner. Samtidigt är det viktigt att beakta att de intervjuade klienterna identifierade behandlingsgruppen som en trygg och säker bas i den relativt hårda institutionsmiljön. Dessa klienter blir därför sårbara om grupp-

sessioner försvinner just när deras närmiljö, där de vårdas under tvång och inte kan avlägsna sig, är som allra mest kaotisk. Inför ytterligare implementeringar inom LVM-vård, vore det värdefullt att överväga strategier för att bevara kontinuitet i behandlingsverksamhet, trots droger, upplopp, dödsfall eller andra tumultartade händelser. Under tiden detta projekt pågick utgjorde liknande situationer på institutionerna närmast normen. Därför är det nödvändigt att skapa strukturer så att klienter som deltar i behandling kan fortsätta utan avbrott, även när det är osedvanligt stökigt på institutionerna.

Både personalen och klienterna talade om motivation. Personalen reflekterade över att tvångsvården ibland gör det både tungt och komplicerat att motivera klienter, och klienterna uttryckte att de behöver maskera sin motivation inför andra klienter. Båda grupperna noterade att ICT-behandling stärkte klienternas motivation för behandling. I en svår och ibland instabil miljö är det särskilt viktigt att påminna både personal och klienter om att arbetet med behandling är grundläggande och viktigt, speciellt som studier visar att behandling inom ramen för tvång är otvetydigt mer effektiv än alternativet ingen behandling alls (Pasareanu m.fl., 2016). Eftersom majoriteten av klienter avviker från kommande frivilliga behandlingar, är det kanske till och med så att LVM-vården, trots dess stora utmaningar, är en unik möjlighet för behandling av samsjuklighet.

FAKTORER SOM FÖRSVÅRADE IMPLEMENTERINGEN AV E-IMR

Implementeringen av E-IMR försvårades av en rad olika faktorer, såsom hög personalomsättning, liksom en organisatorisk struktur där arbetsuppgifterna var strikt uppdelade, till skillnad från att ha gemensamma arbetsområden. Dessutom var kommunikationen mellan forskarteamet och E-IMR-teamet periodvis inte optimal, vilket ledde till att forskarteamet endast delvis var informerade om förloppet med E-IMR på institutionen. Det framkom också önskemål om att en länk mellan forskare och verksamheten skulle ha funnits från start. En försening i översättningen av de sista delarna av komplementet till manualen var en annan försvårande faktor. Den intervjuade personalen identifierade LVM-vårdens kontext som ett hinder för implementeringen. De uttryckte att det var svårt att inte veta hur länge klienterna skulle vara på institutionen. Dessutom beskrev de att det var svårt att parera för oförutsedda händelser som inverkade negativt på planeringen. Under projektets gång uttryckte personalen regelbundet till forskarna att många klienter var för sjuka för att delta i E-IMR. Därför föreslog forskarteamet att E-IMR skulle flyttas till en annan avdelning, med klienter med mindre allvarliga psykiska symtom. Institutionen ville emellertid fortsätta att försöka erbjuda behandling för den svårast sjuka gruppen.

Forskarnas reflektion är att det möjligtvis skulle kunna tolkas som att personal bestämmer, i klientens ställe, vilka behandlingar som en person klarar av. Ett sådant förhållningssätt skulle inte vara samstämmigt med ett återhämtningsperspektiv. Samma beskyddande inställning skulle även kunna komplicera eller undergräva klienternas process att definiera personliga målsättningar, ett centralt och inledande led i E-IMR-behandlingen. Det måste alltid vara deltagarna själva som avgör vad som är "rimligt" att sätta som sitt personliga mål.

Trots svårigheter i implementeringen av E-IMR fanns det några faktorer som fungerade underlättande. En sådan var att ha en "ambassadör" tillika gruppleddare som trodde på projektet och som delade ansvaret med den andra gruppleddaren. Även direktkontakten mellan gruppleddare och handledare var en underlättande faktor.

Vad gäller E-IMR, är bedömningen att svårigheterna med implementeringen huvudsakligen inte hade med behandlingsmodellen att göra, bortsett från vissa problem med manualen. I kontexten där E-IMR implementerades, bidrog faktorer i den egna miljön huvudsakligen till att implementeringen "fastnade" i förberedelsefasen, med undantag av en tidsperiod på några månader. Situationen är långt ifrån unik inom ramen för missbruksprogram, där vanligen organisatoriska faktorer, i högre utsträckning än faktorer som berör metoden, påverkar implementeringar av evidensbaserad vård och praktik (Amodeo m.fl., 2013). Möjligtvis hade E-IMR, med sitt ursprung från psykiatrin, en något sämre "passform" för institutionens verksamhet, trots att både institutionen och forskarna gjorde bedömningen att modellen passade väl för gruppen av deltagare. Sannolikt ligger snarare dock bakgrunden till skillnaderna i implementeringsprocessernas förlopp, mellan ICT och E-IMR, i den omfattning som de olika teamen fokuserade på möjligheter respektive hinder. Exempelvis nämnde ICT-teamen att det var viktigt att inte överbeskydda deltagarna, samt att kontinuerligt rensa bort problem som störde ICT-verksamheten. Den mer uttalade koncentrationen på hinder och svårigheter hos E-IMR-teamen skulle å andra sidan kunna förklaras av organisatorisk stress, till exempel bemanningsproblem och otillräckligt stöd från överordnade. Forskning som har genomförts i missbruksvårdsorganisationer tyder på att personalen oftare fokuserar på barriärer för implementering av evidensbaserade metoder när arbetsplatsen karaktäriseras av högre organisatorisk stress och lägre förändringsbenägenhet (Lundgren m.fl., 2012).

AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Sammanfattningsvis utgör LVM-vården en gyllene möjlighet samtidigt som den har specifika utmaningar. Projektet visar att minst en av behandlingsmodellerna går att genomföra med god hållbarhet inom LVM-vården. Vad gäller båda behandlingsmodellerna, var såväl personal som klienter mycket positiva till ett tydligt fokus på samsjuklighet och ökad tillgänglighet till integrerad behandling. De svårigheter avseende implementering av behandlingsmodeller som vi redogjort för ovan bör därför inte avskräcka för vidare implementeringsarbete. Snarare finns viktiga lärdomar att hämta för att lyckas bättre med sådant arbete i framtiden.

Referenser

Amodeo, M., Lundgren, L., Fernanda, B., Chassler, D., Cohen, A. & D'Ippolito, M. (2013). Facilitating factors in implementing four evidence-based practices: reports from addiction treatment staff. *Substance Use and Misuse*, 48(8), 600-611.

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594.

Baker, K. D., Lubman, D. I., Cosgrave, E. M., Killackey, E. J., Yuen, H. P., Hides, L., Baksheev, G. N., Buckby, J. A. & Yung, A. R. (2007). Impact of co-occurring substance use on 6 month outcomes for young people seeking mental health treatment. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(11), 896-902.

Bartels, S. J., Drake, R. E. & Wallach, M. A. (1995). Long-term course of substance use disorders among patients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 46(3), 248-251.

Becker, D. R. & Drake, R. E. (1994). Individual placement and support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30(2), 193-206.

Cacciola, J. S., Alterman, A. I., McKay, J. R. & Rutherford, M. J. (2001). Psychiatric comorbidity in patients with substance abuse disorders: Do not forget axis II disorders. *Psychiatric Annals*, 31, 321-331.

Campbell, K., Bond, G. R. & Drake, R. E. (2011). Who benefits from supported employment: a meta-analytic study. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 370-80.

Carrol, K. M., Power, M. E., Bryant, K. & Rounsaville, B. J. (1993). One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers: psychopathology and dependence severity as predictors of outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(2), 71-79.

Chaple, M., & Sacks, S. (2016). The impact of technical assistance and implementation support on program capacity to deliver integrated services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 43(1), 3-17.

Chow, C. M., Wieman, D., Cichocki, B., Qvicklund, H. & Hiersteiner, D. (2013). Mission impossible: Treating serious mental illness and substance use co-occurring disorder with integrated treatment: A meta-analysis. *Mental Health and Substance Use*, 6(2), 150-168.

Damschroder, L., Aron, D., Keith, R., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 1-15.

Drake, R. E., Mueser, K. T., Clark, R. E. & Wallach, M. A. (1996). The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 42-51.

Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W. M., Pickering, R. P. & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807-816.

Fridell, M., & Hesse, M. (2006). Psychiatric severity and mortality in substance abusers: a 15-year follow-up of drug users. *Addictive Behaviours*, 31(4), 559-565.

Hasin DS. (2012). *Epidemiological update on alcohol, drug and psychiatric comorbidity: Personality disorders, course, meta-structure*. Paper presented at: Annual Meeting of the American Psychiatric Association, 2012, Philadelphia, PA, USA.

Hazelden Betty Ford Foundation. (2016). *Hazelden's co-occurring disorders program (CDP) Updated for DSM-5*.

Lindahl, M. L., Berglund, M., & Tønnesen, H. (2013). Case management in aftercare of involuntarily committed patients with substance abuse. A randomized trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(3), 197-203.

Lundgren, L., Chassler, D., Amodeo, M., D'Ippolito, M. & Sullivan, L. (2012). Barriers to implementation of evidence-based addiction treatment: a national study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 231-8.

Mangrum, L. F., Spence, R. T. & Lopez, M. (2006). Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 79-84.

McGovern, M. P., Xie, H., Segal, S. R., Siembab, L., Drake, R. E. (2006). Addiction treatment services and co-occurring disorders: Prevalence estimates, treatment practices, and barriers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(3), 267-275.

McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Gotham, H. J., Claus, R. E., & Xie, H. (2014). Dual diagnosis capability in mental health and addiction treatment services: An assessment of programs across multiple state systems. *Administration and Policy in Mental Health*, 41(2), 205-214.

Meier, A., McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., McLeman, B., Franklin, A., Saunders, E. C., & Xie, H. (2015). Adherence and competence in two manual-guided therapies for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders: Clinician factors and patient outcomes. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 41(6), 527-534.

Minkoff, K. (2001). Best practices: Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 52(5), 597-599.

- Mueser, K. T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York: Guilford Press.
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The illness management and recovery program: Rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 32–43.
- Nordström, G. (2006). Behandling av narkotikamissbrukare med samtidigt psykisk sjukdom eller störning. *Faktaunderlag till nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Nyhlén, A., Fridell, M., Bäckström, M., Hesse, M. & Krantz, P. (2011). Substance abuse and psychiatric co-morbidity as predictors of premature mortality in Swedish drug abusers: a prospective longitudinal study 1970-2006. *BMC Psychiatry*, 11, 122-131.
- Ovretveit, J., Bate, P., Cleary, P., Cretin, S., Gustafson, D., McInnes, K., McLeod H., Molfenter, T., Plsek, P. & Robert, G. (2002). Quality collaboratives: lessons from research. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 345-351.
- Ovretveit, J., Hansson, J. & Brommels, M. (2010). An integrated health and social care organization in Sweden: Creation and structure of a unique local public health and social care system. *Health Policy*, 97, 113-121.
- Padwa, H., Larkins, S., Crevecoeur-MacPhail, D. A., & Grella, C. E. (2013). Dual diagnosis capability in mental health and substance use disorder treatment programs. *Journal of Dual Diagnosis*, 9(2), 179-186.
- Pasareanu, A. R., Vederhus, J. K., Opsal, A., Kristensen, Ø., & Clausen, T. (2016). Improved drug-use patterns at 6 months post-discharge from inpatient substance use disorder treatment: results from compulsorily and voluntarily admitted patients. *BMC Health Services Research*, 16(1), 291-298.
- Ralevski, E., Gianoli, M. O., McCarthy, E., & Petrakis, I. (2014). Quality of life in veterans with alcohol dependence and co-occurring mental illness. *Addictive Behaviors*, 39(2), 386-391.
- Rystedt, I., & Bartels, S. (2008). Medical Comorbidity. I K. Mueser, & D. Jeste, (Red.), *The Clinical Handbook of Schizophrenia* (sid. 424-436). New York, NY: Guilford Press.
- Saatcioglu, O., Yapici, A. & Cakmak, D. (2008). Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *Drug and Alcohol Review*, 27(1), 83–90.
- Singh, J., Matoo, S. K., Sharan, P. & Basu, D. (2005). Quality of life and its correlates in patients with dual diagnosis of bipolar affective disorder and substance dependence. *Bipolar Disorders*, 7(2), 187–191.
- Socialstyrelsen (2019). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (2011). *Delbetänkande av Missbruksutredningen: Missbruket, kunskapen, vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga, 2011:6*. Stockholm: Fritzes.

Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens institutionsstyrelse (2011). *Personer intagna på SiS LVM-institutioner 2010. En sammanställning av DOK inskrivningsintervju*. Allmän SiS-rapport 2011:5.

Statens institutionsstyrelse (2019). *Personer intagna på SiS LVM-hem 2018. En tabell-sammanställning av DOK inskrivningsintervju*. Institutionsvård i fokus 2019: 4.

Stentoft Dalum, H., Kryger Pedersen, I., Cunningham, H. & Falgard Eplov, L. (2015). From recovery programs to recovery-oriented practice? A qualitative study of mental health professionals' experiences when facilitating a recovery-oriented rehabilitation program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 419-4256.

Stinson, F. S., Grant, B. F., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Huang, B., Saha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 105–116.

Wüsthoff, L. E., Waal, H., & Gråwe, R. W. (2014). The effectiveness of integrated treatment in patients with substance use disorders co-occurring with anxiety and/or depression—a group randomized trial. *BMC Psychiatry*, 14(1), 67-78.

Zmud, R. W. (1982). Diffusion of modern software practices: Influence of centralization and formalization. *Management Science*, 28(12), 1421–1431.

Författarpresentation



Ingrid Rystedt är utbildad läkare och har en PhD i evaluative clinical sciences från Dartmouth College i USA. Hon är universitetslektor i socialmedicin och folkhälsovetenskap vid Linköpings universitet, verksam inom läkarutbildningens tema professionell utveckling samt programansvarig för kompletterande utbildning för läkare med utländsk examen. Hennes forskning rör vård och stöd för personer med psykisk sjukdom och samsjuklighet med missbruk, samt vårdkvalitet i flera kliniska kontexter, till exempel samband mellan aspekter av psykiatrisk vård och återhämtning. Ingrids undervisning inkluderar perspektiv på hälsa/folkhälsa, psykisk hälsa/psykiatri, bemötande/delaktighet, vetenskaplig metod och kvalitetsutveckling.



Mona Sundh är filosofie doktor i folkhälsovetenskap och är verksam som universitetslektor i folkhälsovetenskap och socialt arbete vid Karlstads universitet. Hon undervisar i socialt arbete och är även programledare för Socionomprogrammet vid Karlstads universitet. Hennes forskningsområden handlar huvudsakligen om det som är i fokus för denna rapport samt om socialarbetarens arbetssituation och förhållande till tid.



Eva Alfredsson Olsson är filosofie doktor i sociologi och har varit verksam som universitetslektor i sociologi vid Karlstads universitet, men är numera pensionär. Hon har undervisat i sociologi och socialt arbete och hennes forskningsområden har huvudsakligen handlat om emotionernas betydelse i organisationer av olika slag, samt om regional utveckling och sociala problem. Eva har ett förflutet som socialarbetare.

Samsjuklighet, det vill säga förekomsten av flera samtidiga sjukdomar är vanligt förekommande bland personer med missbruk och/eller beroende. Detta är särskilt gällande bland klienter som befinner sig i missbruksvården och då framförallt inom LVM-vårdens kontext, där psykiatrisk samsjuklighet har visat sig hög. Tidigare forskning har visat att behandling av missbruk eller beroende med psykiatrisk samsjuklighet är mest effektiv när insatser av båda sjukdomarna sker i samma kontext, det vill säga när insatserna integreras. Trots detta saknas integrerad behandling på bred basis för denna klientgrupp och få studier har undersökt implementeringen och effekterna av sådan behandling inom LVM-vården.

I den här studien pilottestades integrerad behandling i LVM-vårdens kontext, med huvudfokus på genomförbarhet och hållbarhet. Ambitionen var även att beskriva effekterna av sådan behandling. Två behandlingsmodeller pilottestades vid tre SiS-institutioner. Den ena modellen, Integrating Combined Therapies (ICT), pilottestades vid två institutioner och den andra modellen, Enhanced Illness Management and Recovery (E-IMR), testades vid en institution. Totalt ingick 70 klienter, samtliga män, i ICT-behandlingsgruppen, och elva klienter, samtliga kvinnor, i E-IMR-gruppen. Utöver detta intervjuades 14 anställda vid de tre olika institutionerna.

Resultaten visade att ICT-modellen är genomförbar inom LVM-vården, där forskarna också hittade tecken på hållbarhet. Gällande effekt av behandlingen fanns det endast två signifikant skillnader i förbättring i före- och eftermätningen gällande självförtroende och framsteg mot personliga mål och förmåga till egenvård. Dock är det svårt att med säkerhet uttala sig om nyttan med behandling, då detta är en liten pilotstudie utan kontrollgrupp. Den andra behandlingsmodellen E-IMR kunde inte implementeras, huvudsakligen på grund av yttre organisatoriska omständigheter. Studien visar även på lärdomar att dra för fortsatt implementeringsarbete inom LVM-vården.

ISBN 978-91-87053-76-4