

# Att utbilda vävare och bygga vävstolar samtidigt

*Utvärdering av Sveriges Kommuner och Landstings  
metodutvecklingsarbete med case management  
för människor med dubbla diagnoser*

Mats Ekermo  
Davor Zovko

**Institutionen för samhälls- och beteendevetenskap (ISB)** hör med sina ca 4 000 studenter och 150 anställda till en av de största institutionerna vid Mälardalens högskola. Ett stort utbud av kurser, program och påbyggnadsutbildningar ges inom det samhälls- och beteendevetenskapliga området. Forskningen vid ISB bedrivs huvudsakligen inom olika ämnesöverskridande miljöer och kan hänföras till områden som hälsa, arbetsliv, välfärd, utbildning och utvärdering. Forskningen spänner över ett brett fält och har karaktär av såväl teoriinriktade studier som tillämpad forskning och utvecklingsarbete, ofta i samverkan med det omgivande samhället.

**Studies in Social Sciences** inbjuder lärare och forskare att publicera resultat från forsknings- och utvecklingsarbeten. Bidrag välkomnas. Det kan handla om teoretiska frågeställningar som studier och utvärderingar av sociala förändringsprocesser, forskning om arbetslivet, om utbildning och lärande, relationer mellan välfärdsorganisationer och medborgare och om olika gruppers och individers situation. En mängd ämnesområden och olika perspektiv är således tänkbara.

Skriftserien omfattar forskningsrapporter och arbetsrapporter. Manuskript lämnas till redaktören som ombesörjer en granskning. För forskningsrapporter gäller ett granskningsförfarande som sköts av professorer och ämnesföreträdare vid ISB. Externa granskare kan tillkomma. För arbetsrapporter gäller seminariebehandling före publicering. Varje författare är själv ytterst ansvarig för skriftens vetenskapliga kvalitet.

## **STUDIES IN SOCIAL SCIENCES**

---

Mälardalens högskola  
Institutionen för samhälls- och beteendevetenskap

Mats Ekermo, redaktör  
mats.ekermo@mdh.se, 016-15 34 46

Julia Jäder, teknisk redaktör, beställningar  
julia.jader@mdh.se, 016-15 34 20

ISSN 1654-0603  
ISBN 978-91-8523-104-1  
© Mälardalens högskola och författarna, 2007

Tryck: Arkitektkopia, Västerås

## FÖRORD

Det arbete som här presenteras ingår som en del i ett utvärderingsuppdrag från Sveriges Kommuner och Landsting som Mälardalens utvärderingsakademi vid Mälardalens högskola åtagit sig. Uppdraget handlar om att utvärdera ett metodutvecklingsarbete i tre olika regioner där landsting och kommuner är involverade. Metoden som implementeras är en variant av case management, den s.k. ACT-modellen. Föreliggande rapport är en delrapport som summerar och värderar implementeringens utfall i anslutning till projektdelens avslutning hösten 2006. En uppföljande studie kommer att genomföras till hösten 2007 för att fånga upp implementeringens utfall ett år senare.

Utvärderingens genomförande har inneburit att ett antal personer i metodutvecklingsarbetet har tagit sig tid att lämna information, ställt upp på intervjuer och besvarat enkäter. Ett tack riktas till alla. Utan er medverkan hade utvärderingen inte kunnat genomföras. Rapporten har varit föremål för seminariebehandling vid Mälardalens utvärderingsakademi. För värdefulla synpunkter och kommentarer vill vi särskilt framföra ett tack till professor Evert Vedung.

Eskilstuna, juni 2007

*Mats Ekermo*  
*Fil.dr. i socialt arbete*

*Davor Zovko*  
*Fil.mag. i pedagogik*



# INNEHÅLL

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>7</b>
<b>1 INLEDNING</b> .....	<b>9</b>
<b>2 SKL:S METODUTVECKLINGSARBETE</b> .....	<b>10</b>
2.1 Upprinnelsen.....	10
2.2 Utvecklingsmedel från den Nationella psykiatrisamordningen .....	11
2.3 Syfte och mål .....	12
2.4 Projektorganisation .....	13
2.5 Beståndsdelar och tidplan .....	13
2.6 Några reflektioner kring SKL:s metodutvecklingsarbete .....	17
<b>3 TEORETISKA PERSPEKTIV</b> .....	<b>19</b>
3.1 Case management .....	19
3.2 Implementerings- och programteori .....	23
3.3 Några reflektioner kring de teoretiska perspektiven.....	26
<b>4 UTVÄRDERINGENS UPPLÄGGNING OCH GENOMFÖRANDE</b> .....	<b>28</b>
4.1 Uppdraget – en utvärdering i två steg.....	28
4.2 Utvärderingens syfte och frågor.....	28
4.3 Metod och empiriskt material .....	29
4.4 Etiska frågor och hänsyn .....	30
4.5 Begränsningar .....	31
<b>5 RESULTAT</b> .....	<b>32</b>
5.1 Utvecklingen i de tre regionerna .....	32
5.2 Vilka modeller kan skönjas? .....	46
5.3 Case manager – en ny roll i vardande .....	54
5.4 Några röster om primärteamet.....	64
5.5 Vill någon ha med mig att göra? .....	65
<b>6 DISKUSSION</b> .....	<b>83</b>
6.1 Ett angeläget metodutvecklingsarbete .....	83
6.2 Ramen för case management ännu inte på plats .....	84
6.3 Case management i en översättningsprocess .....	86
6.4 Rollen som case manager .....	87
6.5 Metodutvecklingsarbetet sett ur implementerings- och programteorin... ..	88
6.6 Att veta och vilja, men inte kunna .....	92
<b>REFERENSER</b> .....	<b>95</b>



## SAMMANFATTNING

Våren 2005 gick Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ut med en intresseanmälan till landets kommuner och landsting att delta i ett metodutvecklingsarbete. Utvecklingsarbetet var inriktat på målgruppen människor med svåra psykiska problem och missbruk, dubbeldiagnoser eller samsjuklighet. Metoden som skulle införas var case management, en teambaserad behandlingsmodell med en s.k. case manager (CM) som spindeln i nätet. Deltagande landsting och kommuner erbjöds utbildning, handledning och stöd i implementeringen av det nya arbetssättet. Ett stort antal intresseanmälningar kom in. Den urvalsprocess som följde resulterade i att tre landsting med samarbetskommuner kom att ingå i projektet: Norrbotten, Jönköping och Västra Götaland/Sjuhärad. Metodutvecklingsarbetet startade i september 2005 och pågick fram till årsslutet 2006.

Utvärderingen av SKL-projektet genomförs i två steg. Föreliggande utvärdering summerar processen och uppnådda resultat fram till årsslutet 2006. Till april 2008 kommer en slutrapport som innefattar en uppföljande studie ett år senare. Utvärderingen genomförs av forskare vid Mälardalens utvärderingsakademi vid Mälardalens högskola: Mats Ekermo, fil.dr. i socialt arbete och Davor Zovko, fil.mag. i pedagogik. Utvärderingen baseras på ett brett material som insamlats genom enkäter till och intervjuer med deltagande aktörer i projektet, fokusgrupper, deltagande observation, studier av dokument, handlingar och examinationsarbeten samt klientintervjuer. Utöver teoribildningen kring case management utgörs utvärderingens teoriperspektiv av implementerings- och programteori.

Uppslaget till rapportens titel "Att utbilda vävare och bygga vävstolar samtidigt" är hämtat från en deltagare som genomgått utbildningen i case management, en 10-poängs uppdragsutbildning som givits av Växjö universitet inom ramen för projektet. Utvärderingen visar att metodutvecklingsarbetet är en komplicerad process som omfattar ett stort antal delar som måste komma på plats innan det egentliga arbetet med case management kan börja. Väva- ren i metaforen motsvaras av en CM och vävstolen av den omgivande organisatoriska stödstruktur som den s.k. ACT-modellen av case management kräver. Denna stödstruktur innebär en nära samverkan mellan organisationer: landsting, kommuner, psykiatri, socialtjänsten, primärvården, frivården, försäkringskassan med flera. I ACT-modellen ingår ett multidisciplinärt team med psykiatrisk, medicinsk och social expertis som spelar en central roll och funktion som stöd till CM:s arbete.

Genom projektets informations-, utbildnings- och handledningsverksamhet har deltagande kommuner och landsting erhållit kunskaper om case management. Utvärderingen visar att det i synnerhet gäller det 20-talet deltagare: psykiatrisjuksköterskor, socialsekreterare, behandlingsassistenter, arbets-

terapeuter med flera som genomgått högskolekursen. Högre upp i organisationerna, i synnerhet på mellanchefs- och förvaltningsnivå, återstår mer att göra när det gäller kunskap om, förståelse för och förankring av case management. Utvärderingen visar att primärteamen kommit på plats i varierande omfattning och att förutsättningarna att arbeta enligt case management skiftar bland deltagande kommuner och landsting. Bland annat spelar kommunstorleken roll och i vilken utsträckning psykiatri-, primär- och beroendevård finns utbyggd, vilket inverkar på möjligheterna att få specialistkompetens till primärteamen.

Till implementeringen hör att samarbetande organisationer ska teckna avtal där roller och ansvarstagande klargörs i syfte att säkra ett långsiktigt åtagande när det gäller metodutvecklingen. Utvärderingen visar att muntliga överenskommelser och intentioner på policynivå finns och att handlingsplaner är under framtagande på sina håll, men några formellt bindande avtal har inte kommit till stånd under projektperioden, med något undantag. Ej heller har några systematiskt genomförda klientinventeringar genomförts, med något undantag, där antalet klienter tillhörande målgruppen människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk kartlagts.

Klientstudien visar att människor med psykiska problem och samtidigt missbruk har en svår livssituation. Detta utgör ett starkt argument för SKL:s metodutvecklingsarbete. Eftersom case management är under implementering har klienterna begränsade erfarenheter av det nya arbetssättet. Klienterna är dock försiktigt positiva till det nya arbetssättet, av det de hittills erfarit.

Utvärderingen konstaterar att SKL:s metodutvecklingsarbete har ett långsiktigt syfte. SKL vill genom projektet bidra till en metodutveckling inom kommuner och landsting med inriktning på målgruppen människor med svår psykisk problematik och samtidigt missbruk. Utvärderingen visar så här långt att CM utbildats, vet vad metoden case management handlar om och vill tillämpa den, men kan inte. Genom projektet har ett antal lokala utvecklingsprocesser påbörjats. Dessa kräver fortsatt stöd för att vävarna ska kunna göra det jobb de nu utbildats för, nämligen att vävstolar blir färdigbyggda och kommer på plats.

En mer övergripande fråga som är intressant att diskutera med stöd i SKL-projektets erfarenheter är möjligheten att implementera en amerikansk storstadsmodell, som case management från början är, i ett svenskt sammanhang. Det finns forskningsstudier som visar att case management enligt ACT har ett evidensbaserat stöd när det gäller arbete med målgruppen. Hur faller ett seriöst menat implementeringsförsök ut i Sverige? Utvärderingen betraktar implementeringen som en översättningsprocess där en idé överförs från ett sammanhang till ett annat och genomgår omtolkningar och anpassningar till de lokala förhållanden som gäller. Vad blir resultatet, vilka lokala modeller utvecklas och hur kan avvikelserna från grundmodellen förstås? Det är frågor som kommer att belysas ytterligare i slutrapporten våren 2008.



## 1 INLEDNING

Denna rapport är upplagd på följande sätt. Inledningsvis ges en samlad beskrivning av utvärderingsobjektet, SKL:s metodutvecklingsarbete och dess olika beståndsdelar: uppläggning, innehåll och deltagare. Därefter presenteras utvärderingens teoretiska perspektiv som utöver case management tar sin utgångspunkt i implementerings- och programteori. Denna tillhandahåller redskap för att analysera implementeringen av case management, hur utvecklingsarbetet varit tänkt att gå till, och hur det faktiskt har gått till och vad som uppnåtts. Därefter följer ett metodavsnitt där utvärderingens syfte och frågor preciseras och hur uppläggning och genomförande sett ut. Resultatredovisningen följer därpå. En samlad beskrivning av projektets utveckling och vad som uppnåtts inom de tre deltagande regionerna ges. De olika modeller av case management som utvecklats redovisas. Den nya rollen case manager beskrivs och analyseras utifrån deltagarnas erfarenheter. Därefter behandlas primärteamet. Ett särskilt avsnitt ägnas åt ett klientperspektiv på metodutvecklingsarbetet. Ett mindre antal klienter beskriver sin livssituation och hur mötet med CM upplevts. Rapporten avslutas med en diskussion där utfallet av metodutvecklingsarbetet diskuteras i ljuset av case managementteori och implementerings- och programteori.

Inledningsvis är det också på plats att nämna något om språkbruket i rapporten. Det finns många benämningar av målgruppen för metodutvecklingsarbetet: psykiskt störda missbrukare, psykiskt sjuka missbrukare, människor med psykisk störning/sjukdom och missbruk, missbrukare med psykisk sjukdom/störning, psykiskt funktionshindrade med missbruksproblem, svängdörrspatienter, människor med dubbla diagnoser, dubbeldiagnoser. Det sistnämnda är ett ofta använt begrepp men bör enligt en del bedömare ersättas med det av WHO rekommenderade begreppet samsjuklighet (comorbidity). I denna rapport används för det mesta beteckningen människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk. När det gäller case management finns ingen vedertagen svensk översättning. Bland deltagarna i projektet har ett internt språkbruk utvecklats där case manager blivit "casare". I denna rapport används de engelska beteckningarna i rapporten och case manager förkortas ofta till CM.

## 2 SKL:S METODUTVECKLINGSARBETE

I det efterföljande ges en beskrivning av SKL:s metodutvecklingsarbete, vilket samtidigt blir en presentation av själva utvärderingsobjektet. Beskrivningen baseras på intervjuer med ansvariga initiativtagare vid SKL och den dokumentation som funnits tillgänglig. Det kan sägas att den skriftliga dokumentationen om projektet är begränsad. En första funktion som denna delrapport fyller är att presentera en samlad bild av metodutvecklingsarbetet, vilket således är det som följer.

### 2.1 Upprinnelsen

Den psykiatriska vården har under de senaste årtiondena rört sig i riktning från institutionsvård till mer samhällsbaserade öppna vård- och stödformer. Den svenska psykiatrireformen har varit föremål för mycket debatt, inte själva intentionerna utan snarare utfallet av reformen som kommit att kritiseras till följd av fragmentariska och dåligt sammanhållna vård- och stödinsatser. Människor med psykiska problem har hamnat mellan stolarna och blivit utan vård och hjälp. Under senare år har ett antal tragiska händelser inträffat som gjort att den ”psykiatriska frågan” fått stor massmedial och politisk uppmärksamhet: bilkörning på Västerlånggatan i Stockholm och händelser i Åkeshov, Arvika, Linköping och andra orter där både barn och vuxna fallit offer för svårt psykiskt sjuka människors handlingar. Det mest uppmärksammade fallet är mordet på utrikesminister Anna Lindh år 2003. Denna händelseutveckling bidrog till att en Nationell psykiatrisamordning kom att tillsättas våren 2004 med uppgift att se över arbetsformer, samverkan, personal och kompetensfrågor inom vård, social omsorg och rehabilitering av personer med allvarlig psykisk sjukdom och problematik. Det är med medel från den nationella psykiatrisamordnaren som SKL:s metodutvecklingsarbete möjliggjorts.

Initiativet till metodutvecklingsarbetet kommer från SKL. SKL och de projektansvariga initiativtagarna har ett mångårigt engagemang i psykiatrifrågor och med ett flertal tidigare uppdrag i samband med psykiatrireformens genomförande. De projektansvariga till metodutvecklingsarbetet (fortsättningsvis även kallat projektet) besitter djupa kunskaper och har ett brett kontaktnät inom psykiatrifältet. De förklarar SKL:s initiativ i ljuset av den ansvarsförskjutning som psykiatrireformen medfört från landstingens psykiatrivård till kommunerna och socialtjänsten, ett ansvar som kommunerna i olika grad inte lyckats axla och där bristen på samverkan kommuner-landsting, socialtjänst-psykiatri, kommit att bli en kritisk fråga. Ett antal studier har visat att människor med svår psykisk problematik och ett samtidigt missbruk kommit att hamna mellan stolarna i vård- och hjälpsystemet. Olika projektverksamheter har bedrivits runtom i landet för att komma till rätta med detta. Projekt har dock i hög grad stannat vid isolerade försök utan uppföljning. Ett sådant

exempel utgör den försöksverksamhet som med hjälp av statliga stimulansbidrag bedrevs i tio kommuner under en treårsperiod 1995-1997 med inriktning på samverkan mellan socialtjänsten och psykiatrin. Denna projektverksamhet hade sin fokus på människor med svår psykisk problematik och ett samtidigt missbruk. Efter projektperiodens slut fortsatte fyra projekt den organiserade samverkan mellan kommun och landsting (Skellefteå, Örebro, Jönköping och Västerås). Uppföljningen fem år senare visade på goda resultat vad gäller den psykiska hälsan och livskvaliteten för personerna inom de fyra projekten (Socialstyrelsen, 1999; 2004). Ur denna projektverksamhet har ett "nationellt nätverk för dubbeldiagnoser" bildats. Några initiativ att följa upp och sprida de metodmässiga erfarenheterna från dessa projekt har dock inte tagits.

## 2.2 Utvecklingsmedel från den Nationella psykiatrisamordningen

Ett antal förhållanden har sammantaget bidragit till att SKL:s projekt "Metodutveckling för arbete med personer med s.k. dubbeldiagnoser" kommit till stånd: den ovan tecknade samhällsutvecklingen, insikterna och utsikterna från SKL och ett antal erfarenheter från olika utvecklingsarbeten och studier, bland annat en rapport framtagen inom Stockholms läns landsting (Palmstierna, 2004). Denna visar att behandlingsmodeller av typen case management är en verkningsfull metod för målgruppen människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk (se även SBU, 2001).

Med den Nationella psykiatrisamordningens tillkomst följde en stor nationell satsning på att stimulera samverkan mellan psykiatrin och socialtjänsten. Under år 2005-2006 fördelades 600 miljoner kronor (s.k. miltonpengar) varav den största andelen till landets kommuner och landsting. För att komma i åtnjutande av dessa var man på länsnivå, kommuner och landsting, tvungna att samordna sina initiativ och ansökningar om projektmedel. Cirka 150 miljoner kronor kom att fördelas till projekt med inriktning på "DD-frågor", med andra ord utvecklingsarbeten inriktade på gruppen människor med svår psykisk problematik och samtidigt missbruk. Av de 600 miljonerna fanns en särskilt pott som avdelats för särskilt angelägna utvecklingsområden. Ur den sistnämnda potten sökte och beviljades SKL medel till "Metodutveckling för arbete med personer med s.k. dubbeldiagnoser" våren 2005. En inbjudan gick därpå ut till landets kommuner och landsting daterad 2005-05-16 att delta i ett projektet med senaste anmälningssdag 2005-06-10. I inbjudan stod bland annat följande att läsa:

*Sveriges Kommuner och Landsting inbjuder tre landsting som samarbetar med minst en kommun, helst fler, med personer med dubbeldiagnoser. Metodutvecklingen går ut på att samordna och integrera en behandlingsmodell i syfte att förhindra s.k. svängdörrspatients. För de flesta*

*patienter borde en lokal samverkan med case managerfunktioner av typen personligt stöd och samordning vara den mest adekvata. Samlokalisering av lokala aktörer d.v.s. beroendevård, psykiatri och socialtjänst, är av erfarenhet att föredra.*

Förebilden till den behandlingsmodellen som åsyftas utgörs av case management enligt ACT, (se avsnitt 3.1). 94 kommuner och 15 landsting anmälde intresse. Tre regioner med tillhörande landsting och kommuner (Norrbotten, Jönköping och Västra Götaland/Sjuhärad, fortsättningsvis Sjuhärad) kom slutligen att ingå. I september inleddes projektet med informationssamlingar i de tre regionerna och en gemensam startkonferens där samtliga deltagare möttes i Stockholm 2005-09-26. Projektet pågick fram till årsslutet 2006, med andra ord drygt 15 månader. Ett kriterium för urval av deltagande regioner var att landsting och kommunerna uppvisade ett långsiktigt intresse och engagemang i frågorna och att förhållandena i övrigt bedömdes som goda för samverkan mellan kommuner och landsting.

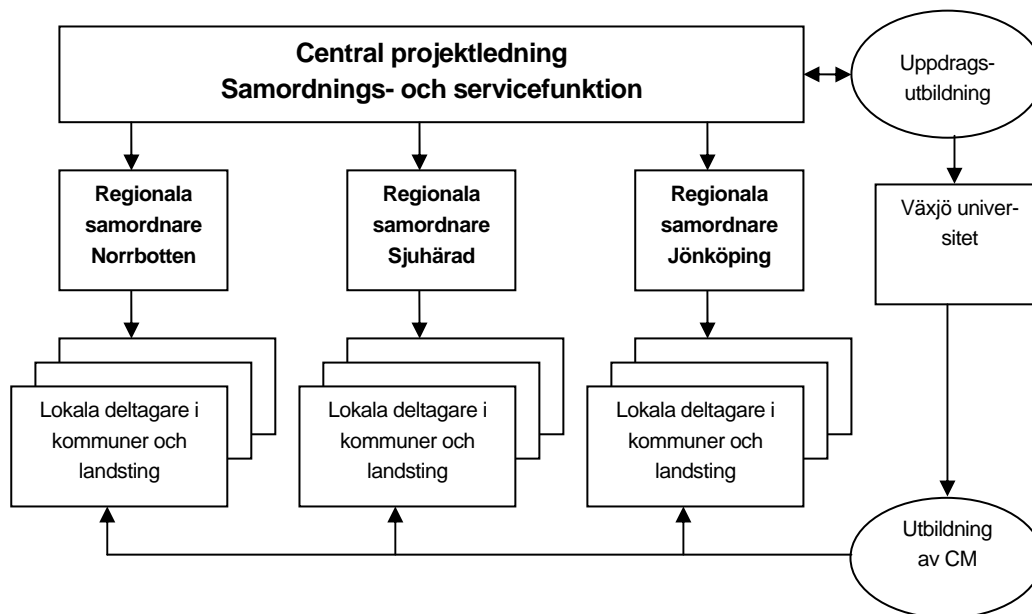
## 2.3 Syfte och mål

SKL:s metodutvecklingsarbete handlar om att implementera case management i den kommunala och landstingskommunala vård- och stödstrukturen för människor med svår psykisk problematik och samtidigt missbruk. Argumenten för just Assertive Community Treatment (ACT) hämtar SKL från studier som visar att ACT är en verkningsfull metod i arbetet med målgruppen (SBU, 2001). Det övergripande syftet med metodutvecklingsarbetet är att utvinna kunskaper och erfarenheter ur projektet som kan ligga till grund för fortsatt metodutveckling med fokus på målgruppen. Genom att välja tre regioner med flera aktörer, landsting och kommuner, har SKL velat undvika begränsningar som följer av ett enstaka lokalt projekt. Genom flera deltagare med olika geografiska och organisatoriska förhållanden har man velat skapa en bredd i utvecklingsarbetet och förutsättningar för erfarenhetsutbyten och lärande.

Det långsiktiga målet är således att case management ska komma att införas som metod i den kommunala och landstingskommunala vård- och stödstrukturen. De projektansvariga betonar att implementeringen av ACT-modellen inte ska betraktas som ett mekaniskt införande av en detaljängiven modell. Snarare handlar det om en grundidé som måste anpassas till lokala villkor och förutsättningar som gäller i organisationer, kommuner och landsting. För målgruppens räkning, människor med svåra psykiska problem och ett samtidigt missbruk, är det långsiktiga målet att deras livssituationer ska förbättras. Genom individuellt sammansatta och samtidigt koordinerade vård, hjälp och stödinsatser, vilket utgör kärnan i case management enligt ACT, ska detta uppnås, vilket forskningsstudier visat (SBU, 2001).

## 2.4 Projektorganisation

Metodutvecklingsarbetets projektorganisation, eller snarare implementeringsorganisation, illustreras i figur 1.



*Figur 1. Implementeringsorganisation.*

Den centrala projektledningen består av sju personer. Utöver de två projektansvariga vid SKL ingår expertis inom psykiatri- och missbruksområdet från Beroendecentrum i Stockholm samt en representant från Växjö universitet ansvarig för uppdragsutbildningen i projektet. Till detta kommer en representant från Nationella psykiatrisamordnaren. De projektansvariga vill inte se den centrala projektledningsgruppen som ett traditionellt styrningsorgan, utan snarare som en samordnings- och servicefunktion till de regionala och lokala deltagarna. De regionala samordnarna motsvaras av två personer från varje län representerande kommun och landsting.

## 2.5 Beståndsdelar och tidplan

Metodutvecklingsarbetet består av olika inslag: information till lokala politiker och ansvariga chefstjänstemän, utbildning av case managers, utbildning av specialister samt utvärdering. Denna delrapport är uttryck för det sistnämnda. Övriga tre inslag beskrivs nedan.

### 2.5.1 Information till lokal ledningsnivå, politiker och chefstjänstemän

Genom ett medvetet informationsarbete från den centrala projektledningen har man velat åstadkomma en förståelse för och förankra case management

som idé på lednings- och chefsnivå bland deltagande organisationer. Genom att "kratta i manegen" har projektledningen velat skapa gynnsamma förutsättningar för utvecklingsarbetets genomförande och fortbestånd. Projektet ska inte falla på grund av dålig förankring. I linje med detta har regionala informations- och förankringsmöten genomförts, dels i en inledande fas och dels under projektets gång.

### 2.5.2 Utbildning av case managers

De deltagande landstingen och kommunerna har inom sig utsett ett antal personer: psykiatrisjuksköterskor, socialsekreterare, behandlingsassistenter m.fl. som erbjudits kursen Integrerad behandling – missbruk och svår psykisk störning, 10 poäng. Delmoment i kursen har varit: case management och organisationen, målgruppens specifika problem, människosyn och principer, stöd och behandlingsprinciper. Kursen har givits som uppdragsutbildning vid Växjö universitet i distansform på kvartsfart. Syftet med kursen formuleras i kursplanen på följande sätt:

*Kursen syftar till att utifrån olika perspektiv ge grundläggande kunskap om de särskilda problem som kan förekomma vid samtidigt missbruk och svår psykisk störning.*

*Efter genomgången kurs ska den studerande ha*

*- kännedom om organisatoriska förutsättningar och inblandade huvudmäns möjligheter/begränsningar att bistå i arbetet med personer med samtidigt missbruk och svår psykisk störning*

*- den kompetens som krävs för att i ett tvärdisciplinärt nätverk kunna bedriva integrerad behandling i ett lokalsamhälle när det gäller patienter/klienter med den dubbla problematiken missbruk och svår psykisk störning, samt dokumentera insatserna*

*- de kunskaper som krävs för att bevaka patientens/klientens rättigheter och tillika fungera som hans/hennes huvudman.*

24 deltagare blev så småningom 22 p.g.a. sjukdom och avhopp. Distansformen har inneburit att deltagarna träffats veckovis i lokala studiegrupper. Till detta har kommit vissa träffar med "specialistnätverk", psykiatrisk, social och annan professionell expertis inom psykiatri- och missbruksfältet. Lokala träffar har varvats med vissa centrala utbildningssammankomster. Parallellt har deltagarna erhållit handledning och stöd för att organisera arbetet enligt ACT-idén. Växjö universitet genomför en särskild utvärdering av utbildningsdelen. Av detta skäl behandlas utbildningen endast kortfattat i denna delrapport, se avsnitt 5.3.1 där deltagarnas värderingar framkommer.

### 2.5.3 "Utbildning" av specialister

Med specialister avses i projektet medicinsk expertis inom psykiatrisk och somatisk vård och behandling; psykiatriker, beroendeläkare, sjuksköterska och social expertis inom socialtjänsten/socialt arbete; socialsekreterare, ekonomi-/biståndshandläggare och motsvarande; professionella inom sjuk- och primärvård, socialtjänst, frivården, försäkringskassan, arbetsförmedlingen med flera organisationer som kan också ingå i "multidisciplinära team" (i SKL-projektet benämnt primärteam). Med "utbildning" av specialister avses ett antal träffar, 2-3 träffar per termin till vilka specialister inbjudits. Dessa samlingar har inte haft karaktär av formell utbildning med högskolepoäng, litteraturstudier, seminarier och examination, vilket varit fallet för deltagarna i tiopoängskursen. Vid specialistsammanskomsterna har handledare från den centrala projektledningsgruppen medverkat. ACT som idé och metod har presenterats och varit föremål för diskussion liksom frågor av praktisk organisatorisk karaktär. Istället för utbildning är det därför mer adekvat att tala om informationsinsatser som riktats till specialisterna. Syftet har varit att ge de blivande primärteammedlemmarna kunskaper om case management enligt ACT så att de kan fullfölja sina uppgifter i primärteamen.

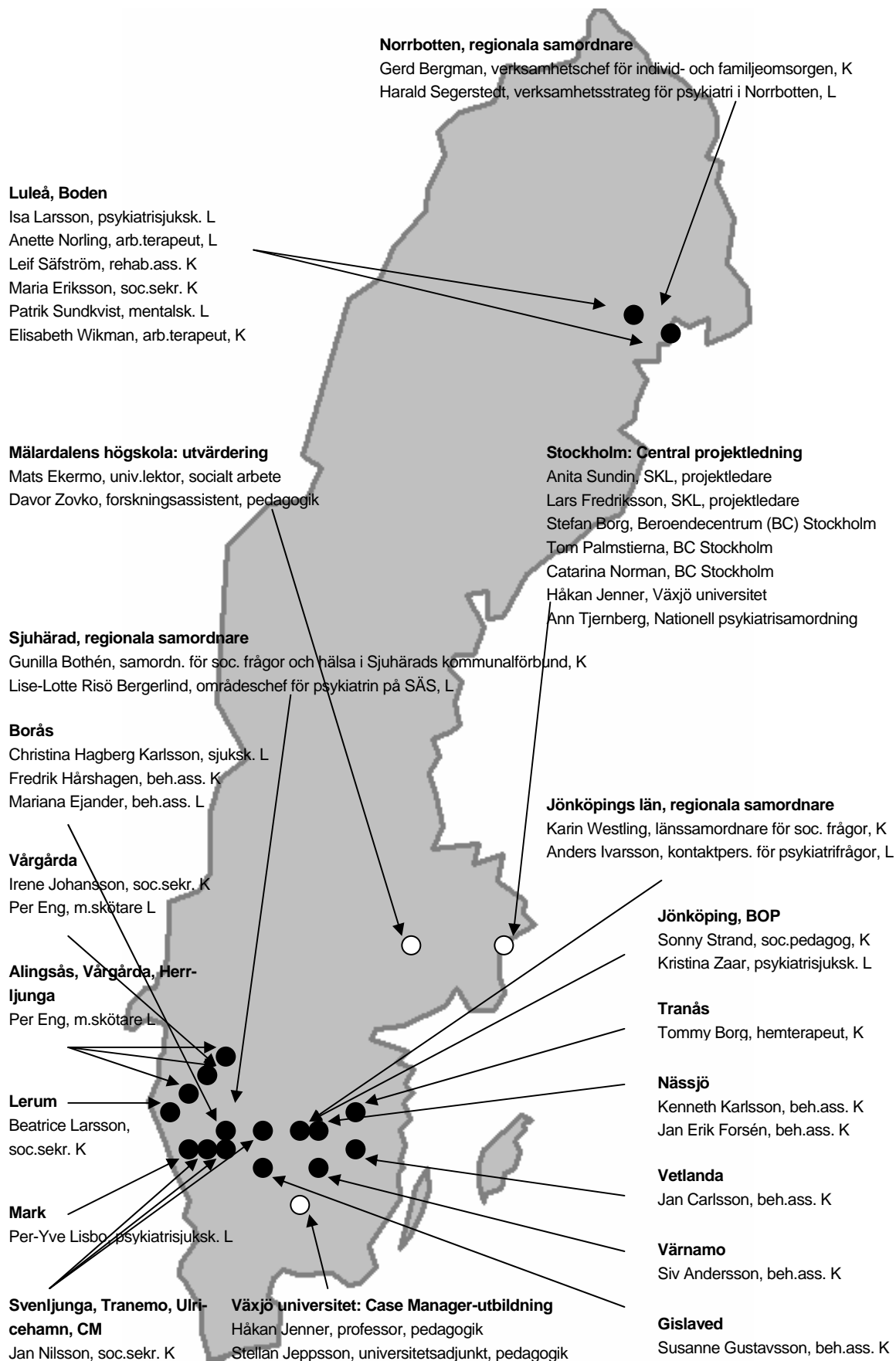
### 2.5.4 Tidplan och deltagarförteckning

Metodutvecklingsarbetets inslag och förväntade utveckling illustreras längs en tidsaxel i figur 2.



**Figur 2.** Tidplan och aktiviteter.

Sammanfattningsvis kan sägas att metodutvecklingsarbetet har ett långsiktigt syfte och mål. I figur 3 presenteras en översiktlig bild av deltagandet avseende geografisk spridning.



**Figur 3.** Deltagare i SKL:s metodutvecklingsarbete (K=kommun, L=landsting).



## 2.6 Några reflektioner kring SKL:s metodutvecklingsarbete

### 2.6.1 Utsatta människor i fokus

Hur kan målgruppen för metodutvecklingsarbetet beskrivas? I en central text som ingår i metodutvecklingsarbetets utbildningsmaterial (Palmstierna, 2004) beskrivs klienter/patienter som "faller mellan stolarna" mellan rättspsykiatrisk vård, kriminalvård, beroendevård, sjukvård och socialtjänst. I gruppen återfinns människor med personlighetsstörningar, schizofreni, psykostillstånd, affektiva tillstånd och ångesttillstånd. Målgruppen för metodutvecklingsarbetet kan sägas motsvara följande kategorier:

- diagnostiserad psykosjukdom med missbruk
- akutsökande patienter med drogpåverkan och allvarliga psykiatriska symtom
- personlighetsstörning med missbruk och kriminalitet
- psykosjukdom med missbruk och kriminalitet
- hemlösa med missbruk
- tunga missbrukare med behov av omfattande sociala stöd- och behandlingsinsatser utan specificerad psykisk störning
- psykisk störning med missbruksrelaterad farlighet
- kvinnor med svårt missbruk och marginalisering.

Metodutvecklingsarbetets "yttersta" målgrupp motsvaras således av människor med svår psykisk problematik och samtidigt missbruk, där olika sjukdoms- och kristillfällen riskerar att få allvarliga och katastrofala konsekvenser för den egna livssituationen. Det samhällsliga vård- och stödsystemets tillkortakommanden är väl kända och dokumenterade när det gäller att möta målgruppens komplexa behov av vård, hjälp och stöd. Olika studier har visat att det handlar om en utsatt grupp som uppvisar högre nivåer av sjuklighet, kriminalitet, sociala problem, bostadslöshet, fattigdom och för tidig död jämfört med övriga befolkningen. Ett illustrerande exempel på myndigheters oförmåga att möta gruppens behov utgör utvärderingen av verksamheten Personligt ombud (Socialstyrelsen, 2005). Personligt ombud (PO) infördes för att komma till rätta med fragmenteringsproblemet inom vård- och hjälpapparaten för människor med långvarig psykisk problematik. I den nationella utvärderingen konstaterar Socialstyrelsen att PO i många avseenden varit framgångsrik, men att verksamheten inte förmått räcka till för människor med svåra psykiska problem och ett samtidigt missbruk. Denna grupp har så pass komplicerade problem att särskilt intensiva vård- och stödinsatser måste till i en samtidig koordinering menar man.

I ljuset av detta framträder SKL:s metodutvecklingsarbete som ett angeläget projekt. Samtidigt kan konstateras att SKL:s metodutvecklingsarbete inte är det enda som bedrivs med inriktning på denna målgrupp. Den Nationella psykiatrisamordningen har resulterat i ett antal "miltonprojekt" på regional och lokal nivå. SKL:s metodutvecklingsarbete genomförs i en tid präglad av ökad uppmärksamhet på psykiatri- och missbruksfrågor. Det antagna 10-punktsprogrammet som Nationell psykiatrisamordning och Nationell narkotikapolitisk samordning gemensamt antagit våren 2005 illustrerar riktningen i reformverksamheten: (1) öka medvetenheten, (2) missbruk och psykisk sjukdom ska behandlas samtidigt, (3) erbjud lättillgänglig vård, (4) alla ska ha makt över sitt eget liv, (5) anpassa organisationer och verksamheter, (6) prioritera personer med dubbelproblematik, (7) gemensam behovsanalys krävs, (8) samordna insatserna, (9) använd resurserna mer effektivt och (10) insatserna måste bygga på en gemensam grundsyn.

### 2.6.2 Case management i en översättningsprocess

SKL:s projektorganisation uppvisar låg grad av formalisering och byråkratisering. De projektansvariga betonar att man vill se metodutvecklingsarbetet som inledning på ett långsiktigt arbete som kommer att fortsätta inom kommuner och landsting efter att det formella projektet avslutats.

Ur ett implementeringsperspektiv framträder SKL:s metodutvecklingsarbete som ett top-down-projekt. Genom att tala om en central samordnings- och servicefunktion vill man från den centrala projektledningen markera ett stödjande förhållningssätt till utvecklingen av lokala arbetsmodeller. Projektet har initierats högt upp i samhällsorganisationen. Dess inledande uppgift har varit att vinna gehör för och förankra projektet på den regionala och lokala nivån. Projektet är för sitt genomförande beroende av och förutsätter ett intresse och deltagande nerifrån. Man kan därför se implementeringen av case management som en översättningsprocess. ACT-idén kommer uppifrån, presenteras, tas emot och möter reaktioner från den lokala nivån. I detta möte blir case management föremål för tolkningar och anpassningar. Teoretiska modeller i utbildningen blir till konkreta arbetsmodeller när case manager, specialister i primärteamen och andra aktörer runt om kommer in i och utformar det konkreta och sist men inte minst klienter som också kan förväntas reagera när de blir erbjudna de nya tjänsterna.

Det är stora organisationer med många aktörer på olika hierarkiska nivåer som case management ska ta sig igenom, godkännas och legitimeras av. SKL:s projekt presenterades för landets kommuner och landsting under försommaren 2005. Drygt tre veckor hade man på sig att anmäla intresse. I september startade projektet. Man kan fråga sig vad denna relativt snabba uppstart, som dessutom sammanföll med sommar- och semestertider, inneburit för deltagarnas förståelse av vad man gav sig in på.

### 3 TEORETISKA PERSPEKTIV

En utgångspunkt för utvärderingen utgörs av teoribildningen kring case management. Till detta vill vi som utvärderare tillfoga ytterligare ett teoriperspektiv: implementerings- och programteori.

#### 3.1 Case management

Case management växte fram i USA under 1970-talet som ett sätt att hantera problem i samband med avinstitutionaliseringen i form av brist på bostäder, socialt stöd och medicinskt omhändertagande när de psykiatriska sjukhusen stängdes (Intagliata, 1982; Holloway, 1991). Case management har därefter kommit att vidareutvecklas och idén har fått internationell spridning även inom andra vårdområden än psykiatrin (Netting, 1992; Goering & Wasylenki, 1996; Holloway & Carson, 2001). I England återfinns idén bakom begreppet care management (Payne, 2000; Baldwin, 2000). Case management framstår som en populär idé som vunnit internationell spridning samtidigt som det har kommit att utvecklas olika begrepp och benämningar.

Case management handlar om att organisera olika vård- och sociala stödinsatser till en fungerande helhet för den enskilde. Genom att utse en särskild person, en case manager, med uppgift att samordna systemets insatser till en för klienten behovsanpassad helhet ska problemet med vårdens fragmentisering lösas. Case management är dock inte något entydigt begrepp och utvecklingen sedan 1970-talet har inneburit att man idag talar om sex olika modeller (Mueser, Bond, Drake & Resnick, 1998; Holloway & Carson, 2001; Björkman, 2005).

Tidigt identifierades två standardmodeller, en mäklarmodell ("Brokera-ge") och en klinisk (Clinical) modell. I mäklarmodellen ingår behovsbedömning, att upprätta vårdplan, samordna, förmedla och följa upp kontakter med vårdgivare. Case managern är kontorsbunden med många klienter, över 50 förekommer, och med begränsade kontakter "ansikte mot ansikte". I den kliniska modellen tillkommer att case managern har en behandlande relation till klienten med egna vård- och stödinsatser såsom krisinterventioner, social träning och familjestöd. Två intensiva modeller kan också urskiljas där klientantalet begränsas till cirka 10 klienter per case manager. Jämfört med föregående modeller innebär Assertive Community Model (ACT), att man går längre i ambitionen att integrera case management med vård och stödinsatser. En svensk översättning av ACT saknas, ett näraliggande begrepp är integrerad psykiatri (Malm, 2002). Målgruppen avgränsas till människor med svår psykisk problematik och hög vårdkonsumtion, exempelvis personer med dubbla diagnoser i form av psykisk sjukdom och missbruk. I ACT-modellen har case managern tillgång till ett tvärdisciplinärt team med olika specialistkompetenser. Utöver detta kännetecknas ACT-modellen av uppsökande arbe-

te, tillgänglighet dygnet runt, krisstöd, familjestöd och insatser i hemmiljö. En näraliggande modell är den Intensiva case managementmodellen (ICM) som i första hand skiljer sig från den förra genom att den enskilde case managern är ansvarig gentemot klienten. En femte modell är resursmodellen (the Strengths Model) som betonar det friska hos klienten, klientens resurser, självbestämmande och relationen case manager-klient och dess betydelse (Rapp, 1998). Holloway och Carson (2001) betraktar denna modell mer som en filosofi än en systematisk arbetsmodell. Rehabiliteringsmodellen ligger nära den föregående och betonar klientens personliga mål och delaktighet i rehabiliteringen. Modellen förknippas med den s.k. bostonmodellen (Anthony, Cohen & Farkas, 1996) som är inriktad på att stärka sociala och instrumentella färdigheter så att klienten ska klara sig själv i samhället. Klientantalet för case managern i de två sistnämnda modellerna är fler än i de två intensiva modellerna och varierar uppemot 20-30 personer enligt Holloway och Carsson (2001).

Payne (2000) menar att processen i olika case managementmodeller kan beskrivas i fem olika steg som handlar om att case managern (1) gör en bedömning av individens behov, (2) utarbetar en plan med ett behovsanpassat paket av olika åtgärder, (3) sörjer för att åtgärderna implementeras, (4) övervakar så att de fungerar som det är tänkt samt (5) utvärderar resultatet huruvida klientens behov tillgodosetts. Detta kan i sin tur resultera i nya bedömningar och planer med åtgärder. Tre inslag skiljer case management från andra former av socialt arbete enligt Payne, nämligen att metoden är styrd av klientens behov, att ett integrerat åtgärdspaket sätts samman där olika insatser koordineras och att case managern aktivt övervakar själva genomförandet, att åtgärdspaketet fungerar.

### 3.1.1 Case management i SKL:s projekt

Forskning om ACT-modellen har visat på ett antal faktorer som framstår som viktiga för ett framgångsrikt resultat. Nedanstående faktorer framhålls i den litteratur som ingår i SKL-projektets utbildningsdel, och tjänar således som riktgivare för hur en case managementmodell bör utformas (Malm, 2002; Palmstierna, 2004; Björkman, 2005).

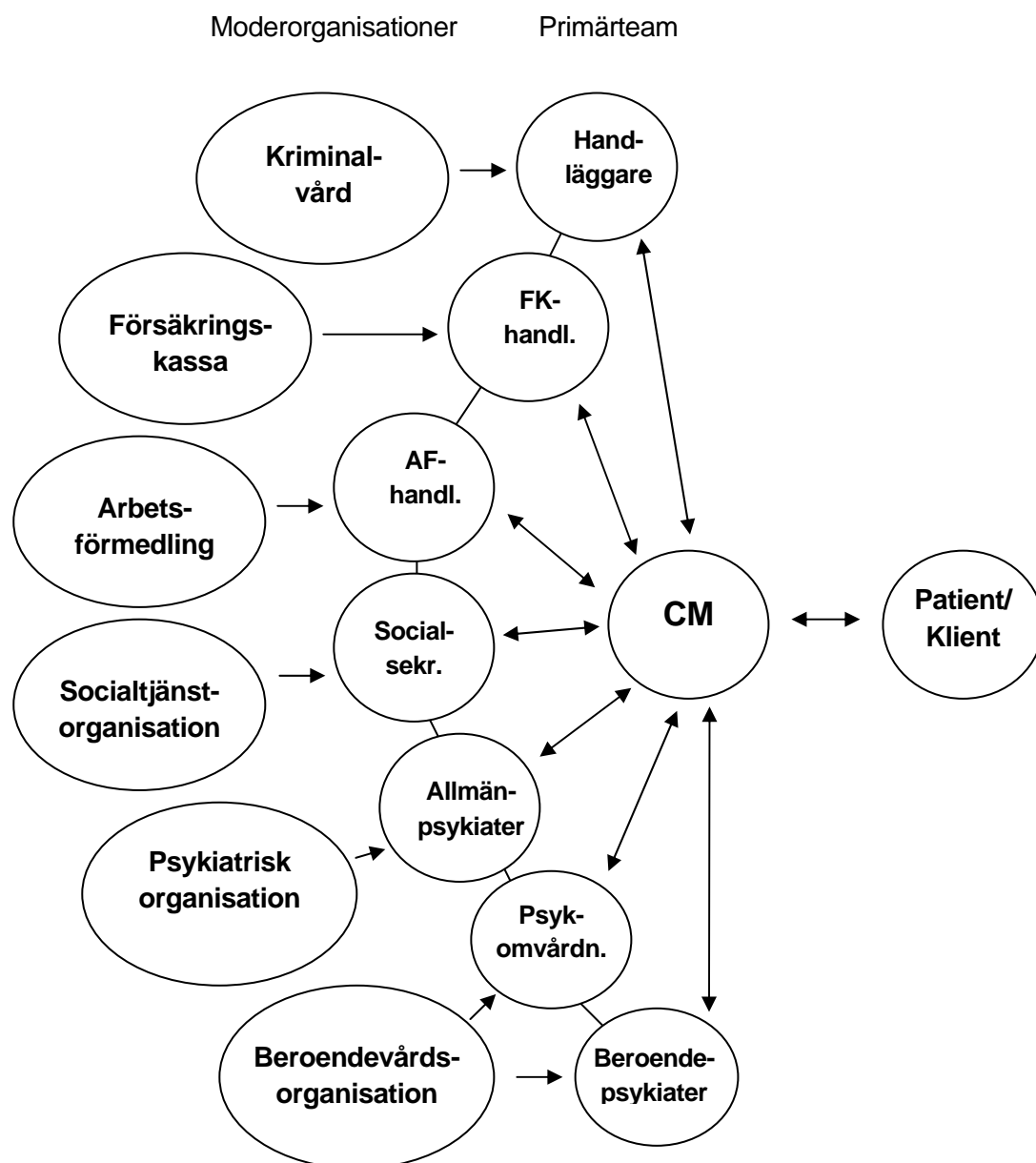
- Insatserna genomförs huvudsakligen i klienternas miljöer och inte på en mottagning.
- Verksamheten är uppsökande.
- Verksamheten har hög intensitet, insatser genomförs vid behov.
- Varje case manager har få klienter, högst tio.
- Det är viktigt med kontinuitet i personalgruppen.
- Verksamheten är teambaserad, ett team runt klienten har ansvar för allt arbete med klienten (benämns primärteam i metodutvecklingsarbetet).

- Teamets sammansättning är multidisciplinär, minst en psykiatriker och en sjuksköterska ingår i teamet.
- Arbetet genomförs i nära samarbete med klientens sociala stödsystem, t.ex. familj, hyresvärd, arbetsgivare och andra vård- och stödinsatser.

Arbetsuppgifterna för case managern (CM) är att:

- ansvara för planering och uppföljning av insatser
- inför teamet ansvara för diskussion och beslut om de insatser som ska göras för klienten
- säkerställa kontinuiteten i klientens kontakter
- ha det samlade ansvaret för att behandlingsinsatser, stöd och praktisk hjälp till klienten genomförs
- vara ombudsman för klienten och bevaka dennes samhällsliga rättigheter
- lokalisera och hålla kontakt med de sociala, medicinska och psykiatriska insatser som inte kan erbjudas inom teamet, och som kan vara aktuella för klienten.

Palmstierna (2006), en tongivande idégivare i SKL-projektets ledningsgrupp, sammanfattar vad case management enligt ACT handlar om med hjälp av en modell, som i figur 4 är något modifierad. Palmstierna betonar att case managern (CM) har ett personligt ansvar för patienten/klienten vilket innebär att CM ska söka upp klienten och aktivt förmedla och delta i vården, hjälpen och stödet. CM ingår i och stöds av ett team, det s.k. primärteamet, bestående av specialistkompetens i form av socialsekreterare, allmänpsykiater, psykiatrisjuksköterska och beroendeläkare. Även andra kompetenser kan ingå från kriminalvården, försäkringskassan, arbetsförmedlingen med flera. Av central betydelse är att primärteamets medlemmar har ett individuellt ansvar och mandat från sina respektive moderorganisationer att kunna fatta beslut, exempelvis beviljande av ekonomiskt bistånd, social stödinsats eller inläggning på klinik. Genom att primärteamet är beslutsmyndigt undviks ”svarte petterspel”, det vill säga att ärenden dras i långbänk och klienten ”faller mellan stolarna”.



**Figur 4.** ACT-modellen (vidareutveckling av Palmstierna, 2006).

För att modellen ska fungera förutsätts att följande förhållanden är vid handen:

1. Att det finns kunskap om och förståelse för case management inom moderorganisationerna så att arbetssättet därmed är legitimerat och sanktionerat.
2. Att samarbetsavtal tecknats mellan moderorganisationerna som klargör huvudmännens ansvarstaganden och säkrar ett långsiktigt åtagande.

3. Att heltäckande multidisciplinära team finns på plats med beslutsmandat.
4. Att utbildade CM finns på plats som arbetar heltid. CM-funktionen låter sig inte delas med andra yrkesroller eller myndighetsutövande funktioner.
5. Att klientinventeringar har gjorts där målgruppen identifierats. "Rätt" klienter innebär i sammanhanget människor med svår psykisk problematik och samtidigt missbruk samt att alla andra insatser har prövats utan framgång.

Med den sista punkten följer således att case management enligt ACT vänder sig till de allra mest utsatta människorna där samhällets hjälpapparat misslyckats att ge vård, hjälp och stöd.

### 3.2 Implementerings- och programteori

Implementeringen av ny metod i en verksamhet kan i teoretiska termer beskrivas med hjälp av Vedung (1998) i en teori om offentliga insatsers resultat. Implementeringsteori erbjuder verktyg med vars hjälp implementeringen av case management och uppnådda resultat kan analyseras. Programteorin utgör en del av implementeringsteorin och anger vilka vägar man tänkt sig nå något målsatt, något normativt, ett önskvärt tillstånd. Vedung (1998) anger åtta faktorer som har betydelse för utfallet när en insats, ett beslut eller en ny metod ska implementeras i offentlig verksamhet. Införandet påverkas av följande:

- insatsens historiska bakgrund, faktorer och processer som lett fram till beslutet om att införa den nya metoden
- själva insatsens tydlighet, tekniska komplexitet och programteorins giltighet
- hur själva implementeringen går till
- adressaternas/mottagarnas vilja, förståelse och organisering
- kontrollens organisering
- andra insatser av andra aktörer
- marknadens reaktion
- den övriga omgivningens stöd eller motstånd.

### 3.2.1 Insatsens historiska bakgrund

Den historiska bakgrunden innehåller flera komponenter som påverkar resultatet av implementeringen:

- Om förändringen innebär en anslutning till eller ett brott mot hittills förd politik. Om insatsen kan ses som ett naturligt steg i en större pågående process blir den lättare att genomföra än om den innebär ett brott mot tidigare inriktningar.
- Om det råder oenighet eller enighet i det politiska stödet. Insatser som genomförs i politisk harmoni uppnår bättre resultat än insatser som genomförs i politisk strid.
- Om förändringen är stor eller liten. Det är lättare att genomföra mindre stegvisa än en stor radikal förändring.
- Graden av uppmärksamhet. Positiv uppmärksamhet kan vara ett bra stöd, massmedia spelar därvidlag en viktig roll.
- Om förändringen är allvarligt menad eller mer symbolisk, vilket påverkar deltagares och omgivningens engagemang.
- Om berörda myndigheter och aktörer varit delaktiga vid insatsens utformning, vilket kan bidra till att insatsen genomförs mer troget och effektivt.

### 3.2.2 Själva insatsen och programteorin

En insats behöver nödvändigtvis inte vara helt klar och tydlig för att implementeringen ska lyckas. Oklarhet kan främja kreativitet, samverkan och deltagares stöd i implementeringen. Samtidigt kan oklarhet verka hämmande, skapa svårigheter att se mål och mening och öppna för olika konflikter. Ju mer tekniskt komplex insatsen eller metoden är som ska implementeras, desto svårare. En programteori består av tre delar: (1) en kausalitetshypotes: "vi tror att vi har hittat en insats som löser problemet", med andra ord en relation mellan ett problem och en insats, (2) insatsens förverkligande genom ett antal aktiviteter och (3) det önskade framtida tillståndet. Programteori handlar således om verksamhetslogiken i ett projekt, hur den "kognitiva kartan" ser ut, hur man tänkt kring själva problemet, insatsen/åtgärden och det önskade framtida tillståndet, att målet nås. Om slutmålet inte nås kan olika förklaringar ges: antingen har man tänkt fel (teorifel) eller så har problem uppstått i själva genomförandet (genomförandefel).



### 3.2.3 Själva implementeringen, att förstå, vilja och kunna

Implementeringen kan betraktas som ett förlopp som berör ett antal nivåer i en organisation: från en myndighets ledningsnivå via "mellanhänder", interorganisatoriska nätverk, till baspersonal och de slutliga mottagarna, brukarna eller klienterna. För att implementeringen av en ny metod ska lyckas måste aktörer på varje nivå ha en förståelse för metoden, vilja att införa den och också kunna göra det.

### 3.2.4 Slutmottagarnas belägenhet

De slutliga mottagarnas belägenhet, i SKL-projektet klienter med svår psykisk problematik och samtidigt missbruk, inverkar också på implementeringens slutliga resultat. En ny metod kan vara verkningslös om mottagarna inte förstår vad det nya handlar om eller förmå se någon vinst med att delta, trots att metoden är klart formulerad. Förekomst av eldsjälur och engagemang i implementeringsprocessen kan påverka mottagandet från de slutliga adressaterna.

### 3.2.5 Kontrollens organisering

Efterhandskontrollens uppbyggnad och organisering i form av utvärdering, val av utvärderare (intern eller extern) och kriterier mot vilka utvärderingen görs inverkar på och styr reformer i olika riktningar. En utvärdering, om det överhuvudtaget görs någon alls, kan resultera i svar på frågor som ställts och bedömts centrala för implementeringen, alternativt ges inga svar på frågorna eller så svarar utvärderingen på något helt annat och ger en felaktig eller icke adekvat bild av läget.

### 3.2.6 Andra insatser av andra

Parallella insatser av andra myndigheter på nationell, regional och lokal nivå kan påverka den pågående implementeringen och därmed försvåra eller underlätta ett önskvärt utfall. Inom offentlig sektor återfinns ett antal organisationer och myndigheter tillhörande olika administrativa domäner. Samtidigt har man relationer till varandra som kan präglas av både samarbete och intressekonflikter. En reform eller förändring som ligger i linje med en organisations intresse kan gå emot en annan organisations eller myndighets intressen.

### 3.2.7 Marknadens reaktion

Vedung är statsvetare och talar även om marknadens eller konsumenternas reaktion eller vad beslutsfattarna förväntar sig av denna, som en viktig faktor som påverkar implementeringens utfall. Om en insats exempelvis är förenad med etiska frågor så kan det påskynda en implementering. Genom att köpa

en produkt eller genom att ansluta sig till och delta i ett sammanhang kan det skapa en god image för den enskilda organisationen. En sådan förväntad vinst kan påskynda insatsens implementering.

### 3.2.8 Den övriga omgivningen

Reformer kan beröra ett antal olika utomstående aktörer och organisationer även om dessa formellt inte har något med implementeringen att göra (t.ex. miljöorganisationer). Stöd eller motstånd från dessa aktörer inverkar på resultatet. I den övriga omgivningen ingår bland annat intresseorganisationer och massmedia. Massmedia skapar uppmärksamhet, sprider kunskaper om insatser och bildar opinion för eller mot.

## 3.3 Några reflektioner kring de teoretiska perspektiven

Case management som idé är inte någon ny företeelse utan har sedan 1970-talet varit ute på en omfattande internationell resa. Som angavs inledningsvis återfinns upprinnelsen i USA och ett amerikanskt samhälle som i olika delar skiljer sig från det svenska. En fråga är varför inte case management enligt ACT har fått något egentligt fotfäste i Sverige. Hansson (se förord i Burns & Firn, 2005) ställer likt Björkman (2005) den frågan och efterlyser en diskussion kring detta. Lindström (2002) gör detsamma och ger själv några möjliga svar till varför metodiken inte används oftare inom vård och behandling. Det finns en tveksamhet inför ACT-erfarenheternas generaliserbarhet, att de skulle gälla i en bredare implementering. De multidisciplinära teamen innebär förhållandevis höga initiala kostnader som kanske skrämmer. Det finns också en allmänt bristande kunskap om metodikens effektivitet och dess goda resultat i förhållande till övriga öppenvårdsbehandlingar menar Lindström.

SKL:s metodutvecklingsarbete framstår som en seriös satsning på att införa case management i en svensk vård- och behandlingskontext för målgruppen människor med svår psykisk problematik och samtidigt missbruk. Metodutvecklingsarbetet ger tillfälle att studera vad som händer när man på ett genomtänkt sätt försöker implementera arbetsmetoden. Erfarenheter som vinnas ur projektet utgör därför ett viktigt underlag till den diskussion som efterfrågas ovan. I utvärderingens slutrapport våren 2008 finns förutsättningar att föra en sådan diskussion, bland annat med hjälp av implementerings- och programteori.

Implementering av något nytt inom offentliga organisationer handlar om komplexa processer. De är inte rationella i en enkel mening av kausala orsak-verkan-processer. Stora offentliga organisationer som det är frågan om i SKL:s metodutvecklingsarbete utgör inte några homogena aktörer. Det handlar snarare om ett antal grupper, avdelningar och enheter på olika hierarkiska nivåer som är mer eller mindre "löst kopplade" till varandra, som kan agera oberoende av varandra utifrån olika mål. Några i organisationen kan önska

sig förändring men har inte det inflytande som behövs, andra kanske känner sig hotade av samma förändring. Andra kan vara ointresserade av att delta för att inte brister i den egna organisationen ska uppenbaras. Implementerings- och programteori tillhandahåller ett antal kriterier och frågor som framstår som fruktbara när det gäller en närmare granskning av implementering av case management.

## 4 UTVÄRDERINGENS UPPLÄGGNING OCH GENOMFÖRANDE

### 4.1 Uppdraget – en utvärdering i två steg

SKL:s metodutvecklingsarbete handlar om att implementera en metod, case management enligt ACT, i den kommunala och landstingskommunala organisationsstrukturen för vård, stöd och behandling av människor med svåra psykiska problem och ett samtidigt missbruk. Utgångspunkten för SKL:s projekt är forskningsstudier som visar att case management enligt ACT är en bra och verkningsfull metod för målgruppen. SKL:s utgångspunkt, och för den delen även den Nationella psykiatrisamordningens, är också utvärderingens. Denna utvärdering är således inte inriktad på att söka evidens på nytt.

SKL:s uttryckliga ambition med utvecklingsarbetet är att det inte ska stanna vid ett tidsbegränsat projekt. Vunna kunskaper och erfarenheter från utvecklingsarbetet ska tillvaratas, spridas och stimulera till fortsatt utvecklingsarbete inom fler kommuner och landsting med fokus på personer med s.k. dubbla diagnoser. Utvärderingen utgör därför ett viktigt inslag i SKL:s långsiktiga utvecklingsambition. Det är i detta perspektiv som denna utvärdering kommer in. Utvärderingen är primärt inriktad på att förstå ett implementeringsförlopp och vad det resulterar i för utfall i form av arbetsmodeller, nya roller och arbetssätt.

I samband med metodutvecklingsarbetets planering kontaktade SKL Mälardalens högskola för att få hjälp med en utvärdering. Diskussionerna som följde resulterade i ett tvådelat uppdrag. En första delstudie ska behandla utvecklingen i projektet fram till projektavslutet vid årsskiftet 2006/07 och redovisas under våren 2007, vilket motsvarar denna delrapport. Därpå kommer en uppföljande studie att genomföras ett år senare. Syftet med uppföljningsstudien är att ta reda på vad som har hänt efter att projektet avslutats, hur metodutvecklingen sett ut och vad som består av implementerade arbetsmodeller. Resultatet av den uppföljande studien presenteras i april 2008.

### 4.2 Utvärderingens syfte och frågor

Utvärderingens övergripande syfte är att ta fram kunskaper ur projektet som ökar kunskapen om case management och dess möjligheter i en svensk kommunal och landstingskommunal vård-, stöd- och behandlingskontext. Ett mer näraliggande syfte med utvärderingen är att resultatet ska återkopplas till aktörerna i SKL:s metodutvecklingsarbete och tjäna som underlag för diskussioner om det fortsatta utvecklingsarbetet i de tre regionerna. Utvärderingen har därmed också ett lärande syfte för aktörerna i projektet. Utvärderingens huvudfrågor är följande:

1. *Hur långt har implementeringen av case management kommit efter ett drygt år?*

I avsnitt 5.1 redovisas utvecklingsförloppet i de tre regionerna Norrbotten, Jönköping och Sjuhärad, och hur långt man kommit i implementeringen av metoden. Förhållanden som både försvårat respektive underlättat implementeringen redovisas.

2. *Vilka modeller av case management har utvecklats?*

I avsnitt 5.2 redovisas olika lokala modeller av case management som vuxit fram. Hur ser dessa ut? De olika modellerna kan antas vara relativt ofärdiga ett år efter projektstarten och arbetsformer och rutiner på sina håll ännu i sin linda. Men hur ser de ut?

3. *Hur ser case managerns roll och funktion ut?*

I avsnitt 5.3 presenteras case managerrollen, hur den utformats och vilka erfarenheter deltagarna har. Case managerns mandat, olika svårigheter och dilemman som deltagarna erfarit i den nya rollen presenteras.

4. *Hur ser primärteamens roll och funktion ut?*

I avsnitt 5.4 presenteras några bilder från metodutvecklingsarbetet baserade på röster från enskilda medlemmar i primärteam.

5. *Hur uppfattar målgruppen, klienterna, case management?*

I avsnitt 5.5 presenteras ett antal klienter, deras livssituationer och hur man upplevt kontakten med case management och det "nya" arbetssättet.

## 4.3 Metod och empiriskt material

Av utvärderingens syfte och huvudfrågor följer att kvalitativ metod använts. Det empiriska materialet som insamlats för att kunna besvara frågorna utgörs av följande underlag:

- Intervjuer/tematiserade samtal med
  - projektansvariga centralt (2 personer)
  - utbildare/handledare (2 personer)
  - regionala samordnare (6 personer)
  - deltagare/blivande case managers (6 personer)
  - klienter (6 personer)
- Enkäter via mail med öppna frågor riktade till
  - samtliga deltagare/blivande case managers (22 enkäter, 21 besvarade)
  - primärteammedlemmar (29 enkäter, 8 besvarade)
- Fokusgruppintervjuer
  - deltagare/blivande case managers (3 grupper med 5-7 deltagare)

- Studier av dokument och handlingar
  - ansökningshandlingar och underlag från SKL
  - enskilda avtal, handlingsplaner och program
  - kursplan och utbildningsmaterial
  - deltagare/blivande case managers examinationsarbeten (17 papers)
- Närvaro/deltagande observationer vid
  - sammankomster i central projektledningsgrupp
  - sammankomster vidgad projektledningsgrupp med regionala koordinatörer
  - regionala informations- och förankringsmöten
  - utbildningssammankomster

Det huvudsakliga empiriska materialet har insamlats hösten 2006. Sammantaget har ett brett material inhämtats. När det gäller intervjuer med deltagare/blivande case managers har ett strategiskt urval gjorts där hänsyn tagits till kön, geografisk ort och att de intervjuade har börjat arbeta enligt det nya arbetssättet. När det gäller klientintervjuer har motsvarande strategiska urval gjorts för att få spridning. Intervjuer med de professionella har genomförts både på plats och som telefonintervjuer. Klientintervjuerna har i samtliga fall genomförts som besöksintervjuer i enskilda personers hem, i anslutning till psykiatrimottagningar och motsvarande.

#### 4.4 Etiska frågor och hänsyn

Gångse forskningsetiska krav har beaktats i utvärderingsarbetet. Det betyder att samtliga berörda fått information och varit införstådda med utvärderingens syfte och uppläggning, att informerat samtycke har inhämtats, att det empiriska materialet hanterats så att anonymitet och konfidentialitet säkerställt när det gäller klientintervjuerna, samt att insamlade uppgifter endast används i utvärderings- och forskningssyfte. För klientstudien har krav på absolut anonymitet och konfidentialitet tillgodosetts. Klientintervjuerna har varit omgärdade av särskilda villkor och förutsättningar, vilka redovisas i anslutning till resultatredovisningen i avsnitt 5.5.

Kan någon komma att lida skada av utvärderingen och den här presenterade delrapporten? Det är den centrala etiska frågan. De professionella deltagarna i metodutvecklingsarbetet är till antalet begränsade. Vilka de är framgår också av rapporten. Detta motiveras med att metodutvecklingsarbetet har ett stort allmänintresse och att enskilda läsare av delrapporten kan vara intresserade av att komma i kontakt med aktörer i projektet för att få veta mer. Eftersom utvärderingen bygger på lokala bilder och jämförelser går det i vissa textavsnitt att identifiera eller räkna ut vilka enskilda uppgiftslämnare är. Inga textavsnitt ska dock föranleda att enskilda personer ska lida skada där-

av. När andra bedömningar gjorts har vissa uppgifter utelämnats i texten för att säkra anonymitet.

## 4.5 Begränsningar

Att utvärdera ett pågående utvecklingsarbete där lokala uppgifter och förhållanden fortlöpande ändras har sin egen problematik. Empiriska uppgifter blir färskvara och har ett "bäst före"-datum. De empiriska uppgifterna härrör från november-december 2006. Det betyder att enskilda uppgifter kan ha förändrats när denna delrapport presenteras några månader senare. Detta är viktigt att ha i åtanke.

SKL:s metodutvecklingsarbete har en långsiktig ambition och väcker förväntningar på genomgripande förändringar i arbetssätt och organisation. Vad är rimligt att förvänta sig efter ett drygt år? Generellt gäller att såväl case managern och klienter har, efter ett drygt år in i SKL:s projekt, begränsade erfarenheter av det nya arbetssättet i praktiken. Det blir också utvärderingens begränsning. Arbetsmodeller kan ha kommit på plats men rutiner och arbetsformer har inte satt sig vare sig hos CM eller i primärteam. Därav följer att några mer långtgående slutsatser av denna delrapport inte kan dras, de får anstå till slutrapporten våren 2008. Tyngdpunkten i denna delrapport ligger därför på en redovisande och beskrivande nivå.

## 5 RESULTAT

### 5.1 Utvecklingen i de tre regionerna

#### 5.1.1 Norrbotten

##### *Regional samordning*

Regionala samordnare är Harald Segerstedt, verksamhetsstrateg för psykiatrin i Norrbotten och Gerd Bergman, verksamhetschef för individ- och familjeomsorg i Luleå kommun. Till detta kommer en särskild styrgrupp som bildats för SKL-projektet. I styrgruppen ingår chefer inom socialtjänsten i Luleå och Boden, chefer inom vuxenpsykiatrin samt chefer inom primärvården. Styrgruppen har i uppdrag att följa metodutvecklingen och svara för att projektet är förankrat hos alla berörda politiker och chefer.

##### *Kort historik*

Deltagandet i SKL:s metodutvecklingsarbete föregicks av ett antal aktiviteter i länet till följd av den Nationella psykiatrisamordningen. I mars anordnades en länskonferens under rubriken "Att lösa en gemensam uppgift". Alla länets vårdaktörer var inbjudna och den Nationella psykiatrisamordnaren närvarade. Information om psykiatrisamordningens utvecklingsmedel riktade mot samverkan psykiatri-socialtjänst och dubbeldiagnosgruppen spreds i länet. De regionala diskussionerna som följde resulterade i 18 ansökningar från länet, varav flera handlade om just dubbeldiagnosproblematiken. 14 projekt kom att beviljas medel till ett sammanlagt belopp av nio miljoner kronor.

Sedan år 2000 finns inom landstinget en gemensam missbruks- och beroendeenhet (MOB) lokaliserad till Luleå. MOB-enheten har psykiatrin som huvudman och med primärvården, Luleå och Boden kommuner som medaktörer. En av projektansökningarna som beviljades medel från Nationella psykiatrisamordningen handlade om att se över och vidareutveckla MOB-enhetens verksamhet. Detta projekt hade startats innan SKL:s metodutvecklingsarbete med case management aktualiserades.

När SKL:s inbjudan gick ut sågs det som en möjlighet till vidareutveckling av det inledda arbetet kring MOB-enheten, som en andra fas i utvecklingen. Initiativet till att ansöka om deltagande i metodutvecklingsarbetet togs gemensamt av representanter från psykiatrin, primärvården och Kommunförbundet i Norrbotten. Den rikliga information om målgruppen som de olika miltonprojekten medfört banade väg för SKL-projektet. Den första fasens projekt handlade mycket om utbildningsinsatser för personal inom socialtjänst, psykiatri och primärvård. Målet med dessa har varit att öka kunskaperna om människor med psykisk problematik och samtidigt missbruk, samt



kunskaper om metoder för effektivare behandling av målgruppen. Den andra fasen innebar en koncentrerad på en specifik metod, case management enligt ACT. Redan i början av utvecklingsarbetet har regionala samordnare upplevt att tre saker var mycket viktiga:

1. Att förankra utvecklingsarbetet hos alla berörda parter och på alla nivåer.
2. Att så snart som möjligt upprätta ett avtal som reglerar de berörda organisationernas roller och åtaganden i utvecklingsarbetet.
3. Att ha en styrgrupp som ska följa och leda utvecklingsarbetet.

#### *Orter och lägesbild*

SKL:s metodutvecklingsarbete har bedrivits i Boden och Luleå, med andra ord i två av länets totalt fjorton kommuner. Eftersom MOB omfattade kommunerna Luleå och Boden avgränsades SKL:s metodutvecklingsarbete till psykiatrin och dessa två kommuner. En lägesbild presenteras i tabell 1.

**Tabell 1.** Lägesbild Norrbotten november-december 2006

Region/ort	Case manager (CM)	Arb.tid som CM (exkl. utbildningstid)	Klienter i case management	Avtal	Inventering av målgrupp	Primärteam
<b>Luleå/ Boden</b>	Mentalskötare, L	16 tim/v	Ja	Ja	Ja	Ja
	Soc.sekr., BK	Deltid	Ja			
	Psyk.sjuksk., L	Heltid	Ja			
	Arbetsterapeut, L	16 tim/v	Ja			
	Arbetsterapeut, LK	Heltid	Ja			
	Rehab.ass. LK	Heltid	Ja			
<b>Summa Norrbotten</b>	3 fr. kommun 3 fr. landsting	3 heltid 3 deltid	Alla CM har klienter 1-3 st/CM	Samverkansöverenskommelse m. Avsiktsförklaring	120 klienter, 38 listade som prioriterade	Hel-täckande team finns

#### *Case manager och påbörjat klientarbete*

Deltagare som går utbildningen i case management är:

- Patrik Sundqvist, mentalskötare, landstinget
- Isa Larsson, psykiatrisjuksköterska, landstinget
- Anette Norling, arbetsterapeut, landstinget
- Maria Eriksson, socialsekreterare, Bodens kommun

- Elisabeth Wikman, arbetsterapeut, Luleå kommun
- Leif Säfström, rehabiliteringsassistent, Luleå kommun.

Deltagandet i utbildningen är lika fördelat mellan landstinget och kommunen, tre från vardera huvudman. Deltagarnas bakgrund uppvisar en spridning på olika yrkesbakgrunder. Tabell 1 visar att man i olika utsträckning kommit igång med case managementarbete, antalet klienter handlar om 1-3 personer/case manager. Sammanställningen visar också att alla case managers inte är helt frikopplade för CM-uppgiften. Samlokalisering av CM är under planering, två kommer att dela lokal i Boden, fyra i Luleå.

#### *Avtal*

En överenskommelse har ingåtts mellan Luleå kommun, Bodens kommun, vuxenpsykiatrin och primärvården inom landstinget underskrivet av respektive socialchef och divisionschef. Dokumentet heter "Samverkansöverenskommelse: metodutveckling i arbetet med personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk störning och missbruk". Mot bakgrund av organisationernas deltagande i metodutvecklingsarbetet utgör överenskommelsen en gemensam avsiktsförklaring med syftet att "tydliggöra och förstärka behovet av samlade insatser från kommun och landsting för denna målgrupp inom ramen för metodutvecklingen". I dokumentet redovisas grundtankarna i case management enligt ACT, och sammansättningen av specialister som ingår teamet anges. Vidare sägs:

*Gruppen case managers och specialister har ett gemensamt uppdrag att utveckla metoder för samlade insatser till personer med psykisk störning och missbruk. Specialisternas roll är bland annat att fungera som handledare och stöd för de som arbetar som case managers.*

*Såväl psykiatri som primärvård ska för denna patientgrupp ha rutiner för att utse PAL (patientansvarig läkare).*

*Socialtjänsten, psykiatrin och primärvården har ett gemensamt ansvar för patienter med beroende och samtidig psykisk störning. Insatserna ska utgå från ett patient-/klientperspektiv med den enskildes behov i centrum. På individnivå preciseras insatserna genom individuella vårdplaner som ska följas upp kontinuerligt.*

#### *Inventering*

En inventering av målgruppen människor med svår psykisk problematik och samtidigt missbruk har gjorts och samordnats mellan psykiatrin och socialtjänsten på båda orterna. Ca 120 klienter har identifierats, varav 38 kommit att anges som prioriterade. Prioriteringen innebär ett antal fall där man konstaterat att "alla andra former av behandlingsinsatser prövats utan framgång".

### *Primärteam*

Ett gemensamt primärteam finns för båda orter. CM uppger att landstinget kan betraktas som primärteamets värd. I primärteamet ingår:

- utbildningssamordnaren vid landstingets MOB-enhet
- primärvårdens chefsläkare
- överläkare från vuxenpsykiatri
- enhetschefen för Bodens Närpsykiatri
- enhetschefen för Luleås Närpsykiatri
- psykiatrisjuksköterska från Luleå kommun
- socialsekreterare från Luleå kommun
- enhetschefen för Missbruksenheten vid Bodens kommun
- enhetschefen för socialpsykiatri i Boden.

Primärteamet uppvisar en bred sammansättning av kompetenser. Gruppen case managers (CM-gruppen) träffar primärteamet varannan vecka. Primärteamet används som remissinstans och som forum för behandlingskonferenser. Primärteamet har även en handledande funktion till CM-gruppen (se även avsnitt 5.2.2).

### *Mål och visioner*

Målet med metodutvecklingen är att case management ska utvecklas i länets alla kommuner och utgöra standard för behandling av klienter i målgruppen. Målet är också att metoden ska ingå i ordinarie verksamhet fr.o.m. 1 januari 2007. Personal på kommuner och inom landsting ska kunna arbeta tillsammans utan några omorganisationer.

### *Svårigheter och frågor att lösa*

Under en viss tid fanns det oro över att en CM skulle hoppa av på grund av ekonomiska neddragningar i organisationen. Ett avhopp i en liten grupp av CM och specialister upplevs som en stor förlust för metodens utveckling. Tack vare stark förankring hos alla instanser i regionen och efter påtryckningar från dessa beslöt organisationen att fullfölja sitt åtagande. Att metoden är så beroende av ett mindre antal utbildade personer upplevs som en akut fråga som måste lösas. Därför efterfrågas utbildning för fler CM. Det finns också ett starkt intresse för och behov av fortsatt handledning för de utbildade CM, för att befästa och stödja fortsatt kunskaps- och kompetensutveckling. Bristen på specialistkompetens i form av psykiatriker är ett annat orosmoment i metodutvecklingsarbetet. De regionala samordnarna förutser att problemet är ännu större i gleset bebyggda delar av länet. En av de svåraste frågorna att lösa hittills under utvecklingstiden har varit att ersätta en psykiatriöverläkare som

flyttat från regionen. En fråga som måste lösas närmast är att frikoppla CM från sina tidigare tjänster. CM efterfrågar högre lön efter sin utbildning. Andra frågor att lösa är av praktiskt slag: anskaffning av mobiltelefoner, gemensamma lokaler och tillgång till bil.

### 5.1.2 Sjuhärad

#### *Regional samordning*

Regionala samordnare är Lise-Lotte Risö Bergerlind, områdeschef för psykiatri på Södra Älvsborgs sjukhus och Gunilla Bothén, samordnare för sociala frågor och hälsa i Sjuhärads kommunalförbund. Därtill finns en regional styrgrupp för de s.k. miltonprojekten som bedrivs i samarbete mellan landstinget och kommunerna. I styrgruppen ingår företrädare för vuxenpsykiatri, barnpsykiatri, kommunernas socialtjänst och skolverksamhet, primärvården och brukarorganisationer, med Sjuhärads kommunalförbund som sammanställande. Utöver SKL:s metodutvecklingsarbete och flera projekt som inriktas på dubbeldiagnosproblematiken handlar andra projekt om brukarmedverkan, framtagning av kompetensutvecklingsplaner, föräldrautbildning och unga människor med psykisk problematik och deras föräldrar/anhöriga.

#### *Kort historik*

De regionala samordnarna träffades regelbundet i samband med diskussioner kring den Nationella psykiatrisamordningen och ansökningar om medel till olika projekt. Flera projekt relaterade till den Nationella psykiatrisamordningen startades. Några av dem riktades till unga psykiskt handikappade och deras föräldrar, andra anordnades som kompetensutveckling för vårdpersonal. När SKL:s inbjudan till metodutvecklingsarbete med case management anmälades uppfattade samordnarna detta som en möjlighet till fördjupning av det redan inledda regionala utvecklingsarbetet. En ansökan om deltagande skickades in. Efter att regionen valdes som en av tre regioner har alla inblandade organisationer uttryckt beredskap att delta i utvecklingsarbetet. De regionala samordnarna upplever att beslutet om att regionen valdes till projektet kom lite olyckligt eftersom semestertiden redan hade börjat. Det var svårt att hitta rätt personal som skulle delta i och ansvara för metodutvecklingen. Dock hade en snabb start även sina fördelar. En av samordnarna säger:

*Vi hann inte lägga upp alla hinder på bordet utan vi sparkade loss och gav oss ut i det. I efterhand undrar jag om nackdelarna med att det gick så snabbt var mindre än fördelarna. Annars hittar vi hundra problem som aldrig hade dykt upp om vi hade tid att bygga dem.*

#### *Orter och lägesbild*

SKL:s metodutvecklingsarbete har bedrivits i Borås, Alingsås, Vårgårda, Herrljunga, Lerum, Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn. Dessa

kommuner återfinns i ett projekt benämnt "Integrerad Psykiatri Dubbeldiagnoser". Med andra ord fanns redan ett inlett samarbete mellan denna kommunkonstellation, Vuxenpsykiatriska kliniken och Primärvården vid Södra Älvsborgs sjukhus när SKL-projektet aktualiserades. En lägesbild presenteras i tabell 2.

**Tabell 2.** Lägesbild Sjuhärad november-december 2006

Region/ort	Case manager (CM)	Arb.tid som CM (exkl. utbildningstid)	Klienter i case management	Avtal	Inventering av målgrupp	Primärteam
<b>Borås</b>	Sjuksköterska, L	6 tim/v	Ja	Nej	Nej	Ja
	Behandlingsass., L	8 tim/v	Nej			
	Behandlingsass., K	0 tim/v	Nej			
<b>Vårgårda, Herrljunga, Alingsås</b>	Soc.sekr., K	5 tim/v	Ja	Nej	Nej	Nej
	Mentalskötare, L	0 tim/v	Nej	Nej	Nej	Nej
<b>Lerum</b>	Soc.sekr., K	0 tim/v	Ja	Nej	Nej	Nej
<b>Mark</b>	Psyk.sjuksk., L	8 tim/v	Ja	Nej	30 klienter	Ja
<b>Svenljunga, Tranemo, Ulricehamn</b>	Socialesekr., K	Heltid	Ja	Nej	10 klienter 10 klienter 20 klienter	Ja Nej Nej
<b>Summa Sjuhärad</b>	4 fr. kommun 4 fr. landsting	1 heltid 4 deltid 3 ej kommit igång	4 av 8 har klienter 1-5 st/CM	Inga avtal utöver programförklaring inför SKL-projekt	Några inventeringar med oklar status och tillförlitlighet	Team finns på tre orter

#### *Case manager och påbörjat klientarbete*

Deltagare som går utbildningen i case management är:

- Iréne Johansson, socialekreterare, Vårgårda kommun
- Jan Nilsson, socialekreterare, Tranemo kommun
- Fredrik Härshagen, behandlingsassistent, Borås kommun
- Beatrice Larsson, socialekreterare, Lerum kommun
- Per Eng, skötare inom psykiatrin, landstinget
- Per-Yve Lisbo, psykiatrisjuksköterska, landstinget
- Christina Hagberg Carlsson, sjuksköterska, landstinget

- Mariana Ejander, behandlingsassistent, landstinget.

Deltagarna i utbildningen är lika fördelade mellan landstinget och kommunen, fyra från vardera huvudman. Deltagarnas bakgrund uppvisar en spridning på olika yrkesbakgrunder. De åtta deltagarna är fördelade på ett antal kommuner i olika konstellationer. Tabell 2 visar att man knappt har kommit igång med case managementarbete i Sjuhärad, att tid saknas eller är ytterst begränsad för den nya uppgiften, att CM, med ett undantag, inte blivit frikopplade och fått utrymme för case management.

#### *Avtal*

Några avtal som närmare reglerar deltagande organisationers åtaganden gällande case management har inte kommit till stånd som en följd av metodutvecklingsarbetet. I september månad 2006 förbereddes en övergripande handlingsplan i regionen för arbete med målgruppen. Utkastet till handlingsplan har därefter varit på tjänstemannaremiss. I utkastet föreslås en organisation med psykiatriråd i varje kommun med helhetsansvar innefattande inventering av målgruppen, utarbetande av lokala handlingsplaner och stöd till CM och primärteam. I utkastet står bl.a. följande att läsa:

*Varje kommun skall inventera målgruppens behov tillsammans med regionen för att långsiktigt säkerställa behovet av boende och boendeformer, sysselsättning, vård, stöd och uppsökande verksamhet. Anledningen är att det i dagsläget inte finns en sammanhållen bild av hur många individer med samtidigt missbruk och psykiska funktionshinder som finns i kommunerna. Arbetsgrupperna skall ta fram en lokal plan för genomförande av förbättringar av målgruppens livssituation. I detta arbete ingår identifiering inom varje organisation (kommun och region) av specialiserade resurser som skall arbeta med målgruppen. Sammanhållen vårdkedja. Detta kan leda till förändringar inom egen organisation.*

*Det bildas arbetsgrupper i varje kommun med representanter från kommunens socialtjänst, regionens lokala psykiatriska öppenvårdsmottagning, primärvården och representant från brukarorganisationerna för att genomföra ovanstående.*

*Införa ett gemensamt team (ACT-team) i Borås där regionens och kommunens personal arbetar tillsammans under samma tak. Anledningen är det stora antalet individer med samtidig psykisk sjukdom och missbruk (175 st Borås/Bollebygd 051231). I övriga kommuner kan lokala anpassningar ske beroende på behov och lokala förutsättningar.*

*Case managern frigörs från sitt ordinarie arbete vid avslutad utbildning vid årsskiftet 2006–2007 för att börja arbeta i beslutad modell/metod som gjordes vid projektets ansökan.*

*En fortsatt satsning på utbildning av case manager sker så att metoden inte äventyras utan kan spridas och utvecklas. Det är också viktigt att handledningsbehovet tillgodoses.*

Det som närmast liknar ett avtal är en administrativ överenskommelse mellan kommunerna Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn som tillsammans delar på en CM. Denna överenskommelse innebär att Svenljunga och Ulricehamn ersätter Tranemo som i sin tur utbetalar lön till CM.

#### *Inventering av klienter*

Av tabell 2 framgår att inventering av målgruppen saknas på flera håll bland deltagande kommuner. I Mark kommun och i Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn omnämns inventeringar. Det är dock oklart på vilka grunder och med vilken systematik dessa är gjorda, liksom uppgifter om antal klienter i det ovannämnda citatet ur handlingsplanen. De får därför betraktas som uppskattningar mer än systematiskt genomförda inventeringar.

#### *Primärteam*

Av tabell 2 framgår att primärteam endast finns inrättade i Borås, Svenljunga och Mark. Därutöver rapporteras från olika håll att de är under uppbyggnad, bland annat i Tranemo och Ulricehamn. Till primärteamet i Borås finns tre CM knutna. CM och primärteamet träffas en gång i månaden. Primärteamet fungerar som remissinstans, informations- och diskussionsforum för idéer och erbjuder handledning och stöd till CM. I primärteamet ingår:

- överläkare från Beroendeenheten
- chef för Beroendeenheten
- distriktssköterska från primärvården i Borås
- chef inom Borås kommun
- förste socialsekreterare vid Distrikt Vuxen, Borås kommun
- socialsekreterare från Bollebygd kommun.

I trekommunkonstellationen Svenljunga-Tranemo-Ulricehamn som delar på en CM finns primärteam i Svenljunga, vars sammansättning är:

- psykiatrins enhetschef
- sjuksköterska från Psykiatriska öppenvårdsteamet
- socialsekreterare från Individ- och familjeomsorgen
- psykiatrihandläggare från Vård och omsorg.

I Svenljunga finns vissa arbetsrutiner i primärteamet som ser ut enligt följande: Psykiatrin och Socialtjänsten föreslår klienter till primärteamet. Primärteamet beslutar om vilka personer som blir CM-klienter samt diskuterar

andra problem relaterade till utvalda klienter. Primärteamet träffas med 4-6 veckors mellanrum. Vid varje träff bestämmer man tid för nästa träff. CM upplever att kommunen är primärteamets värd (se även avsnitt 5.2.3). Till primärteamet i Mark finns en CM knuten. I primärteamet ingår:

- avdelningschef för Psykiatri
- en missbrukshandläggare vid Marks kommun
- en sjuksköterska från Marks kommun
- en ekonomihandläggare från Marks kommun.

Primärteamet träffas regelbundet varannan vecka. Primärteamet är en remissinstans, vem som helst i teamet kan aktualisera en ny klient. Teamet beslutar därefter vem som erbjuds bli CM-klient. Teamet förmedlar även kontakter till stödpersoner som kan behövas för enskilda klienter (se även avsnitt 5.2.4). Den samlade bilden av tabell 2 innebär att primärteamen ännu inte riktigt kommit i arbete, att erfarenheterna av klientarbete är begränsade och att sammansättning, arbetsformer och rutiner ännu är outvecklade. Av de primärteam som det finns uppgifter kring kan konstateras att ju mindre kommuner, desto mindre primärteam och därmed också begränsningar vad gäller olika specialistfunktioner.

#### *Mål och visioner*

Det långsiktiga målet med deltagandet i metodutvecklingsarbetet är att case management ska bli en del av ordinarie verksamhet i moderorganisationerna, landstingspsykiatri och kommunala socialtjänsten. Den regionala samordningen av ett flertal parallella åtgärder och insatser riktade mot målgruppen ska tjäna som stöd för att uppnå detta. För målgruppen, människor med svår psykisk problematik och samtidigt missbruk, innebär det att inläggningar på klinik, vård och stöd ges inom ramen för den planering som görs av CM och primärteam. I linje med vad forskningen visar kommer då klienters livssituation på sikt att förbättras och därmed behov av vård att minska, vilket i slutändan också kommer att generera ekonomiska besparingar.

#### *Svårigheter och frågor att lösa*

En CM hoppade av projektet på grund av sjukdom. En specialist hoppade av på grund av byte av arbetsgivare. I Sjuhärad upplever de regionala samordnarna att hela metodutvecklingen är beroende av ett mindre antal CM och specialister vilket gör metoden sårbar. För att möta denna problematik kommer regionen under år 2007 att upphandla utbildning för minst fem CM till. Regionala samordnare bedömer att regionen under den närmaste tiden kommer att behöva ca 25-30 CM. Organisationer som hittills inte har haft några CM har uttryckt intresse för denna kompetens.



För att säkra metodens fortlevnad i anslutning till att SKL:s projektid löper ut vid årsskiftet 2006/07 måste några omedelbara frågor bli lösta enligt samordnarna och deltagare i utbildningen: att träffa avtal som reglerar involverade organisationers skyldigheter och åtaganden, att säkra fortsatt utbildning och handledning för befintliga CM och att bilda primärteam på alla orter. Deltagarna som genomgått utbildningen efterfrågar en arbetsbeskrivning för CM-funktionen. De efterfrågar även besked om huruvida de blir frikoppade från sina tidigare tjänster för att kunna arbeta som CM, alternativt besked om hur mycket tid de ska få för arbete som CM. Även högre lön efter genomgången utbildning efterfrågas. De upplever att CM-verksamheten måste ha egen ekonomi för finansiering av olika aktiviteter med klienter. De efterfrågar även starkare förankring och stöd från alla nivåer i berörda organisationer. Även annan personal måste informeras om och utbildas i metoden.

### 5.1.3 Jönköping

#### *Regional samordning*

Samordnare av SKL:s metodutvecklingsarbete är Anders Ivarsson, kontaktperson för psykiatrirådgivning inom landstinget och Karin Westling, samordnare för socialtjänstfrågor i länet. För att förbättra samordningen har efterhand en styrgrupp bildats. I styrgruppen ingår utöver de regionala samordnarna tre verksamhetschefer från psykiatrin representerande landstingets tre sjukvårdsområden (Värnamo, Höglandet, Jönköping) och tre socialchefer. Målet för det fortsatta utvecklingsarbetet är att få till stånd en styrgrupp inom varje sjukvårdsområde.

#### *Kort historik*

I Jönköpings län har ett utvecklingsarbete bedrivits sedan mitten på 1990-talet med inriktning på människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk (se Socialstyrelsen 1999; 2004). Då inleddes med hjälp av statliga stimulansmedel ett treårigt projekt som därefter kommit att permanentas i en verksamhet under beteckningen BOP (Beroende och Psykiatri). Därtill utvecklades ett s.k. DD-nätverk i länet med en särskild styrgrupp. Enligt de centrala projektledarna vid SKL var erfarenheterna från BOP-verksamheten en starkt bidragande faktor till att Jönköpings län kom att ingå som en av de tre utvalda regionerna. Likt övriga regioner har den Nationella psykiatrisamordningen resulterat i regional samverkan kring ett antal lokala projekt med inriktning på samverkan psykiatri-socialtjänst. Vid tidpunkten för metodutvecklingsarbetets start hade kommunerna Tranås, Nässjö, Vetlanda och Gislaved pågående samarbeten kring målgruppen människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk. Även andra projekt relaterade till den Nationella psykiatrisamordningen var i gång i länet, bland annat i Gislaved

och Vaggeryd. För de regionala samordnarna var det angeläget att få med alla tre sjukvårdsområden i SKL:s metodutvecklingsarbete.

#### Orter och lägesbild

Metodutvecklingsarbetet har bedrivits i Gislaved, Värnamo, Vetlanda, Nässjö, Tranås och Jönköping vilket innebär sex av länets tretton kommuner. Samtliga tre sjukvårdsområden inom landstinget har varit involverade. Läkarbrist, stor arbetsbelastning och tidsbrist i samband med SKL-projektets start är förklaringar till att inte flera kommuner har deltagit enligt de regionala samordnarna. Flera mindre kommuner (7 000-10 000 invånare) hade svårt med att organisera sitt deltagande. I mindre kommuner har också antalet klienter i målgruppen bedömts vara relativt litet. En lägesbild presenteras i tabell 3.

**Tabell 3.** Lägesbild Jönköpings län november-december 2006

Region/ort	Case manager (CM)	Arb.tid som CM (exkl. utbildnings-tid)	Klienter i case management	Avtal	Inventering av målgrupp	Primär-team
<b>Gislaved</b>	Behandlingsass., K	20 tim/v	Ja	Nej	Oklart, lär enl. uppgift finnas	Nej
<b>Värnamo</b>	Behandlingsass., K	0 tim/v	Nej	Nej	Nej	Nej
<b>Vetlanda</b>	Behandlingsass., K	30 tim/v	Ja	Nej	45 klienter	Ja
<b>Nässjö</b>	Behandlingsass., K	0 tim/v	Nej	Nej	42 klienter	Ja
	Behandlingsass., K	0 tim/v	Nej			
<b>Tranås</b>	Hemterapeut, K	0 tim/v	Nej	Nej	35 klienter	Nej
<b>Jönköping (BOP)</b>	Socialpedagog, K	Heltid	Ja	BOP del av ord. org.	Nej	Nej, ist. PAL+MY
	Psyk.sjuksk., L	Heltid	Ja			
<b>Summa Jönköping</b>	7 fr. kommun 1 fr. landsting	2 heltid (BOP) 2 deltid 4 ej kommit igång	4 av 8 har klienter 1-3 st/CM 10-15 st/CM vid BOP	Inga avtal	Några lokala inventeringar m. oklar tillförlitlighet + uppskattningar för hela länet finns (700)	Team finns på några håll

#### Case manager och påbörjat klientarbete

Deltagare som går utbildningen i case management är:

- Susanne Gustavsson, behandlingsassistent, Gislaveds kommun
- Kenneth Karlsson, behandlingsassistent, Nässjö kommun

- Jan-Erik Forsén behandlingsassistent, Nässjö kommun
- Siv Andersson, behandlingsassistent, Värnamo kommun
- Sonny Strand, socialpedagog, Jönköpings kommun,
- Jan Carlsson, behandlingsassistent, Vetlanda kommun
- Kristina Zaar, sjuksköterska, landstinget
- Tommy Borg, hemterapeut, Tranås kommun.

Deltagarna i utbildningen till case manager har samtliga kommunal bakgrund, med ett undantag, och har i de flesta fallen en yrkesmässig bakgrund som behandlingsassistenter. Deltagarförteckningen väcker frågor om landstingets engagemang och uppslutning kring SKL:s metodutvecklingsarbete. Därtill visar tabell 3 att man i mycket begränsad omfattning har kommit igång med case management, bland annat saknas såväl tid som avtal och primärteam med något undantag. BOP-verksamheten måste särbehandlas i redovisningen och kan ej jämföras med övriga verksamheter då BOP var igång innan SKL:s metodutvecklingsarbete inleddes.

#### *Avtal*

Av tabell 3 framgår att avtal saknas som reglerar organisationernas åtaganden vad beträffar arbete med case management. Sedan tidigare finns en länsovergripande handlingsplan för arbete med dubbeldiagnospatienter som utarbetats av en s.k. FoU-cirkel: *Handlingsplan för vård, stöd och service till personer med dubbeldiagnoser i Jönköpings län*. Handlingsplanen innehåller förslag på ett antal åtgärder under följande rubriker: organiserad samverkan, samverkan i det direkta behandlingsarbetet, identifiera målgruppen, gemensam fortbildning, uppföljning och rapportering.

#### *Inventering av klienter*

Av det underlag som denna utvärdering har tillgång till framkommer inte att några systematiskt gjorda inventeringar av antalet klienter tillhörande målgruppen har genomförts. De regionala samordnarna uppskattar antalet klienter i länet till cirka 700. I tabell 3 redovisas klientantal för de enskilda kommunerna Nässjö, Vetlanda och Tranås utan att det framgår hur dessa inventeringar gått till. Sammantaget är således inventeringsuppgifterna osäkra.

#### *Primärteam*

På tre orter saknas primärteam. BOP i Jönköping har en egen organisering av verksamheten där man inte talar om primärteam utan istället om en relation till patientansvarig läkare (PAL) och till myndighetsperson (MY) vid socialtjänsten (se avsnitt 5.2.1). Primärteam finns i Nässjö och i Vetlanda. Till primärteamet i Nässjö finns två CM knutna, samtidigt som tabell 3 visar att CM

ännu inte kommit igång med praktiskt case managementarbete. I primärteamet ingår:

- sektionschef för vuxensektionen i Nässjö kommun
- en handläggare på vuxensektionen i Nässjö kommun
- en psykiatrisjuksköterska vid vuxensektionen i Nässjö kommun (anställd av landstinget)
- chefen för psykiatrimottagningen i Nässjö
- chefen för primärvården i Nässjö.

Primärteamets värd är vuxensektionen i Nässjö kommun. Primärteamet träffas ungefär var tredje vecka. Vid tidpunkten för utvärderingen har primärteamet planerat för case management på orten. Tanken är att teamet med sina chefsmandat ska stödja CM enligt ACT-modellens grundtanke. Till primärteam i Vetlanda finns en CM knuten. I primärteamet ingår:

- en överläkare från slutenpsykiatrin vid Höglandssjukhuset i Eksjö
- en socialsekreterare från vuxensektionen (beroendeenheten) i Vetlanda kommun
- en psykiatrihandläggare i Vetlanda kommun
- en distriktssjuksköterska.

Primärteamet träffas en gång i månaden och diskuterar klienter som teamet har fått på remiss. Klienter som väljs ut till CM-klienter besöks av CM på orten, informeras om case management och erbjuds behandling enligt metoden. Klienter som tackar ja till erbjudandet behandlas omedelbart. Arbetet inleds med att en ASI-intervju görs (ASI=Addiction Severity Index).

#### *Mål och visioner*

SKL:s metodutvecklingsarbete uppfattas av samordnarna som en möjlighet att tillvarata erfarenheter från tidigare utvecklingsarbeten i länet och sprida arbetsmetodiken som bl.a. återfinns i BOP över hela länet. Målet med utvecklingsarbetet är att hitta en hållbar metod för arbete med målgruppen som består i länet över tid. För målgruppen, människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk, är målet att färre akutinläggningar ska behöva ske och att klienter ska ha prioriterad väg inom vården för snabb koordinerad vård och behandling. Klienter ska inte falla mellan stolarna. En förutsättning för detta är bland annat att tillnyktringsenheter ska finnas i varje sjukvårdsområde i klienternas närhet.

#### *Svårigheter och frågor att lösa*

Under projekttiden har två deltagare i utbildningen till CM hoppat av, en på grund av sjukdom och en på grund av missnöje med projektet och med ut-

bildningens innehåll. Regionala samordnare uttrycker behov av fler CM. Målet är att skapa en ACT-jour samt att involvera primärvården och landstinget i större utsträckning än vad som hittills varit fallet. Deltagarna i utbildningen efterfrågar frikoppling från sina tidigare tjänster samt möjlighet att arbeta i CM-team, d.v.s. att man som CM tillhör en arbetsgrupp med flera CM. Deltagarna i utbildningen efterfrågar även ekonomiska resurser för att kunna arbeta som CM och för att få tillgång till tillnyktringsenheter, vilket betraktas som en nödvändig förutsättning. För det fortsatta utvecklingsarbetet gäller också att primärteamen måste komma på plats på alla orter. Primärteam måste även ha mandat att besluta vilka klienter ska erbjudas behandling enligt case management.

#### 5.1.4 Några kommentarer till utvecklingen i regionerna

I tabell 4 ges en samlad lägesbild av utvecklingsarbetet i de tre regionerna.

**Tabell 4.** En samlad lägesbild november-december 2006

Region/ort	Case manager (CM)	Arb.tid som CM (exkl. utbildningstid)	Klienter i case management	Avtal	Inventering av målgrupp	Primärteam
<b>Summa Norrbotten</b>	3 fr. kommun 3 fr. landsting	3 heltid 3 deltid	Alla CM har klienter 1-3 st/CM	Samverkansöverenskommelse m. avsiktsförklaring	120 klienter, 38 listade som prioriterade	Hel-täckande team finns
<b>Summa Sjuhärad</b>	4 fr. kommun 4 fr. landsting	1 heltid 4 deltid 3 ej kommit igång	4 av 8 har klienter 1-5 st/CM	Inga avtal utöver programförklaring inför SKL-projekt	Några inventeringar med oklar status och tillförlitlighet	Team finns på tre orter
<b>Summa Jönköping</b>	7 fr. kommun 1 fr. landsting	2 heltid (BOP) 2 deltid 4 ej kommit igång	4 av 8 har klienter 1-3 st/CM 10-15 st/CM vid BOP	Inga avtal	Några lokala inventeringar m. oklar tillförlitlighet + uppskattningar för hela länet finns (700)	Team finns på några håll

Vad visar tabell 4 och den föregående redovisningen av utvecklingen i de tre regionerna? För det första kan konstateras att metodutvecklingsarbetet är ett komplext projekt som involverar många aktörer. Ett antal lokala förhållanden, som inte har kunnat ges full rättvisa i den föregående summariska redovisningen, har spelat in och påverkat utvecklingsförloppet. Med implemente-

ringen har ett antal nya frågor väckts. Med tanke på projektets komplexitet är en mer övergripande fråga vad som är rimligt att förvänta sig ett drygt år efter projektstarten när det gäller etablering av ett nytt arbetssätt, case management enligt ACT. Med tanke på allt runtomkringarbete som krävs för att case management ska ges förutsättningar att kunna tillämpas är ett år inte någon lång tidsperiod.

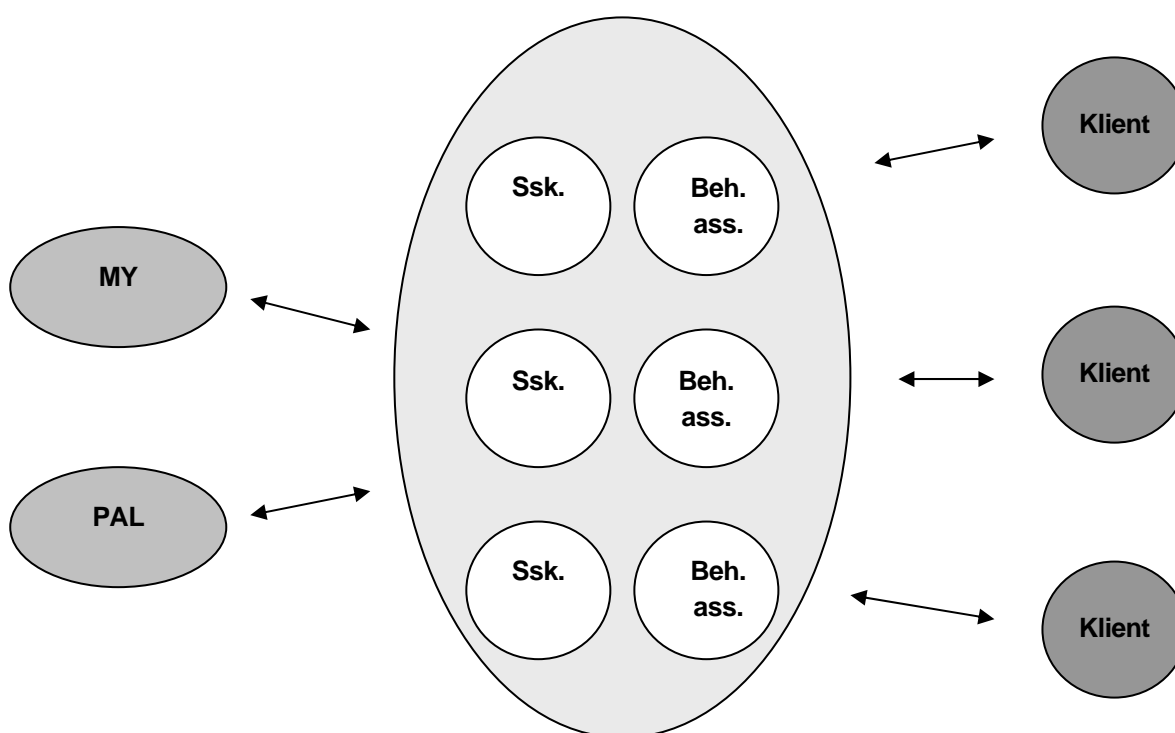
För det andra kan konstateras att utvecklingen har kommit olika långt i regionerna. När det gäller resultat i betydelsen tillämpning av det nya arbetssättet case management framstår Norrbotten som den region där utvecklingen har kommit längst. Samtliga deltagare i utbildningen har kommit igång med klientarbete, om än i begränsad omfattning och några CM arbetar endast på deltid. Ett avtal i form av en överenskommelse mellan moderorganisationerna har kommit till stånd, primärteam har inrättats och en samordnad inventering av målgruppen har gjorts som även har resulterat i en prioriterad grupp klienter. Utvecklingen i Sjuhärad och Jönköpings län ger en mer splittrad bild. Sammanställningen i tabell 4 indikerar att flera grundläggande frågor återstår att lösa på sina håll för att det nya arbetssättet ska kunna tillämpas: avtalsfrågan, primärteam, inventering och CM:s frikoppling från andra uppgifter. För Jönköpings län tillkommer ett frågetecken för landstingets engagemang i metodutvecklingsarbetet. Om den redan etablerade BOP-verksamheten undantas har SKL-projektet inte resulterat i någon deltagare från landstinget i utbildningen till CM. I både Sjuhärad och Jönköpings län deltar ett antal kommuner av mindre storlek. Den splittrade bilden i länen aktualiserar frågor kring den mindre kommunens förutsättningar att organisera arbete enligt case management med allt vad det innebär, bland annat när det gäller primärteamens sammansättning och tillgång till specialistkompetens. Deltagandet från flera mindre kommuner innebär samtidigt ökade krav på den regionala samordningen. Därvidlag kan sägas att Norrbotten har kunnat koncentrera sina insatser och samordningen till två näraliggande kommuner och landstinget vilket sannolikt har främjat en gynnsam process.

## 5.2 Vilka modeller kan skönjas?

Frågan om vilka modeller av case management som har utvecklats är tidigt väckt med tanke på att metodutvecklingsarbetet inte har kommit så långt och de arbetsformer som går att urskilja är relativt oprövade, med ett undantag, BOP i Jönköping. I det följande redovisas fyra olika modeller i den ordning som de har kunnat urskiljas vad gäller tydlighet. BOP redovisas först. BOP är som sagt inte ett resultat av SKL:s metodutvecklingsarbete men är högst relevant att redovisa i sammanhanget. Därefter får Boden-Luleå, Svenljunga-Tranemo-Ulricehamn och Mark tjäna som exempel på modeller som bygger på olika kombinationer av stora-små kommuner, en-flerkommunsamarbete med psykiatri och en-flera CM.

*BOP* i Jönköping utgör exempel på hur en större kommun organiserar samverkan med psykiatrin där flera personer (6) med funktioner snarlika CM bildar ett arbetslag med dubbel kompetens, psykiatrisk och social. Nässjö, Borås och Vårgårda utgör också exempel på enskilda kommuner som har 2-3 CM knutna till ett primärteam. *Luleå-Boden-modellen* utgör ett exempel på tvåkommunsamarbete med psykiatrin där man delar på flera CM (6) som bildar ett arbetslag som delar ett gemensamt primärteam. *Mark-modellen* utgör ett exempel på en mindre kommun med ett primärteam till vilket en CM är knuten. Motsvarande uppläggning finns/är tänkt i kommunerna Tranås, Vetlanda, Värnamo, Gislaved och Lerum. *Svenljunga-Tranemo-Ulricehamnmodellen* utgör ett exempel på ett flerkommunsamarbete med psykiatrin där tre mindre kommuner med var sitt primärteam delar på en "ambulerande" CM. I kommunkonstellationen Alingsås-Vårgårda-Herrljunga kan en delvis liknande konstruktion skönjas.

### 5.2.1 Exemplet BOP-modellen



Förkortningar:

BOP = Beroende och Psykiatri

MY = Myndighetssektionen, socialtjänstens individ- och familjeomsorg

PAL = Patientansvarig läkare inom psykiatrin

Ssk/Beh.ass. = sjuksköterska/behandlingsassistent (i BOP-verksamheten används inte beteckningen case manager/CM)

**Figur 5.** BOP-modellen i Jönköping.

BOP-modellen i Jönköping, som illustreras i figur 5, är ett exempel på hur man i en större kommun organiserar samverkan mellan psykiatrin och socialtjänsten. BOP är framväxet ur Socialstyrelsens försöksverksamhet på 1990-talet. I slutrapporten från nämnda försöksverksamhet benämns modellen "planeringsteam där behandling sker inom det ordinarie basutbudet" (Socialstyrelsen, 1999). Två personer från BOP:s personalgrupp (totalt 6 personer) har deltagit i utbildningen i case management.

#### *Organisation*

BOP är jämställd med övrig kommunal och landstingskommunal verksamhet och finansieras över huvudmännens ordinarie budget. BOP utgör således inget projekt. Varje part står för sina medarbetares lönekostnader och verksamhetskostnaderna delas lika. BOP-verksamheten har ett "dubbelt huvudmannaskap" i form av psykiatrin och socialtjänsten med en styrgrupp bestående av chef samt biträdande chef för psykiatriska kliniken respektive kommunens missbrukarvård samt BOP:s verksamhetschef, tillika sjuksköterska i verksamheten. Halva personalstyrkan, tre psykiatrisjuksköterskor, är anställda av landstinget och andra halvan, tre behandlingsassistenter är anställda av socialtjänsten. Personalen benämns sjuksköterska/behandlingsassistent alternativt kontaktperson (alltså inte case manager), men säger sig i stort arbete efter case managementprinciper. BOP-personalen har passerkort och tillgång till båda huvudorganisationerna fullt ut inklusive datasystem. Det finns inget primärteam. Till varje klient finns en patientansvarig läkare (PAL) från psykiatrin och en myndighetsperson (MY) från socialtjänsten som BOP har direktkontakt med. Dessa två motsvarar närmast primärteamets funktion och beslutar om avgiftning, inläggning på klinik m.m. (PAL) och om försörjning, boende m.m. (MY). Verksamheten är mottagningsbaserad och en stor lokal i centrala Jönköping utgör basen ("det ska vara lätt för klienten att ta sig hit"). Mottagningen kompletteras med viss uppsökande verksamhet.

#### *Arbetsrutiner*

Inskrivning av klient i BOP baseras på frivillighet och sker stegvis enligt följande:

1. Remiss från exempelvis myndighetssektionen, frivården, psykiatrisk avdelning.
2. Träff mellan BOP-personal, klient och remisskrivande myndighetsperson.
3. BOP-personal genomför dudit eller audit (instrument för mätning av drogbruk). En samlad bedömning görs därpå och ev. rekommendation till inskrivning vid BOP.



4. PAL, psykiatriker med patientansvar för BOP:s klienter gör diagnostisering (ICD 10 och DSM 4) och tar ställning till om klienten ska inskrivas. Inskrivning i BOP förutsätter en diagnos som är korrekt. Ingen diagnos = ingen inskrivning.
5. Vid inskrivning samtycker klienten till upphävd sekretess mellan myndigheter.
6. Varje klient tilldelas två kontaktpersoner, en sjuksköterska och en behandlingsassistent, som genom sin gemensamma kompetens kan ge behandling och socialt stöd samtidigt.
7. Rehabiliteringsprocessen tar cirka 3-5 år per klient och är upplagd enligt Mueser och Drakes stegvisa behandling i 8 faser.

#### *Övrigt*

Samtliga BOP-klienter är listade på psykiatriska akutmottagningen. BOP arbetar på kontorstid. Kvällar och helger täcker akutmottagningen upp som "härbärgerar" problemet till dess BOP är i tjänst. Det samlade klientantalet uppgår till 41 personer, vilket innebär 6-7 klienter/kontaktperson eller 13-14/två kontaktpersoner.

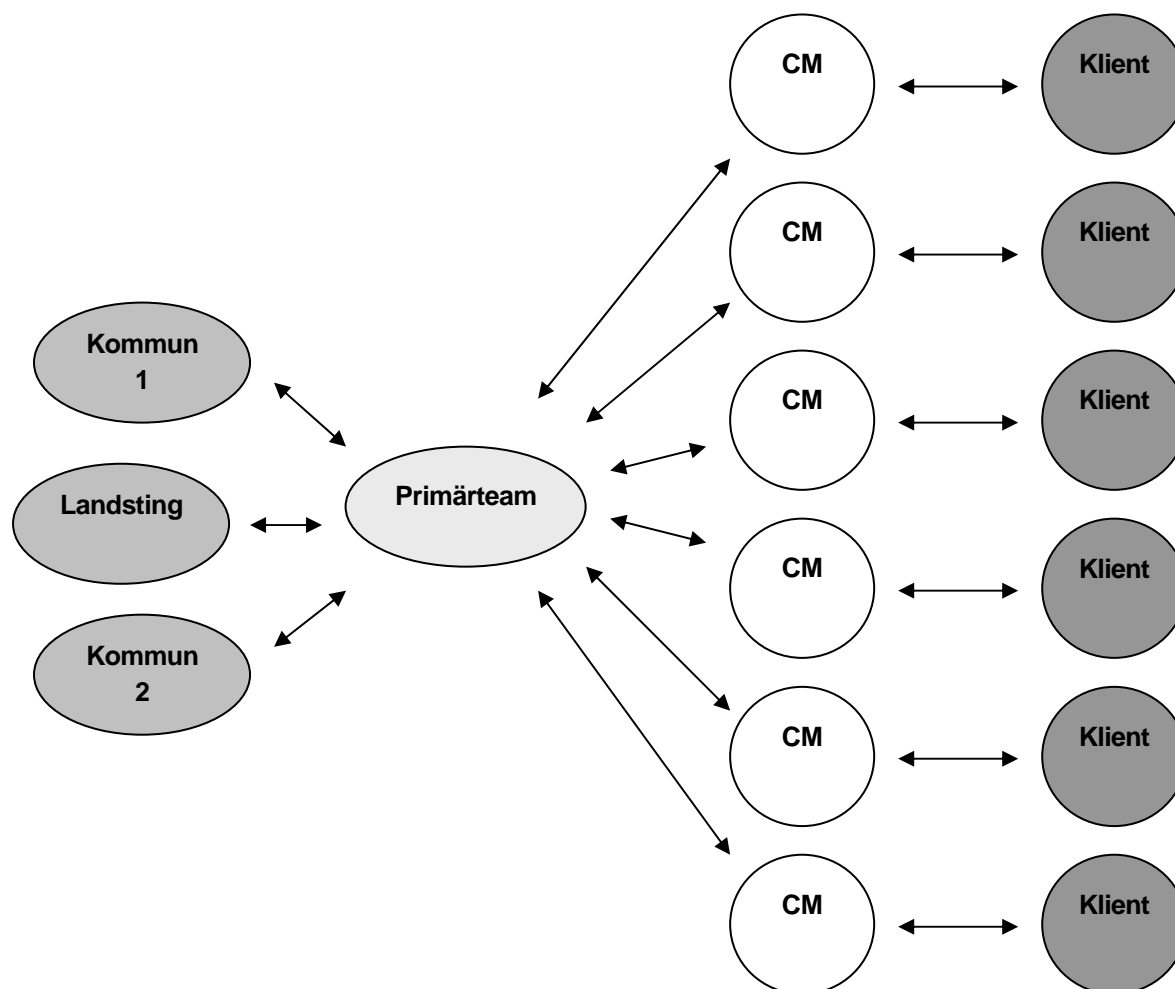
#### 5.2.2 Exemplet Boden-Luleåmodellen

Modellen i Boden och Luleå som illustreras i figur 6 motsvaras av att två kommuner samarbetar med psykiatrin genom ett gemensamt primärteam och till vilket flera CM är knutna (i Boden-Luleå totalt sex CM) som tillsammans utgör en arbetsgrupp. Genom samarbetet tillskapas en sammanhållen miljö med motsvarande storlek som BOP, dock fysiskt uppdelad på två orter.

#### *Organisation*

En samverkansöverenskommelse – en gemensam avsiktsförklaring har undertecknats av socialcheferna i Luleå och Boden, chefen för Vuxenpsykiatrin och chefen för Primärvården. Ett gemensamt multidisciplinärt primärteam har inrättats bestående av: överläkare vuxenpsykiatrin, chefsläkare primärvård, psykiatrisjuksköterska, enhetschef socialförvaltningens missbruksenhet, socialsekreterare, enhetschefer från närpsykiatrin i Luleå och Boden, socialpsykiatrin i Boden samt utbildningsadministratör inom vuxenpsykiatrin. Utöver primärteamet finns en särskild "aktualiseringsgrupp" med uppgift att utgöra "dörröppnare" för CM-gruppen för att underlätta arbetet. Sex CM ingår i modellen, tre med kommunal bakgrund (arbetsterapeut, socialsekreterare, fritidspedagog) och tre med psykiatribakgrund (arbetsterapeut, skötare, sjuksköterska). Två CM finns i Boden och fyra i Luleå i egna friliggande lokaler (under inflyttning). Organisatoriskt/administrativt hör varje enskild CM

till sin respektive moderorganisation, vilket betyder att man lyder under olika chefsstrukturer.



**Figur 6.** Boden-Luleåmodellen.

#### Arbetsrutiner

Klienter aktualiseras genom primärteamets moderorganisationer. CM och primärteamet träffas regelbundet för att ta ställning till om CM ska kopplas in.

1. Om klienten ej ska erhålla CM: Ett alternativt åtgärdsförslag diskuteras fram och meddelas den som aktualiserat klienten.
2. Vid beslut om CM: En första kontakt tas mellan ursprunglig anmälare och utsedd CM utan klientnärvaro.
3. Därpå etableras kontakt mellan CM och klient.
4. Ett inledande omvårdnadsmöte följer med klientens professionella nätverk (klienten deltar ej) där en handlingsplan upprättas ("det kan finnas

meningsskiljaktigheter mellan olika organisationer om vem som ska göra vad, detta är något klienten inte behöver se och höra”).

5. Ett nätverksmöte följer därpå där klienten deltar och en individuell vårdplan utarbetas.
6. För varje klient görs en ”katastrofplan”. Klienten ska veta vart han/hon ska vända sig alla tider på dygnet.

#### *Övrigt*

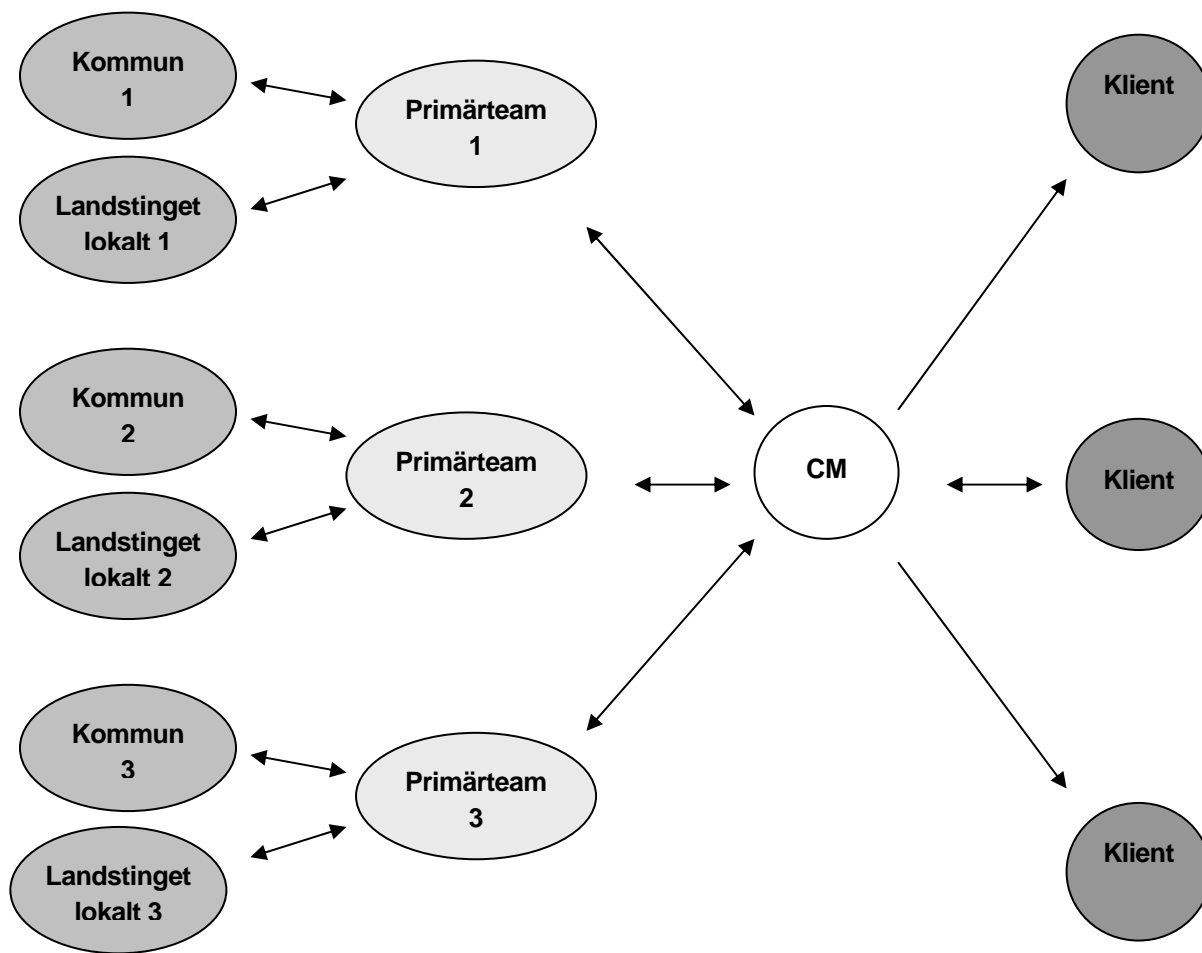
Till arbetsmodellen i Boden-Luleå kommer en genomförd inventering av klienter samordnad av psykiatrin, primärvården och kommunerna. 120 klienter har identifierats tillhöra målgruppen varav 38 är ”prioriterade”. För att ingå i den prioriterade gruppen krävs utöver samtidigt missbruk och psykisk störning att ”alla andra former av behandlingsinsatser har prövats utan framgång”.

#### 5.2.3 Exemplet Svenljunga-Tranemo-Ulricehamnmodellen

Modellen i figur 7 innebär att flera mindre kommuner i samarbete med landstinget inrättar var sitt primärteam och att man har en gemensam CM. Detta är tanken i Svenljunga-Tranemo-Ulricehamn, där modellen dock inte är fullt utbyggd med primärteam (finns endast i Svenljunga, övriga under uppbyggnad). Dock har CM funnits på plats heltid sedan mars 2006.

#### *Organisation*

Ett administrativt avtal mellan de tre kommunerna reglerar ekonomiska mellanhavanden och löneadministration för CM. Primärteamet har två uppgifter: Att utse klienter som CM ska arbeta med och att vara ett stöd och hjälp att lösa övergripande organisatoriska och strukturella problem så att CM:s arbete underlättas. Primärteamets sammansättning i den lilla kommunen (t.ex. Svenljunga) är begränsad till fyra personer: psykiatrins enhetschef, sjuksköterska från psykiatriska öppenvårdsteamet, socialsekreterare från Individ- och familjeomsorgen, psykiatrihandläggare från Vård och omsorg. CM har en ambulerande situation: ”Jag har ett fast kontor på psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Svenljunga, lånar rum när jag är i Tranemo på socialtjänsten och tanken är att jag ska dela rum i Ulricehamn.”



**Figur 7.** Svenljunga-Tranemo-Ulricehamnmodellen.

#### Arbetsrutiner

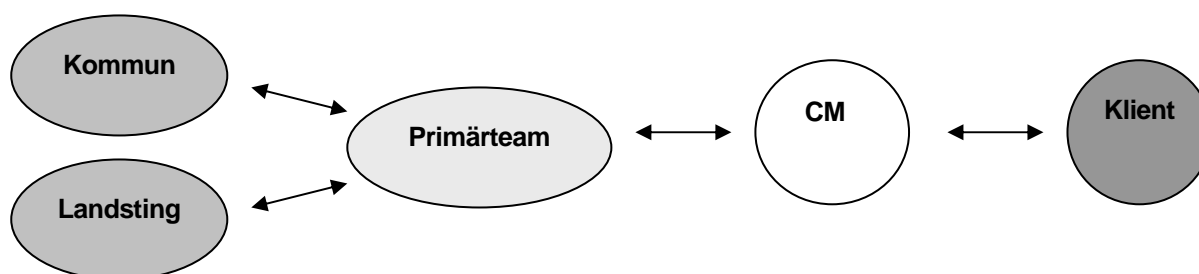
De beskrivna arbetsrutinerna är delvis tillämpade i Svenljunga, men är i stor utsträckning tänkta. Primärteamet träffas en gång var fjärde till sjätte vecka.

1. Förslag till klienter kommer från moderorganisationerna. Primärteamet utser klienter vilka föreslås erhålla CM.
2. Ett särskilt framtaget instrument i form av "checklista: uppdrag för Case manager" går igenom för slutligt ställningstagande. Om klienten ej bedöms tillhöra målgruppen anges vilka andra åtgärder som behöver göras.
3. En första träff med klienten genomförs tillsammans med den person som ursprungligen föreslagit/remitterat klienten till CM.
4. CM träffar därefter klienten, en relation byggs upp och överenskommelse med handlingsplan ingås.

5. CM organiserar särskilt sammansatta team runt varje klient där behandlingsansvariga ingår, vilket vanligtvis motsvarar andra personer än primärteamets medlemmar.
6. I det fortsatta arbetet behåller CM rollen som "en-stopps-person", vilket betyder: "Om nån får problem och inte kommer någonstans, eller inte får svar, eller inte får den hjälp dom behöver, då är det jag som ska ta tag i det. Så att inte alla börjar ringa runt till alla och rota i allting."

#### 5.2.4 Exemplet Mark-modellen

Modellen som illustreras i figur 8 motsvarar en mindre kommun som tillsammans med landstinget har ett primärteam till vilket en CM finns knuten. Modellen motsvaras bland annat av situationen i Marks kommun.



**Figur 8.** Markmodellen.

#### Organisation

Ett muntligt avtal mellan moderorganisationerna (Vuxenpsykiatri i Västra Götalandsregionen och Socialtjänsten i Marks kommun) reglerar CM:s arbete. Primärteam finns, som består av psykiatriker, missbrukshandläggare, sjuksköterska och ekonomihandläggare.

#### Arbetsrutiner

1. Primärteamet träffas var 14:e dag, lokalmässigt vid psykiatriska öppenvårdsmottagningen.
2. Primärteamet är remissinstans, vem som helst kan aktualisera klient. Primärteamet beslutar vilka som erhåller CM.
3. Primärteamet förmedlar även kontakter till ev. stödpersoner som kan behövas för enskilda klienter.
4. CM i Mark jobbar 8 timmar/vecka med klientarbete och delar således funktionen med andra uppgifter som psykiatrisjuksköterska.

### 5.2.5 Några kommentarer till de presenterade exemplen

De fyra modellerna illustrerar på ett tydligt sätt att villkoren och förutsättningarna skiljer sig åt mellan de olika organisationerna, något som case management måste anpassa sig till. Iögonenfallande är att villkoren skiljer sig på ett avgörande sätt mellan små och stora kommuner. En närmare analys av vilka modeller som utvecklas och består i metodutvecklingsarbetet får anstå till slutrapporten våren 2008. De ovan presenterade modellerna bedöms vara alltför "jungfruliga", med undantag av BOP.

## 5.3 Case manager – en ny roll i vardande

I det följande redovisas metodutvecklingsarbetet ur deltagarnas perspektiv: de personer som genomgått utbildningen i case management, med andra ord blivande case manager (CM).

### 5.3.1 Erfarenheter av implementeringsarbetet

#### *Kort betänketid*

Nästan alla deltagare rapporterar om att de har haft en dags betänketid när de tillfrågades om de var intresserade av att påbörja utbildningen. Majoriteten visste inte mycket om metoden, ofta ingenting alls. De flesta har tillfrågats av sina närmaste chefer om de var intresserade av utbildningen. De informeras om att det handlar om "en kurs i integrerad psykiatri" med föreställningen att det handlade om en kortare kurs som skulle ge användbara kunskaper i det ordinarie arbetet. Med andra ord var man inte införstådd med att kursen skulle leda till en ny roll och ett byte av arbetsuppgifter.

*Jag blev tillfrågad av min chef om jag vill jobba med det här och det gick mycket hastigt. Jag hade kort tid på mig att svara. Ja eller nej. Jag visste inte vad jag gav mig in på. Jag visste att det handlar om samverkan med socialtjänst och kommun. Jag sa ja till en utbildning.*

En deltagare sökte på egen hand kunskap om case management efter att ha blivit tillfrågad av sin chef om deltagande i utbildningen.

*Min chef frågade om jag ville gå en utbildning. Han trodde det här skulle passa mig. Han sa bara att det var case management-utbildning. Jag hade inte hört det ordet. På natten tittade jag på nätet vad som fanns om case management. Dan därpå sa jag att jag var intresserad.*

En annan deltagare hade en annorlunda upplevelse av sin start i projektet. Han åkte till en informationsträff om metoden istället för sin chef. På informationsträffen fick han höra om case management. Ett intresse väcktes att vilja arbeta enligt metoden.

*Jag åkte dit istället. När jag kom hem sa jag: "Så här vill jag jobba!" Jag jobbade med dem ändå men fick inte till någon samverkan. Då sa chefen: "Bra! Då kör vi!"*

Trots den hastiga och oförberedda starten är det inga deltagare som i efterhand ångrar att de påbörjat utbildningen i case management. Flera uttrycker att man är glad över att man tackade ja, med ett undantag. En person valde att strax efter utbildningsstarten hoppa av då han upplevde att arbetsmetoden inte var något för honom. För övriga har utbildningen till CM varit givande. Ett par deltagare sammanfattar sin upplevelse på följande sätt:

*Vi fick papper att läsa och en dag på oss att svara. Jag fick inte veta mycket om metoden förutom att det handlar om integrerad psykiatri och uppsökande verksamhet. Jag visste inte vad jag gav mig in på men jag ångrar det inte.*

*Utbildningen som case manager enligt ACT-metoden har varit mycket givande och jag är glad att jag tackade ja till deltagandet.*

*Stort informationsansvar har fallit på de blivande CM*

Med utbildningen har följt ett stort informationsansvar. Deltagarna rapporterar att de själva har fått sprida information på hemmaplan, bryta terräng och vara metodens förespråkare i de egna organisationerna. I vissa fall har detta arbete liknat opinionskampanjer.

*När vi presenterar oss inför andra myndigheter, då drar vi hela raddan med Nationella psykiatrisamordningen och Tiopunktsprogrammet och allt elände med dubbeldiagnospatienter och de hemska vansinnesdåden och att vi valdes som en av tre regioner och ska därför känna oss utvalda och varför det är så viktigt att vi lär oss om varandras organisationer och utveckla samverkansformer och allt.*

Deltagarna har fått sprida information både om sin kommande roll som CM och om själva metoden. Flera upplever att man har fått dra ett tungt lass och ändå inte nått fram till en bra förankring i organisationerna och bland politiker. Man har saknat en implementeringsansvarig person som har ett övergripande ansvar för informationsspridningen.

*Det saknas information, ingen känner till oss. Det saknas en implementeringsansvarig i vår region. Ingen vet vad vi är för något. Vi måste informera själva om allting.*

Enskilda deltagare har på egen hand utarbetat skriftligt informationsmaterial riktat till organisationer och till klienter. Materialet har granskats av utbildningsledarna och sedan använts i arbetet. Uppfattningar om vem som ska informera går dock isär. Värdet av att CM själva informerar betraktas som helt naturligt på några håll.

*Det är vi som ska sprida information. Det här är nytt och vi ska fungera som ambassadörer. Det är vi som har fått utbildningen och har sakkunskaperna och det är vi som ska arbeta i det och då måste vi ta på oss ansvaret för att folk ska veta vad vi håller på med.*

I Norrbotten tycks man vara relativt tillfreds med den ansvarsfördelning som utvecklats mellan CM och den regionala projektledningen. Deltagarna, de blivande CM, upplever att det är deras uppgift att sprida information om metoden. Projektledningens uppgift är att underlätta informationsspridningen genom att se till att CM blir inbjudna till viktiga möten, konferenser och motsvarande. På projektledningen faller också att se till att CM blir frikopplade från sina tidigare tjänster för att kunna arbeta heltid som CM, och att CM får de arbetsredskap som behövs: gemensamma lokaler, bil, mobiltelefoner och annat.

#### *Miltonprojektens betydelse*

Den omfattande projektverksamheten med stöd från Nationella psykiatrisamordningen upplevs som en viktig framgångsfaktor i spridning av information. Många av dessa projekt handlar om just dubbeldiagnoser och har inneburit informations- och utbildningsinsatser för personal inom både kommuner och landsting. Ett antal projekt kring målgruppen har anordnats i de tre regionerna. Några CM upplever dessa projekt som viktiga banbrytare i utvecklingsarbetet.

*Det pågår en massa miltonprojekt. De har redan trampat stigarna åt oss. De har talat till psyk, kommuner, frivilliga organisationer och alla andra. Vi är inte okända här. Många inom vår egen organisation visar intresse för oss. De kommer och frågar. Många frågar hur man kan remittera patienter till oss. Intresset är stort.*

*Dubbeldiagnosprojekt har gjort ett jättejobb. De har jobbat hårt för att sprida kunskap om att den här målgruppen behöver ett speciellt stöd. I princip räcker det nu att vi säger att vi arbetar med dubbeldiagnospatienter och då vet alla vad det handlar om.*

Alla CM delar dock inte denna erfarenhet. Några upplever att rätt information ännu inte har nått fram och att en informationskampanj fortfarande behövs.

#### *Ovisshet, oklarheter och uteblivet stöd från ledningar*

Deltagarna upplever att utvecklingsarbetet har präglats av ovisshet. Det är på flera håll oklart om case management kommer att ingå i ordinarie verksamhet efter projekttidens slut. Det är oklart om CM ska kunna frigöras för arbete på heltid. Några röster får illustrera denna ovisshet:



*Metoden har inte satt sig än enligt ACT. Det här hänger över oss: hur ska det bli för oss? Jag är inte säker på att jag ska få jobba som CM till 100 %. Jag är inte säker på att min arbetsgivare går med på det. Min chef jobbar på att jag ska vara kvar i mitt gamla arbete åtminstone 50 %.*

*Min chef förstår att det inte är aktuellt att jobba som deltids CM (...) Där är vi inte idag. Vi har inte rätt beslut för det än. Beslut finns inte utan det är löst någonstans i ledet. Någon ska ta i CM-bollen. Jag vet inte när det kommer. Rimligtvis snarast möjligt men jag har svårt att ha grepp om var beslut finns. Nu pratar vi om nedskärningar här. (...) Vi slängdes in i något som inte var färdigt. Vi utbildas till vävare men det finns inga vävstolar byggda.*

På sina håll upplever CM att hela utvecklingsarbetet ligger på dem och deras ansvar. De upplever att utvecklingsarbetet inte är så bra förankrat i organisationerna. De upplever också att de involverade organisationerna inte stödjer utvecklingsarbetet. På några håll uttrycker CM stor trötthet och att man mött motstånd från omgivningen.

*Förankring saknas hos chefer och arbetsledningen. Svårigheter med psykiatri, svårigheter med primärvård, svårigheter att skapa primärteam. Vi saknar arbetsbeskrivning, det här är mycket tungt för oss. Vi är helt utslitna på det här.*

*Under utbildningens gång har vi stött och blött det mesta t.ex. att de organisationer man ingår i ej hade till fullo förstått vad det var man skickade sina medarbetare på. (...) Andra bekymmer har varit att skapa lokala primärteam vilket ännu saknas i den kommun jag arbetar. Här möter man ett stort motstånd från både psykiatrin och primärvården som tyvärr inte visar någon större vilja att delta i detta.*

Ovisshet och svagt stöd från organisationer är en återkommande upplevelse. Det finns också exempel på positiva upplevelser, tydligast uttalat i Norrbotten där deltagarna har upplevt ett bra stöd. En CM säger:

*Men vi har fullt stöd från högre ort. Vi har bra gehör i styrgruppen och i primärteamet.*

Deltagarna kopplar ovissheten och oklarheterna till bland annat frånvaron av skriftliga avtal som reglerar samverkansformerna och de involverade organisationernas åtaganden. Tydliga avtal och överenskommelser är en viktig förutsättning för metodens implementering framhåller man. I Sjuhärad kastar man avundsjuka blickar mot Norrbotten.

*En annan viktig faktor är att Sjuhärad saknar ett gemensamt avtal mellan kommuner och landsting kring hur man ska samverka och vilket ansvar man har. Detta har man i Luleå och Boden vilket jag menar är en*

*stor fördel. Vi ser det bara i hur olika man ser på sina medarbetare och vilket utrymme man ger dem att jobba som case manager i Sjuhärad. Det varierar kraftigt.*

*I nuläget är det viktigaste att det finns färdiga samverkansavtal så att vi kan obehindrat röra oss oavsett vilken organisation vi tillhör. Och att alla vet vem jag är och vad jag gör.*

*Svårigheter att bli frikopplad*

Några CM rapporterar om svårigheter att arbeta enligt metoden på grund av att man inte har blivit frikopplad från tidigare uppgifter. Detta gör att man begränsar sig till ett fåtal klienter. Dessutom ökar upplevelsen av stor arbetsbelastning, stress, irritation och splittring. På grund av gamla roller och arbetsuppgifter som ligger kvar blir det svårt att hitta tid för klienter och CM-arbete. Ännu svårare är det att bedriva uppsökande verksamhet, att samordna behandling och få till stånd samarbete med andra organisationer. Några röster får illustrera problematiken som följer av att inte ha blivit frikopplad för CM-uppgiften:

*Det är svårt att få det förankrat här och att få det att fungera. Vi känner ett motstånd. Vi känner att vi inte har möjlighet att arbeta så här för att vi är ju kvar i våra gamla roller på avdelningen. (...) Man är ju läst flera timmar och kan inte ta sig därifrån och när man ska boka tid då är det svårt att hitta tid. Så är det tre till fyra dagar i veckan.*

*Det finns en flicka i vår stad som far mycket illa och verkligen behöver en case manager. Hon aktualiserades i primärteamet från socialtjänstens sida men min chef sa: "Nä, nä, nä! Ni har inte tid med det här. Det går inte."*

*Vi siktar mot att arbeta strikt enligt ACT-modellen. Men just nu flyter allt ihop. Jag jobbar varken som CM eller som socialsekreterare. Jag jobbar fortfarande med körkortsyttringar, uppföljningar av öppenvårdsinsatser, behandlingsheminsatser, LVM-placeringar.*

*Nu medan jag fortfarande är kvar på enheten arbetar jag ibland som renodlad sjuksköterska. Plötsligt ska jag ut och casa. Jag känner mig så splittrad.*

*Utbildning och handledning har varit betydelsefull*

Deltagarna ser utbildningen som en av de viktigaste delarna i utvecklingsarbetet. Utbildningen betraktas av samtliga som en viktig framgångsfaktor i metodutvecklingsarbetet. Den utgör källan som försörjer metodimplementeringen med kunniga CM, det vill säga utbildad arbetskraft. Utöver detta har utbildningen varit betydelsefull på andra sätt. Utbildningen har erbjudit CM en yrkesgemenskap som har efterfrågats av alla deltagare. Att träffa andra som befinner sig i en liknande situation och möter samma slags svårigheter

som en själv är viktigt som ett led i att utveckla den nya CM-rollen. Genom utbildningen har deltagarna fått hjälp med frågor om den egna positionen i organisationen. Man har fått nya idéer för framtida arbete och handledning i arbetet med svåra klienter. Några kritiska röster framförs rörande utbildningen. Dessa handlar om att för mycket tid i utbildningen har gått till frågor av praktisk-organisatorisk karaktär. För lite tid har ägnats åt målgruppen, människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk, och åt case management som teori och metod.

De regionala samordnarna och deltagarna i CM-utbildningen efterfrågar fortsatt handledning efter projektidens slut. Handledning betraktas också som en framgångsfaktor i metodutvecklingsarbetet. Handledning behövs inte bara som del i utbildningen utan som permanent stöd i den fortsatta utvecklingen av case management och rollen som CM.

### 5.3.2 Rollen som case manager

*Svensk benämning på en mångsidig roll?*

Någon svensk översättning av case manager finns inte, men alternativa benämningar som deltagarna omnämner är: vårdledare, samordnare, behandlingssamordnare samt uppsökande behandlingssamordnare. Enligt uppgift används begreppet behandlingssamordnare redan inom vissa verksamheter som synonym till case manager. CM definieras av deltagarna som en kontaktperson som hjälper klienter att få samordnad och samtidig vård och stöd. CM har huvudansvaret för behandlingsprocessen. CM:s uppgift är att förklara för alla involverade parter vad deras specifika ansvar och roll i behandlingen är. CM definieras även som patientens advokat.

*Till myndigheter säger jag att (...) min klient inte ska behöva springa till det ena stället och ha en behandlingsplan där och sedan till det andra stället och ha en annan behandlingsplan där. Jag försöker samla alla viktiga personer kring den här klienten och skapa ett nätverk.*

Uppsökande verksamhet kännetecknar CM-rollen. Några respondenter upplever detta som rollens nyckelfunktion.

*Den uppsökande verksamheten är mycket viktig när klienterna inte dyker upp eller börjar svikta i deltagandet.*

Genom uppsökande verksamhet har man möjlighet att hitta klienter som kanske återfaller i missbruk eller på annat sätt far illa. Dessutom möjliggör uppsökande verksamhet att stöd och behandling kan ges i klientens egen miljö, inte på kliniker, mottagningar eller kontor. Eftersom CM-rollen är ny och inte särskilt känd vill flera deltagare tillskjuta en missionerande roll och uppgift.

*Eftersom inte så många vet vad detta innebär med CM är det av största vikt att detta kommer ut till vårdgrannar, försäkringskassa, arbetsförmedling, brukarorganisationer, frivård m.m. Eftersom det är vi som har mest kunskap om hur detta fungerar faller det sig naturligt att det är vi som ska åka runt och informera.*

*Rollen som case manager jämförd med andra yrken*

Deltagarna upplever att rollen som CM skiljer sig från tidigare yrkesroller. Som skillnader nämns att verksamheten bedrivs mer utanför mottagning och kontor samt att man har större friheter i sin yrkesutövning. Två deltagare med socialsekreterarbakgrund formulerar sig på följande sätt:

*Som socialsekreterare inventerar man insatser och låter någon annan göra dem och så följer man upp dem mer eller mindre noggrant. CM är nedbantat, förfinat och kvalitetsutvecklat. Man minskar ärendemängden från 50-60 till max 10. Detta ger helt annat fokus på varje ärende. (...) Genom aktivt uppsökande verksamhet genom hembesök ska CM sköta mycket av insatserna själva, avstyra akuta behov som i annat fall skulle ha lett till besök via akutmottagning eller akut psykmottagning eller via vårdcentraler.*

*Som socialsekreterare är jag mer bunden till de lagar och det förhållningssätt som gäller på den arbetsplatsen jag är på. Som casare kan jag ifrågasätta det mesta för att hjälpa klienten, invanda strukturer och mönster.*

En psykiatrisjuksköterska gör följande reflektion efter inledande erfarenheter av case management:

*Tidigare har jag jobbat som psykiatrisjuksköterska och endast utifrån psykiatriska sjukdomsdiagnoser. Nu som casare jobbar jag även med missbruk och samarbetar med socialtjänsten och bedriver uppsökande verksamhet. Det är ett paradigmskifte, det känns verkligen så!*

Några deltagare uttrycker starkt att de gärna vill förbli inom sina gamla yrken. De betonar att de har valt sitt yrke utifrån sina intressen och att de inte vill lämna sina gamla yrken så lätt.

*Jag är en utbildad sjuksköterska. Det känns tråkigt att bara släppa den biten, att kanske aldrig få ge en injektion igen eller dela ut tabletter. Jag tycker det är rätt roligt att ta blodprov.*

Tanken att kunna förena sitt gamla yrke med rollen som CM finns trots att inslag i utbildningen säger att detta är oförenligt. En sjuksköterska säger:

*Jag kommer alltid att vara sjuksköterska. Jag vill vara både sjuksköterska och case manager. Jag vet att det går att förena. Jag skulle vilja att det blev så att jag kan ta prover på mina klienter så slipper de träffa fler*

*behandlare. Jag hoppas att den tanken har en framtid. Jag kan jobba med mina tio klienter och ingenting annat utöver det. Men jag kan sköta deras medicinering och deras provtagning. Det är drömmen för mig. Så vill jag ha det. På handledningen sa man att case managern inte ska blanda sig i medicinering och provtagning eftersom det kan vara laddat för patienten. Men jag håller inte med. Patienten träffar mig och har förtroende för mig. Skulle det bli ett hinder, då kan man hitta en annan person.*

*Kompetenser och kunskaper som krävs*

Deltagarna och de regionala samordnarna menar att något av följande yrken utgör en lämplig bakgrund som CM: socionom, sjuksköterska, psykiatrisjuksköterska, socialsekreterare, arbetsterapeut, sjukgymnast, behandlingsassistent, mentalskötare och undersköterska. Dessa yrkesgrupper motsvarar i princip deltagarnas i metodutvecklingsarbetet.

*Jag som arbetsterapeut har förmågan att se helheten hos klienten på ett sätt som uppskattas, jag kan se begränsningar men är också bra på att se resurser och lyfta fram dessa. Detta gör att klienten har lättare att bli motiverad.*

*Sjuksköterska kan följa upp medicinering väldigt bra. Socionomen kan det här med lagarna och juridiska saker, arbetsterapeut kan funktionsutredningar och sjukgymnast kan massage och avslappning och kropps-uppfattning.*

Kunskapsområden som är viktiga i arbetet med målgruppen anges vara: medicin, omvårdnad, nationalekonomi, psykologi, juridik, familjeterapi samt kognitiv beteendeterapi. Även praktisk erfarenhet av uppsökande verksamhet samt erfarenhet av att möta klienter i deras vanliga omgivning och utanför olika former av mottagningar nämns som viktigt. Även kunskaper i organisation, samverkansformer och samhällsorientering med betoning på kunskap om olika organisationer och myndigheter är viktigt.

*Som skötare eller behandlingsassistent kan man känna att man inte befinner sig på samma utbildningsnivå som en sjuksköterska eller socionom. Men samtidigt vet jag att jag är ganska trygg i min erfarenhet som man inte får som socionom eller sjuksköterska på en mottagning. Just det här att möta klienten där klienten är vilket är inte främmande för mig. (...) För mig är det självklart att jobbet finns där klienten är. Mina kollegor jobbar mer institutionaliserat, på en mottagning. De och deras ledning har svårt att se den bilden att det kanske inte handlar om att sitta på en mottagning och träffa klienten, utan att arbeta uppsökande.*

CM med yrkesbakgrund som socialsekreterare efterfrågar påbyggnad i psykologi, psykiatri och medicin. CM med yrkesbakgrund som sjuksköterska efterfrågar påbyggnad inom psykologi och juridik.

*CM ska själv stå för en stor del av insatserna. Meningen är att jag ska bli professionell i motiverande samtal och bistå i en stor del av behandlingen.*

Behov av dubbel kompetens betonas starkt från flera håll. Som CM måste man ha gedigna kunskaper inom både missbruk och psykiatri. Samtliga deltagare menar att CM-utbildning bör utgöra en påbyggnadsutbildning på högskolenivå. Meningar om behörighet för denna utbildning, vilka som bör ha rätt att gå den, varierar. Några anser att endast personer med grundläggande högskoleutbildning ska komma ifråga. Andra anser att även personer utan högskoleutbildning som bedriver någon typ av behandlingsarbete ska kunna erhålla utbildningen. CM ses både som ett nytt yrke och som påbyggnad/specialisering inom tidigare nämnda yrkesutbildningar. Argument för att betrakta CM som ett nytt yrke är att det skulle bidra till att stärka legitimiteten mot klienter, primärteam och organisationer. Det skulle också bli lättare att ange lönekriterier. Löneskillnader mellan nuvarande yrken som ligger som grund för CM som påbyggnadsutbildning är alltför stora. Därför förekommer stora löneskillnader inom gruppen av CM. En önskvärd utveckling enligt några är att Socialstyrelsen snarast föreskriver vilken kompetens som krävs för att CM ska erkännas nationellt. Dessutom är det viktigt att man definierar på vilket sätt denna kompetens ska värderas, inte minst vid lönesättning.

### 5.3.3 Case managers organisatoriska position

#### *Organisationstillhörighet*

Både regionala samordnare och deltagare i utbildningen anser att det är viktigt att CM tillhör sina moderorganisationer, att inga särorganisationer bildas. På så sätt främjas informations- och kompetensflöde mellan olika organisationer. Dessutom är meningen att metoden case management ska förena involverade organisationer och säkra att klienter inte hamnar mellan stolar. Med nya särorganisationer följer risken att nya "stuprör" skapas.

#### *Arbetsgemenskap genom samlokalisering*

Deltagarna anser det viktigt att organiseringsformerna skapar samhörighet och arbetsgemenskap inom CM-gruppen. CM kan vara organiserade som en egen arbetsgrupp med en egen administrativ ledning, egen bil, egna lokaler och med möjligheter till handledning. Enskilda CM måste ha möjligheter till en gruppstillhörighet.

*Någon måste ta hand om case managers. De kan inte bara jobba, det måste finnas någon organisation kring det.*

*Det är viktigt att vi får ekonomiska resurser. Mobiler har vi fått men en bil behöver vi. En handkassa för att fika med patienter är också viktigt. En gemensam lokal så att vi kan prata oss ihop och känna att vi är en grupp.*

Deltagarna upplever gemenskapen inom utbildningen som mycket lärorik och viktig för CM-identiteten. Sammankomsterna har inneburit utbyte av erfarenheter och kunskaper om varandras yrken och organisationer. Som ensam CM kan det vara svårt att svara upp mot enskilda klienters komplexa behov av vård och stöd. Därför är det viktigt att som CM alltid kunna få stöd från en kollega med kompletterande kompetens, med andra ord att klienternas dubbla problematik hanteras genom dubbel kompetens. Detta utgör en central tanke i BOP-verksamheten där man arbetar två och två i relation till klienter. Att ha tillgång till stöd är också en viktig arbetsmiljöfråga. En slutsats från BOP-verksamheten är att en CM aldrig ska arbeta ensam utan alltid ha ett stöd genom tillhörighet i en grupp.

*CM:s mandat i förhållande till primärteamet*

Flertalet CM uttrycker en likartad uppfattning att CM har huvudansvaret för sina klienter och att CM vänder sig till primärteamet vid behov. CM uppfattar att primärteamet har mandat att fatta beslut rörande klienternas inskrivning i CM-verksamheten och att fatta beslut i andra frågor under behandlingen. Enskilda CM:s erfarenheter av praktiskt klientarbete på några håll visar också att man som CM upplever att egna rekommendationer och råd accepterats.

*Jag känner mig ganska säker i min legitimitet i organisationen. Jag tar eget ansvar, står på mig, pratar för patientens skull. (...) Ibland säger läkare "vi tar inte emot" men jag hävdar att jag skickar och det gör jag. (...) Jag som har träffat människan har företräde att säga vad som behövs. Detta respekteras.*

#### 5.3.4 Några kommentarer till case manager – en ny roll i vardande

Flertalet CM uttrycker ett starkt personligt engagemang i metodutvecklingsarbetet samtidigt som det på sina håll finns en viss trötthet. Det finns en medvetenhet om målgruppens svåra livsvillkor och en vilja att medverka till en förändring. Enskilda CM upplever att det är lätt att bli en eldsjäl i den nya rollen som CM och ibland är det svårt att sätta gränser. Man har blivit starkt engagerad i enskilda klienter och i själva metodutvecklingsarbetet. Att vara med och utveckla en ny verksamhet och få den att fungera är för många stimulerande.

Deltagare som har genomgått utbildningen i case management har också upplevt frustration över omfattningen på utvecklingsarbetet. "Vi utbildas till

vävare men det finns inga vävstolar byggda”, säger en deltagare. Det återstår en hel del att göra innan case management finns på plats. Deltagarna har också många funderingar och tankar kring den nya rollen och metodiken som ska utformas. Allt är långtifrån entydigt och klart. En del tankar går också stick i stäv med vad case management enligt ACT säger. Case management uppfattas också som användbar för andra målgrupper.

## 5.4 Några röster om primärteamet

Som framkommit tidigare är förekomsten av primärteam ojämnt fördelad i de tre regionerna. På flera håll saknas primärteam. På andra håll är de relativt nytillkomna med begränsade erfarenheter av CM-metodiken i praktiskt klientarbete. Enskilda primärteammedlemmar har kommit in relativt sent i metodutvecklingsarbetet. Därför har man också olika utgångspunkter och erfarenheter när man värderar metodutvecklingsarbetet. Sammantaget är det en splittrad bild av primärteamerna som framträder.

Flera primärteammedlemmar upplever att de för egen del har otillräckliga kunskaper om case management, att kunskaperna inte räcker för arbetet i primärteamet. Andra menar att deras kunskaper räcker för uppdraget. Flera specialister framhåller att man inte har fått någon regelrätt utbildning på motsvarande sätt som de blivande CM. Kunskaperna motsvaras av information och handledning som har erhållits vid ett antal träffar med projektets utbildningsledare. Dessa tillfällen har varit värdefulla och bedöms vara en viktig framgångsfaktor för det fortsatta metodutvecklingsarbetet. Några specialister har skaffat teoretiska kunskaper på egen hand eller genom tidigare arbete med målgruppen. Generellt uttrycker specialisterna ett behov av mer utbildning. Man ser med viss avund på deltagarna som genomgått högskolekursen.

När det gäller teamen har alla specialister inte mandat från sina moderorganisationer att fatta beslut som rör klienter. De specialister som inte har mandat upplever att de bara kan ge råd. Andra uppger att de har möjlighet att ta frågor till sin närmaste chef som i sin tur fattar beslut. Några specialister upplever att primärteamet saknar beslutsförmåga som en följd av att viktig specialistkompetens saknas i teamet. I primärteam som upplevs som kompletta anser specialister att teamet har tillräcklig bredd för att täcka klientens alla behov och mandat att kunna fatta nödvändiga beslut.

Specialisterna upplever att arbetet försvåras på grund av att avtal saknas. Avsaknad av avtal leder till svårigheter att fylla primärteam med kompetens som behövs samt att få hjälp med t.ex. akuta inläggningar vid behov. Tendenser i moderorganisationerna att behandla klienter på ett traditionellt sätt utgör också ett problem. Specialister upplever att avtal och information är viktiga i detta avseende. När det gäller information har kunskaperna stannat i toppen av organisationerna och inte nått ut och fått genomslag längre ner.



*Avdelningen har fortfarande den gamla synen att de inte kan behandla någon för en psykisk störning om de har ett pågående missbruk. Utan patienterna skrivs ut efter tre dagar, om de ens blir inlagda. Det känns konstigt att från högsta ledningen inom psykvården på sjukhuset har skrivit på case managementförbindelsen och sedan inte bry sig om att informera om detta till berörd personal på mottagning och avdelning. Ej heller prioriterar man detta genom att ha någon ansvarig läkare med i primärteamet utan har sjuksköterskor utan mandat som sitter med.*

Primärteammedlemmarna har olika syn på CM:s roll. Flera framhåller betydelsen av att CM har fullt mandat att ta upp klientfrågor i primärteamet och delta i alla beslut. En specialist upplever att CM har ett obetydligt mandat:

*Rollen blir allt tydligare men mandatet är alldeles för obetydligt i praktiken.*

Specialisterna upplever att frikoppling av CM från tidigare uppgifter och yrkesfunktioner är en av de viktigaste frågorna att lösa.

*Det tycks som man från ledningsnivå trots att man kan arbeta som CM och samtidigt ha kvar sin gamla tjänst.*

Specialisterna ser samtidigt problem med att kunna genomföra frikopplingen eftersom det innebär en ekonomisk kostnad för moderorganisationerna. Någon annan måste gå in och täcka upp den lucka som uppstår. Specialisterna menar att moderorganisationernas ledningar inte har varit införstådda med detta krav när man gav sig in i metodutvecklingsarbetet, att deltagandet skulle innebära en kostnad. Man har helt enkelt inte varit medveten om vad case management innebär. Det har gått upp efterhand och skapat problem på sina håll. Ledningarna har heller inte varit medvetna om att metoden ska ingå i ordinarie verksamhet och finansieras av organisationerna själva.

#### 5.4.1 Några kommentarer till primärteamet

Röster från primärteamen är begränsade i utvärderingsmaterialet vilket kan ses som ett uttryck för att erfarenheterna från primärteamen också är begränsade. De kommentarer som har inkommit präglas till stor del av oklarheter kring case management och olika svårigheter som föreligger. Specialisterna framstår inte som lika insatta i case management som de deltagare som har genomgått högskoleutbildningen. Den uppföljande utvärderingsstudien får återkomma till primärteamsfrågan.

### 5.5 Vill någon ha med mig att göra?

I följande avsnitt redovisas klientstudien. Syftet med klientstudien är att låta målgruppen i form av de slutliga "mottagarna" av utvecklingsarbetet, männi-

skor med psykiska problem och samtidigt missbruk, komma till tals. Hur ser de på sin tillvaro? Vilka erfarenheter har de av vård- och myndighetsapparaten och av det ”nya” arbetssättet? Inledningsvis kommenteras urval och tillvägagångssätt. Därefter redovisas resultatet som inleds med kortfattade beskrivningar av de intervjuade.

### 5.5.1 Metod, urval och tillvägagångssätt i klientstudien

Sex klienter har intervjuats, två vardera i Sjuhärad, Jönköpings och Norrbottens län. Klientkontakterna har erhållits via CM, som inhämtat klienternas samtycke för intervju. Urvalet är strategiskt framtaget så tillvida att klienterna fördelas på olika CM och CM-verksamheter, kön och hur länge klienternas kontakt med CM varat. Så lång kontakt som möjligt har eftersträvat för att klienten ska ha erfarenheter att uttala sig om. Eftersom CM-verksamheten är under uppbyggnad handlar det om 1-6 månader lång CM-kontakt. I det enskilda fallet är det längre.

Syftet med klientintervjuerna har varit att söka en förståelse för vad CM betyder ur ett klientperspektiv. Intervjuerna har från fall till fall genomförts hemma hos klienten, på arbetsplats, vid behandlingshem, vid psykiatrisk öppenvårdsmottagning och i besöksrum på psykiatrisk klinik. Intervjutiden har varat ca 1 timma. Intervjuerna har med klienternas samtycke bandats. Tematiserade samtalsintervjuer har genomförts där klienterna i fria ordalag har ombetts att berätta om sin livssituation och hur CM-kontakten sett ut.

De konkreta intervjuerna, så som de kom att genomföras, illustrerar på sitt sätt klienternas svårkontrollerade livssituationer. Enskilda intervjuer har fått inställas i sista stund på grund av att klienten har kommit att må dåligt. Inplanerade intervjutider har fått flyttas fram då klienten av olika skäl inte funnit sig på avtalad tid. En intervju såg först inte ut att bli av. Klienten hade dagen innan den planerade intervjun blivit inlagd på klinik. Intervjun kom dock att genomföras i ett besöksrum på kliniken.

Intervjuernas genomförande har byggts på informerat samtycke. Det betyder att vedertagna forskningsetiska principer har följts. Både muntlig och skriftlig information har lämnats om studien. Klienterna har påmints om rätten att när som helst avbryta intervjun oberoende av tidigare medgivande och utan att behöva ange skäl. Samtliga klienter har ställt sig positiva till en ny intervju ett år fram i tiden, i samband med den uppföljande utvärderingen av projektet. Flera har framhållit att man då kommer att veta mer om det nya arbetssättet. En klient reserverade sig dock inför tanken om ny intervju om ett år med ”om jag lever då”.

### 5.5.2 Klienternas livssituation

De intervjuade klienterna presenteras med fingerade namn: Kristina, Maria, Kennet, Göran, Niklas och Birgit.

### *Kristina*

Intervjun med Kristina, en medelålders kvinna, genomförs vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Kristina bor f.n. i en "socialtjänstlägenhet". Sin livshistoria sammanfattar hon med: "Det började med en skada och slutade med missbruk, men jag har inte fått någon vård". Hennes berättelse innehåller arbetsplatsolycka med fysiska skador och kronisk smärta som följd, psykiska påfrestningar, problem och missbruk, eller beroendesjuka som hon själv vill kalla det – "missbrukare låter så illa". Till bilden kommer ekonomi- och försörjningsproblem, omhändertagna barn, bostadslöshet, våld och misshandel, sexuellt utnyttjande, institutionsvistelser, vård- och behandlingsprogram som ibland bara utlovats och i andra fall inte fullföljts eller hjälpt, avvisningar från vården och myndigheter. Ingen vill ha med Kristina att göra – "även personligt ombud vägrar hjälpa mig". På den avslutande frågan om hon vill tillägga något till intervjun säger Kristina: "Jag saknar bara att någon frågar mig någon gång, vad tycker du själv Kristina att du skulle bli hjälpt av? Aldrig någon frågar mig! (...) Det verkar som att alla andra vet mycket bättre om mig än vad jag gör själv." Kristinas närmaste förhoppning är att komma in i ett metadonprogram som hon länge väntat på, men som inte blivit av p.g.a. att hon har saknat fast bostad. Hjälp med medicinsk behandling och ett fungerande boende ser hon som två viktiga förutsättningar för att få ordning på sitt liv. Kristinas kontakt med CM är cirka tre månader gammal.

### *Maria*

Maria är en kvinna i dryga 30-årsåldern. Intervjun genomförs på ett behandlingshem med skyddat boende från vilket hon nyligen flyttat ut. Intervjun formar sig till en berättelse om försök att fly från sina problem. "Jag kommer ursprungligen från S stad. Men jag har flyttat runt en del. Jag har försökt flytta från mina problem. Men det har ju inte varit så lyckat. Dom följer ju efter, tyvärr." Marias problem började under gymnasietiden och hennes berättelse innehåller bl.a. oro och nervositet, svårigheter i sociala kontakter, självskadebeteende, ekonomiska problem, boendeproblem och bostadslöshet. "Det har ju varit mycket med mitt missbruk, det har det ju. Och den psykiska biten med." Maria berättar om inläggningar för missbruket. "Men dom har ju aldrig hjälpt mig med något annat. Så dom har inte vetat vad dom ska göra, verkar det som (...) det blir alltså att man fått nyktra till alltså, och sen skickar dom bara hem en liksom." Maria berättar hur hon har blivit avvisad och bollad runt mellan myndigheter. Samtidigt säger hon att hon nog inte själv varit så lätt att ha att göra med alla gånger. "Jag har väl mig själv att skylla också kanske." Med hjälp och stöd från CM och behandlingshemmet har Maria successivt flyttat ut till egen lägenhet och fått ett halvtidsarbete. Hennes närmaste förhoppning är att bli mer trygg i det egna boendet, att kunna behålla sitt arbete och på sikt få det utökat. För att klara det behöver hon fortsatt stöd från CM och behandlingshemmet. Hon kan inte tänka sig ett liv utan dessa

kontakter. Marias kontakt med CM har varat några månader. Hon känner dock CM sedan tre år tillbaka i rollen som behandlingsassistent.

#### *Kennet*

Intervjun med Kennet, en medelålders man, genomförs vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i samband med att Kennet hämtar sin medicin. Kennets berättelse präglas av missbruk, våld och kriminalitet. "Jag har väl slagits hela mitt liv på gatan, suttit inne 90 procent för våldsbrott och 10 procent för stölder (...) De senaste 14 åren har jag varit ute 16 månader, och det är det längsta jag har varit ute i mitt vuxna liv på raken." Våldet har alltid varit förknippat med droger. Till Kennets berättelse kommer bilder av oro, ångest och depressioner. Hans våld har skapat rädsla i omgivningen, ingen vill ha med honom att göra. Kennet ger flera exempel på hur han har blivit avvisad när han har sökt hjälp från såväl vården, psykiatrin och sociala myndigheter. Att bli fri från missbruket handlar mycket om att bli fri från "gamla kompisar" för Kennet. Han har bytt både namn och bostadsort. Med nerfällda persienner och fördragna gardiner vill han förhindra att folk ska se om han är hemma och därmed tränga sig på. Varje gång han hör entréporten öppnas eller någon komma i trapphuset stiger oron. Boendet har i kombination med sysslöshet blivit alltmer påfrestande. Längtan tillbaka till fängelset har i takt med detta växt. Där hade han åtminstone kontroll på boendet och möjligheter till sysselsättning. "Jag har fått lugn och ro när jag har blivit inlåst. Är dörren stängd så är den stängd", säger Kennet och berättar hur han har varit nära att ge upp och ställa till med något för att komma i fängelse. Men något har hållit honom tillbaka. En återupptagen kontakt med en gammal vän och med den egna familjen har betytt mycket. Kennets omedelbara önskan är att få ett skyddat boende och sysselsättning. Han ser detta som ett måste för att vardagslivet ska bli uthärdligt. Därefter kan han börja tänka på annat för att livet ska rätta till sig. Kennet har kontakt med två CM sedan 3 månader tillbaka, varav den ena utgör en socialsekreterarkontakt som går längre tillbaka i tiden.

#### *Göran*

Intervjun med Göran, en man i 40-årsåldern, genomförs hemma i ett gruppboende. Göran har sett fram emot intervjun och har förberett sig flera dagar på vad han ska ta upp. Det är så mycket han vill berätta så det stockar sig. Efter en paus då Göran bjuder på kaffe går det bättre. Intervjun formas till en livsberättelse präglad av oro, rastlöshet, missbruk, våld och ett svårkontrollerat leverne. "Det är adhd. Det är en sjukdom. Man kan inte koncentrera sig. Man blir orolig mycket, man springer och man gormar och sänt." Görans problem går tillbaka till ungdomen. "Jag har varit så orolig i skolan, orolig i huvudet, inte förstätt vad det är." Han berättar hur han drack sprit i stort sett varenda dag från 15-årsåldern och sex år framåt, hur han hamnade i spritpsykos, blev inlagd på olika sjukhus och utreddes med olika diagnoser som ändrades efterhand. Han berättar om ett liv med droger och missbruk, om för-

störda relationer till familj, om konflikter i boendet och med grannar, om polishämtningar, inläsningar och tillnyktring. Göran har hela tiden levt med en undran över vad det är för fel som skapar denna oro. "När man har sån här sjukdom, adhd damp, så har du en sån förmåga att bli arg för ingenting vet du", säger Göran. Efter mycket utredningar har han nyligen kommit in i ett medicinskt behandlingsprogram som han upplever ger hjälp. Därför är han ganska nöjd med sin nuvarande livssituation. Hans önskan är nu att få mer innehåll i vardagen, att komma i sysselsättning och arbete. "Jag älskar att arbeta." Hans nuvarande boende är bra, men han vill på sikt byta lägenhet till ett mer självständigt boende. Sedan cirka 4 månader tillbaka har Göran kontakt med en CM.

#### *Niklas*

Intervjun med Niklas, en man i 25-årsåldern, genomförs på hans praktikarbetsplats. Niklas berättar om problem som började i 13-14-årsåldern, om konflikter med pappan, om tidig flytt hemifrån. De sista åren på högstadiet innebar att han fick jobba istället för att gå i skolan. Livet därefter har präglats av droger, både för eget bruk och försäljning, våld och kriminalitet, överdoser och förstörd hälsa, omhändertaganden och placeringar på institutioner. Arbeten han har haft har gått förlorade liksom körkortet. Skulder och inkasokrav har uppstått. Han berättar om ett häftigt temperament. Han har funderat mycket över vad det beror på att hans liv har blivit som det blivit. "Det är väl umgänget kanske. Det har varit mycket mc-relaterat, Red Devils. Jag har alltid varit en liten kille och man har alltid varit med de stora pojkarna så att säga. Så är det (...) En del vill vara kriminella så att säga, born to be gangster eller vad man nu säger." Tidvis mår Niklas psykiskt dåligt. När tidigare upplevelser väcks till liv kommer svåra känslor över honom, då behöver han medicin. Niklas berättelse om en tuff attityd står i kontrast till intrycket under intervjun. Han säger att det har vänt nu, att han vill bort från skiten, samtidigt som han har ramlat tillbaka många gånger. "Jag försöker byta umgänge. Det är nog det svåraste. Och då när jag inte är med de andra så får folk inte den bilden av mig. För de är rätt kända de här killarna som jag har umgått med." Omgivningen har märkt en förändrad attityd hos honom, vilket stärkt honom. Samtidigt är Niklas rädd för att något ska hända: "Att det kommer nåt hinder, vet du, så kan man bli väldigt trött. Det är så jädra lätt att ta till den där skiten då". Niklas har en son som han är mycket stolt över och som driver honom att få ordning på sitt liv. Han trivs bra på sin praktikarbetsplats där han får beröm och uppskattning. Hans närmaste önskan är att drogfriheten ska hålla i sig och att han får tillbaka körkortet. Körkortet behövs i arbetet där han hoppas att praktiken så småningom ska övergå i fast anställning. Niklas kontakt med CM är en dryg månad gammal. Han känner CM sedan tidigare i rollen som socialsekreterare.

### *Birgit*

Intervjun med Birgit, en kvinna i 50-årsåldern, genomförs i ett besöksrum på en s.k. abstinensavdelning. Dagen innan intervjun hade Birgit fått en ångest-attack, tagit amfetamin som bara gjort det värre och slutligen hamnat på psykakuten. Intervjun formas till en berättelse om ångest och missbruk. "För det kan jag säga, det är det enda här i världen som jag är rädd för, panikångest. För det är ett fruktansvärt plågeri. Hellre mister jag både armar och ben och har bara kroppen kvar. Att mista lemmarna är enklare. Men panikångest här inne, som inte finns där. Det finns där, men det finns inte. Det går inte att ta på. Det är inget organ som man kan plocka ut och sy ihop eller operera bort." Birgit berättar om alkohol och droger som medel för att dämpa ångesten men som under senare år fått motsatt effekt. Hon berättar om missbruk och ett liv in och ut på olika avdelningar. "Så det var spyhinken i 33 år och sen orkade jag inte mer". Hon talar berömmande om människor inom vården. "Ibland har jag tänkt: Att de inte tröttnar på detta att orka hjälpa dessa människor som ändå aldrig lyssnar eller ställer upp (...) Hur fan orkar de alltså? Att de orkar ställa upp och se denna misären stup i ett, och det är uteliggare och de är fulla och påtända och tablettpåverkade och ständigt detta. Och så jobba och jobba häcken av sig för dessa människor." Birgit har ett särskilt boende, en lägenhet med regelbunden tillsyn av den s.k. bostadssociala gruppen. Vardagslivet är fast inrutat med medicinhämtning och deltagande i öppenverksamhet. Hennes närmaste önskan är att ångesten ska ge med sig, att hon ska kunna förbli drogfri, också att kunna sluta röka och snusa. "Jag har ju bara en liten enkel pension att leva på, så hälften går åt till att röka och hälften till mat. Ibland mer till tobak än till mat. Det är bedrövligt." Birgits kontakt med verksamheten som CM har som bas sträcker sig flera år tillbaka.

### 5.5.3 Vad innehåller klienternas berättelser?

De intervjuade personerna har komplexa och problemfyllda livssituationer som skiljer sig åt och svårligen låter sig redovisas på ett enkelt sätt. Ett antal teman framträder dock i berättelserna som tycks gemensamma.

#### *Livshistorier som har det mesta*

De sex klienternas berättelser formar sammantaget en mörk bild, samtidigt som det även finns strimmor av ljus. Intervjusamtalen har utgjort en resa in i "livsvärldar" fyllda med problem och mänskligt lidande där inget tycks saknas: bostadslöshet, ekonomisk fattigdom, droger och missbruk, psykisk ohälsa och sjukdom, utnyttjande och övergrepp, fysisk smärta och lidande, våld, misshandel och ond bråd död, tvångsomhändertaganden och integritetskränkanden, konflikter och brända broar till både närstående och till vård- och hjälpapparaten. Det är i olika grad komplexa livssituationer som uppvisas. Det är svårt att uppfatta vad det "egentliga" problemet är under intervjuerna. Många förhållanden framstår som problematiska och bidrar till att det

ser ut som det gör i de enskilda fallen. På motsvarande sätt är det mycket som ska till för att lösa situationen: ett fungerande boende, att bli drogfri, att bli fri från gamla kompisgäng, att få rätt medicinering, att bryta vardagsmonotonin och att få något att göra. De intervjuade personerna tycks representera målgruppen för SKL:s utvecklingsarbete, möjligtvis med undantag för Niklas. Utan att förringa Niklas problematik framstår hans livssituation som mindre problematisk än övrigas och kan uppfattas mer som en fråga om social mognad och att frigöra sig från negativa grupp tillhörigheter. Han är också ung och tycks ha kommit relativt långt i en rehabiliteringsprocess.

*Att bli avvisad och vägrad hjälp*

Med något undantag innehåller samtliga intervjuer berättelser om att ha blivit avvisad när man har sökt hjälp. För enskilda har det lett till bitterhet och kraftig kritik mot vårdpersonal, sociala tjänstemän och institutioner. Flera riktar bland annat kritik mot socialtjänsten. Maria kan få illustrera detta, hon säger med udden riktad mot socialtjänsten:

*En del tycker jag har behandlat mig som skit (...) Det är när jag mest har behövt dom, då tycker jag dom har svikit mig.*

Maria berättar hur hon i en kaotisk situation har fått hjälp av polisen att bryta upp och flytta tillbaka till sin hemkommun med förhoppningen att få rätsida på situationen. Men hon hamnade i ett svarte petter-spel där ingen ville ha med henne att göra.

*Och sen kom jag till S stad (...) så då trodde jag att jag skulle få hjälp, för jag hade ingenstans att ta vägen. Jag visste inte vad jag skulle göra eller nånting.*

*Du hade ingen bostad?*

*Nej, och då vägrade soc att hjälpa mig. Det tyckte jag var för jävligt. Och så höll det på i ett halvår. Dom skickade en från en instans till en annan. För jag gick ju ner till centrumdistriktet då, i och med att jag inte var skriven i S stad. Och då tyckte dom att jag skulle vända mig till norra distriktet, mitt gamla kontor, för jag hade bott där sist. Så då gick jag upp dit. Men då säger dom att det är så länge sen jag bodde där, så du får gå ner till centrum. Och så höll det på till dess jag inte orkade mer. Och då sket jag i det. Och sen brakade allting loss.*

I intervjun med Kennet återfinns avvisningstemat, hur han i olika situationer sökt hjälp, bland annat på akutpsykiatrin. "Men de har inte tagit emot mig p.g.a. mina papper, att jag har suttit inne för så mycket våldsbrott." Nyligen ledde en avvisning till att Kennet medvetet drogade ner sig och sökte vård på nytt, med tanken att han då synbarligen var så dålig att han inte kunde bli avvisad, vilket han inte heller blev. Göran har också snurrat runt i vård och

myndighetssystemet och Kristina berättar att till och med personligt ombud har avvisat henne när hon sökt hjälp.

*Jag kan inte hjälpa dig säger han bara. Jag får inga tydliga svar, och jag får inga avslagsmotiveringar som jag kan klaga över.*

Relationen till myndigheter är komplex. Niklas och Birgit uttalar inte samma tydliga kritik, utan skuldbelägger snarare sig själva, liksom Maria. De säger på olika sätt att de har sig själva att skylla, att de inte alltid har varit så lätta att ha att göra med. Denna dubbelhet framkommer även hos Kennet och Göran. Erfarenheter av avvisningar, att vara bojkottad från vård och hjälp och stöd har lett till en känsla av utstötthet, att vara en parias som ingen vill ha med att göra. För Maria, Kristina och Kennet har detta inneburit negativa spiraler som har gjort att man har undvikit kontakt med myndigheter i största möjliga utsträckning. Man vill ha så lite som möjligt med dem att göra. Det paradoxala har uppstått, myndigheter som har uppgiften att ge vård, hjälp och stöd har ur klienternas perspektiv kommit att bli själva problemet. Göran sammanfattar det hela: "Jag tror att jag hade varit en annan människa om jag inte hade haft med myndigheter att göra".

#### *Avsaknad av egenkontroll*

Intervjun med Kennet formade sig till en berättelse om en kamp för att erövra kontroll över sin livssituation. I brist på egenkontroll har fängelset kommit att framstå som något positivt där murarna och inläsningen hjälpt honom till en kontrollerad situation.

*Det är därför jag trivs med att sitta inne. För dem låter det konstigt. Men där känner jag allt och alla. Jag känner ju folk på varenda kåk. Där kan jag umgås när jag behagar. Sen går man ner på rummet och det är ingen som stör en. Så funkade det ju på fängelser. Där är du ifred. Är dörren stängd så är den stängd. Sen har du träning och du har gym och du har bra mat. Jag menar, jag har det bättre där än vad jag har det just nu. Men det är nåt som håller tillbaks mig. Jag har varit på väg flera gånger och sagt jag skiter i det här nu, jag åker tillbaks. Men det är nåt som stoppar mig. Jag vill inte tillbaks ändå. Det är nåt i bakhuvudet.*

Brist på egenkontroll och kamp för att erövra kontroll återkommer som tema i samtliga intervjuer. I Marias berättelse kan man utläsa hur hon har kämpat för att med hjälp av myndigheter få ordning på sin situation, men där det har kommit till olika punkter då hon har givit upp och situationer har övergått i kaos, med tvångsingripanden som följd. Flera berättar om inrutade vardagsrutiner med medicinhämtning, urinprovslämning, besök på öppenvårdsmottagning, deltagande i öppenverksamhet m.m. på bestämda klockslag. Ritualliknande vardagsmönster ger en slags kontroll. Samtidigt lurar rädslan att en



liten tuva ska stjälpas lasset, att man åker dit igen och börjar missbruka. Flera berättar om detta och ger exempel.

*Vill men kan inte*

I samtliga intervjuer framkommer en vilja hos klienterna att bli fri från ett liv i elände och problem. Men man kan inte av egen kraft och vet inte hur det ska gå till – ”Vill men kan inte”. Efter ett långt liv i missbruk kallar sig Birgit nykter alkoholist. Hon berättar att det har gått allt längre mellan återfallen. Ett skäl till detta är att drogerna inte lindrat utan istället förvärrat ångesten.

*Vem i hela friden trodde jag skulle sluta med flaskan? Jag tror inte det är någon inom världen som trodde att jag skulle sluta med flaskan. Och det trodde jag inte heller. Jag trodde jag dog, att jag söp ihjäl mig. Jag kunde inte sluta. Jag ville, men jag kunde inte.*

Att vilja men inte kunna återfinns i Marias berättelse, som har försökt flytta från sina problem, vilket inte visat sig vara någon lyckad strategi. En inre problematik tycks inte ha hjälpts av enbart yttre lösningar. Beteenden och handlingsmönster har upprepats. Kristina, Göran, Kennet och Niklas ger liknande bilder där viljan har funnits men inte kunnandet. Yttre förhållanden och svårigheter att bli fri från gamla kompisar och miljöer har försvärat kunnandet. Göran berättar hur han har kunnat tänka klart och sett lösningar då han har varit inlagd. Men när han har kommit ut har de inte gått att förverkliga. Kennet säger exempelvis om sitt missbruk, våld och sin kriminalitet:

*Jag har velat komma ifrån allt det där, men jag kom inte ifrån det i kommunen, för det är bara sprit där uppe i E kommun (...) Jag har velat bryta. Så jag har bytt namn och jag har bytt kommun.*

Liksom Göran har Kennet kunnat tänka och se klart när han suttit inne.

*Tanken var ju när jag satt inne, då är man ju klar i huvudet, att jag ville ifrån det här. Men hur ska jag ta mig ifrån det? Och när man inte får gehör från myndigheterna hemma. Det är ju därför jag bytt kommun också, för att de inte har haft något intresse av att hjälpa mig.*

*När du suttit inne och blivit ren från droger och tänker klart, då vet du vad du vill, men du vet inte hur du ska gå tillväga?*

*Ja, jag vet exakt vad jag vill. Då har jag fått kliva utanför grindarna. Ja, vad är det enda jag kan? Då ringer man sina samtal till sina gamla vänner.*

Ibland har situationerna varit sådana att klienterna inte ens har vetat vad de vill. Situationerna har varit så kaotiska att kontrollen över den egna tanken inte har funnits. Birgit ger levande berättelser om hur hennes vardag som missbrukare har sett ut, hur hon i perioder inte har varit kontaktbar, bara har haft alkohol i tanken och druckit så fort möjlighet har givits.

#### 5.5.4 Vad handlar klienternas behov om?

Att avgöra vad klienternas behov handlar om är inte någon enkel fråga. Det skiljer sig åt från individ till individ. Ett mönster återkommer dock i de sex intervjuerna där behovet av vård, hjälp och stöd handlar om ett antal områden som tycks vara gemensamma.

*Att återvinna självrespekt och människovärde*

Den egna självbilden har till följd av problem, nederlag och personliga tillkortakommanden resulterat i ett självförakt. Man har förlorat människovärdet, både i egna och i andras ögon. Det skiljer sig åt mellan de olika personerna och upplevelsen är olika stark från tid till annan, beroende på hur man mår. När Birgit får frågan mot slutet av intervjun om hon vill tillägga något svarar hon:

*Jag vet inte. Det har varit så mycket. Du har ställt frågor som jag aldrig direkt har tänkt på.*

*Är det något särskilt du tänker på?*

*Ja, det är väl vad jag skulle göra om jag själv skulle vilja jobba på ett sånt här ställe (avgiftningsenhet, förf. anm.) eller på bostadssociala gruppen. Nej, skulle jag säga, det skulle jag absolut inte vilja.*

*Du skulle inte vilja jobba där?*

*Nej, jag skulle inte vilja stå utanför mig själv och hjälpa mig själv när jag söp som mest heller och missbrukade.*

Birgit är förundrad över att andra inom vården har orkat stå ut med henne, när hon inte själv har gjort det.

*Att de orkar ställa upp och se denna misären stup i ett. Och det är uteliggare och de är fulla och påtända och tablettpåverkade och ständigt detta. Och så jobba häcken av sig för dessa människor. Det är ju så hopplöst så.*

Göran och Maria, och särskilt Kennet och Kristina ger många exempel på hur bemötanden från vård- och myndighetsapparaten har bidragit till att de har misslyckats med att få ordning på sina liv. För Kristina står det klart att hennes människovärde har tagits ifrån henne genom att hon inte har fått sina rättigheter tillgodosedda "som lagar och förordningar säger att jag har rätt till".

*Fungerande medicinsk behandling och vård*

Samtliga intervjuade berättar om beroende av mediciner för att vardagen ska fungera, eller snarare om problem med att inte ha fått medicinsk behandling som hjälper. Kristina hyser vid intervjutillfället förhoppningar om att kunna blicka framåt. En av anledningarna till detta är att hon efter många års väntan nu ser möjligheten att ett utlovat metadonprogram infrias. Göran ser ock-

så positivt på sin livssituation vid intervjutillfället. En orsak till detta är att han efter mycket utredningar och lång väntan har kommit in i ett medicinskt behandlingsprogram som han upplever hjälper. För flera gäller att man får sig tilldelat narkotikaklassade mediciner flera gånger i veckan, ibland dagligen, beroende på svårigheter att själv ransonera intaget. Medicintilldelningen är för flera förenad med urinprovslämning. Rutinerna för dessa har stundtals upplevts kränkande och personligt utpekande då de har skett i anslutning till offentliga väntrum på öppenvårdsmottagningar.

#### *Ett fungerande boende*

Alla intervjuade hade inte problem med boendet vid intervjutillfället, men hos samtliga återkommer det som en central fråga. Niklas har trots andra problem alltid varit väldigt mån om att sköta hyran och ha fint hemma. Han har lagt ner mycket arbete på att rusta sin lägenhet som han var väldigt stolt över och trivdes i. Kristina och Birgit har "socialtjänstlägenheter" som en följd av att de har blivit svartlistade av bostadsbolag. Till boendet är olika former av sociala stödformer kopplade. Birgit berättar exempelvis hur bostadsstöds- teamet och den bostadssociala gruppen ger en trygghet. För Göran fungerade det relativt väl med gruppboendet och det särskilda stöd som gavs därigenom, men hans längtan på sikt var en annan boendeform. För Maria var ett självständigt boende ett led i rehabiliteringen, men för att kunna klara av det var hon i en övergångsperiod fortsatt beroende av stöd från behandlings- hemmet. Boendets centrala betydelse illustreras tydligt i Kennets situation, som berättar om sin nuvarande lägenhet:

*Jag pallar inte att bo kvar här. Jag klarar inte av den här isoleringen och inte ha nåt att göra. Varje gång jag öppnar farstudörren så suckar jag. Direkt känner jag ångesten när jag närmar mig hemmet. Det kommer kraftigare och kraftigare. Det är inget roligt att behöva ha persiennerna nere och dra för gardinerna för att de inte ska se att det lyser. Sen kan jag inte ha tända ända på kvällar i hall och kök, utan jag har i tv-rummet en liten lampa som lyser bara. Jag skulle må mycket bättre psykiskt av bara boendet.*

Kennet har önskat och begärt att få ett skyddat boende, där han kan komma till ro och få hjälp att kontrollera de besök han får. Han berättar att hans familj, som han har återupptagit kontakten med, har sagt att de gärna kommer och hälsar på honom när han har fått sitt boende ordnat. Han ser fram emot den dagen. Intervjumaterialet visar med all tydlighet att boendesituationen utgör en central pusselbit i människors livssituationer och förutsättningar att få ordning på sina liv. Boendet utgör en fast punkt till vilken olika sociala stödformer kan knytas alltefter behov.

### *Arbete och sysselsättning*

Samtliga intervjuade, med undantag av Birgit, uttrycker på olika sätt en längtan efter att komma i arbete eller någon form av sysselsättning. ”Jag älskar att arbeta med kroppen. Jag älskar att använda hjärnan”, säger Kristina. Kennet, Göran och Maria uttrycker sig i liknande ordalag, en längtan efter arbete och sysselsättning. Med arbete följer inte bara fysisk aktivitet utan även rutiner och strukturer som ger vardagen innehåll och mening. Niklas uttrycker problemet på följande sätt:

*Att gå hemma bara, det går inte. Då blir man inte tillfredsställd på nåt. Då blir det lätt att man fan vilken tråkig dag, vad ska man göra för att dan ska gå fortare?. Och då tar man en holk kanske och röker och kollar på en film, som blir mycket intressantare då. Och då går ju den dan mycket fortare.*

Niklas värderar sin praktikplats mycket högt. Den stärker självkänslan och upplevelser av att göra nytta. Han trivs med arbetsuppgifterna och arbetskamraterna, han får beröm av chefen och han ser möjligheter till framtida arbete och försörjning. I brist på arbete erbjuder återkommande besök på psykiatriska öppenvårdsmottagningar, medicinhämtningar, lämnande av urinprov, deltagande i öppenverksamheter och avtalade träffar med kontaktpersoner en struktur av ”arbetsvecka”. För Birgit är det så. Hon uttrycker inte något behov av arbete, på grund av sina problem har hon aldrig haft något. Birgits ”arbete” innebär avtalade möten och kontakter med ett relativt omfattande professionellt nätverk.

### *Flera samtidiga insatser behövs*

Kristinas situation illustrerar hur många insatser som måste till samtidigt för att situationen ska reda upp sig. Kristinas långa väntan på att komma in i ett metadonprogram beror bland annat på att hon har saknat fast boende: utan fast boende, inget metadonprogram. Kennet lutar sig mot en tio år gammal undersökning.

*Där stod det att det krävs en flerårig insats (...) i fyra-fem år av alla myndigheter och psykiatri och allting runtomkring mig. Att jag behöver allt stöd jag kan få så att jag kan slussas ut i samhället, (...) innan jag kanske har hittat tillbaka till något som är ett leverne.*

Kennet är besviken över att ingenting av denna samordning har genomförts under de tio år som gått. Klienterna har många olika behov. Vilket av behoven ska åtgärdas först? Svaret är snarare att de behöver åtgärdas samtidigt. För Kennet framstår boendet och sysselsättningsfrågan som två primära frågor att lösa. Samtidigt utgör en fungerande medicinering en absolut nödvändighet för honom. Till detta kommer hans nyupptagna kontakt med familjen och en tidigare vän som ger betydelsefullt socialt stöd. På samma sätt talar

Niklas om familjens betydelse och relation till sin egen son som en viktig del i helheten. Den ger honom kraft och hopp.

*Det måste få ta tid*

På grund av nergångna livssituationer är det mycket som ska restaureras så att vardagslivet åter kan börja fungera. Och det måste få ta tid. En sekvens från samtalet med Maria visar hur vägen till eget boende och arbete har sett ut för hennes del.

*Jag bodde i S innan, det var där det började. För dom fick hämta mig därifrån, mer eller mindre. För det höll på att sluta i katastrof. Det var väldigt rörigt. Så dom hämtade mig från lägenheten där, och tog mig hit. Sen bodde jag här (behandlingshemmets skyddade boende, förf. anm.) i ett år, innan jag fick en lägenhet. Och sen flyttade jag till lägenheten. Men jag bodde väl där i två veckor, innan det brakade ihop. Och så fick jag komma tillbaka hit. Och sen tog vi det väldigt långsamt istället. Jag var här några veckor. Sen fick jag börja att vara i lägenheten kanske en timme om dan, med personal. Sen ökade vi väldigt sakta med två timmar. Och sen till tre timmar. När dom märkte att det funkade, så fick jag gå dit själv tre-fyra timmar om dan, och sen komma hit och äta och så. Jag vet inte hur länge vi höll på med det, innan jag fick flytta bort helt. Så nu funkar det ju. För jag har alltid velat att allting ska hända direkt. Och det är mycket det som har blivit fel tror jag. För man tänker, bara jag får en lägenhet så löser sig allting, bara jag får jobb och så. Men det är ju inte så enkelt.*

*Så det är nån slags stegvis behandling, eller vad ska vi kalla det?*

*Ja*

*Dom små stegens väg kanske?*

*Mm. Det är likadant på jobbet. Jag har börjat sådär försiktigt. Sen märker jag, ah det här fixar jag ju. För innan har jag aldrig trott på mig själv. Det är ju där mycket av problemet ligger också. Ah det här fixar jag inte ändå, så jag kan lika väl strula till det. Det kommer gå åt helvete. Men så länge jag har tagit det sakta och steg för steg, så ser man ju att det går ju faktiskt. Sen när det går så tänker man, ah men fixar jag det här, så fixar jag en timma till. Så det har hjälpt mig mycket också, att ta det väldigt sakta, och inte bara rusa iväg som jag har gjort.*

Även Kennet talar om ett steg-för-steg-tänkande sedan han blev fri från fängelset.

*Jag har sagt ett år först, och det klarade jag. Nu är jag inne på att två år ska jag vara ute. Nu är åtta månader kvar till två år. Det är att jag får*

*skyddat boende snarast möjligt, för då kommer min familj och besöker mig också (...) Det är en viktig del för mig.*

#### 5.5.5 Vad säger klienterna om sina case manager?

Klienternas kontakt med och erfarenheter av sina CM är relativt begränsade, med ett undantag, Birgit. Hur ser de på CM? Vad har de för erfarenheter av kontakten?

*Vet inte så mycket, men försiktig optimism*

Kristinas kontakt med sin CM inleddes för cirka tre månader sedan med att en behandlingsassistent på missbruksenheten frågade henne om hon var intresserad av kontakt. Kristinas första reaktion var:

*Ja, 'men vill nån ha mig?', tänkte jag. För jag har blivit nekad ombud tidigare.*

På frågan om vilka intryck hon har fått efter några månader svarar hon:

*Dom är rätt positiva. Jag tycker bara att man kan jobba lite fortare. Men det är för att jag själv ligger alltid lite längre fram i tankarna. Det är en nackdel för mig.*

*Så vad har du för förväntningar på honom?*

*Jag har inga förväntningar.*

Kristina har inte har några förväntningar. De övriga intervjuade vet inte heller så mycket och uttrycker sig försiktigt när det gäller förväntningar. Några månaders kontakt är en alltför kort tid för att man ska kunna dra några slutsatser. De inledande intrycken är dock positiva. Birgit skiljer sig från övriga intervjuade genom sin längre kontakt. Hon är mycket tacksam för allt stöd hon har fått, från hembesök, fortlöpande telefonkontakt och praktisk hjälp med bilskjuts och att utträta ärenden till hjälp med vård- och myndighetskontakter och ibland bara att de finns till hands och har tid att sitta ner och prata. CM och deras verksamhet har utgjort en fast punkt under årens lopp. Trots att hon själv har haft ett antal återfall har hon aldrig blivit utstraffad från verksamheten.

Marias kontakt med sin CM sträcker sig tre år tillbaka i tiden, men mesta tiden i en annan roll som beteendevetare och behandlare. Maria vet att hennes kontaktperson går en utbildning och ska få nya arbetsuppgifter och tider, men just inte mycket mer än så. Konkret har det inneburit att kontaktpersonen eller CM inte längre är med i en kvinnogrupp vid behandlingshemmet och att "hon reser mycket" och är borta från verksamheten. Det är vad Maria närmast har märkt. Kontakten med CM har minskat som en följd av Marias förbättrade situation på sistone.

Case manager – någon som gör allt hon kan

Kennet svarar så här på frågan om sina två CM (X och Y) och deras roll:

*Nej, jag har inte riktigt fått klart för mig. Det är bara att jag träffar dom en gång i veckan. Det jag fått klart är att de ska ha en lokal, de ska ha tio klienter var och jag är en av dem som ska prioriteras högst, har jag fått uppfattningen. Av de tio personerna som de har fick jag uppfattningen att jag är den som kommer att prioriteras mest. Jag är väl den som har levt värst, institutionsskadad som jag är (...)*

*Det är det jag vet. Och det jag vet är att de ska göra allt de kan för att jag ska få ett sånt här boende. Och Y ska fixa det här med träningen åt mig, för att hon är på soc, så hon ska prata med dom där på ekonomin. Jag vet inte om hon ens behöver göra det nu när hon är i det här nya, hon ska kunna ordna det ändå.*

Eftersom klienterna inte har haft så lång kontakt med sina CM har de svårt att svara på frågan om CM:s roll. Man vet inte så mycket. Kristina säger att CM:s roll är att se till hennes rättigheter, att CM ska hjälpa henne "så att jag ska få det så bra som möjligt". Birgit ser sina CM som medmänniskor och kompisar. Niklas har positiva intryck av den korta tid han har haft kontakt med sin CM (X) och säger:

*Det är det som är bra med X, att han organiserar alla människor som är involverade i mig. Så att det inte blir nåt dittan och dattan på nåt annat. Jag tycker det verkar väldigt bra i alla fall, att alla är med och vet vad som händer (...) När man var nere i drogerna då kunde man ju lura vem som helst nästan tycker jag.*

Göran beskriver sin CM som en coach och framhåller att till CM får han ringa när som helst, och att CM också då kan komma när som helst. Det är en ny erfarenhet, något han inte har stött på i alla sina tidigare myndighetskontakter.

*Det har jag aldrig varit med om att det varit så tidigare. Oftast när man ringer någon och ber dom komma får man till svar att jag kan bara komma om en och en halv vecka klockan då och då. Så kom dom nio-tio dagar senare. Och då är det ju för sent! Eller dom tycker det är väl inte lämpligt att dom kommer. Så det är också ovanligt vad han gör.*

Hjälp med papper och myndighetskontakter

Niklas korta kontakt med CM har inneburit att han har fått hjälp med papper som han tycker är jobbigt.

*X har hjälpt mig mycket med sådana här jobbiga grejer. Man orkar inte med allting, det blir för mycket med allting. Jag har ju strulat till så pass mycket. Även med ekonomi och papper och sånt som är jobbigt att fylla i.*

*Det är ju lätt för mig att bara skita i de där papprena. Men berättar jag det för X så säger han att ta med de papprena så går vi igenom dom. Och det är ju bra att ha en sån människa.*

Kristina har många erfarenheter av att ha blivit dåligt bemött i vård- och myndighetskontakter. Men när CM har följt med henne har hon märkt en påtaglig skillnad till det bättre.

*Du skulle sett vilket bemötande jag fick på lasarettet när han gick med mig! Totalt förändrad inställning av personalen där nere!*

Göran har liknande upplevelser av sin CM som följt med till Görans gode man, till läkare vid vårdcentralen m.m. Göran beskriver sin CM med att "han är min coach". När CM är med så har Göran inte behövt vänta så länge, saker och ting har börjat hända och gå mycket fortare.

*Så vi har gjort upp en plan han och jag att vi kan träffas i stort sett när som helst. Om det är något problem man har så ställer han upp (...) Han hjälper mig. Han fixade så att jag fick den här medicinen. Så han följde med mig till läkaren. (...) På grund av honom fick jag så mycket hjälp att jag fick det fortare än jag skulle ha det.*

Vad kännetecknar en bra CM enligt klienterna?

Om Maria skulle gå in och jobba som casare, vad tycker hon då är viktigt i bemötandet av klienter utifrån sina erfarenheter? Hon svarar på följande sätt:

*Det är ju att lyssna på folk. Och sen är det ju att finnas där och stötta, för det är jävligt tufft, det vet jag. Och samtidigt ställa krav, givetvis, på dom som kommer hit. Men samtidigt lyssna, förstå och inte döma folk liksom. För det är väldigt lätt ibland kanske (...) Men det är just det att alltid finnas där, och stötta, och sen, ja, att samtidigt vara hård och ställa krav, där det behövs.*

Att stå kvar vad som än händer, det är viktigt. När beteendevetaren vid behandlingshemmet gick in i rollen som CM märkte Maria att kontakten med CM förändrades, bland annat som följd av att Marias situation samtidigt förbättrades och hon behövde mindre hjälp och stöd. Maria hade då frågat om kontakten skulle komma att upphöra. "Nej, men dig sviker jag inte", hade hon då fått till svar, och Maria understryker för egen del: "Det enda jag ville veta var om hon fortfarande skulle vara min kontaktperson (...) Sjänt måste jag veta!"

Vad säger då Kennet på motsvarande fråga om han gick in i rollen som CM? Kennet drar en parallell till sin egen livssituation när han senast blev utskriven från fängelset. För det första är det viktigt att CM möter upp när man friges eller skrivs ut från institutioner. För det andra är det viktigt med stöd. Det första halvåret efter en utskrivning är kritiskt på alla fronter enligt



Kennet. För det tredje är det viktigt att finnas till hands. Kennet omnämner för det fjärde vikten av sysselsättning, att man har någonting att göra. Då är det viktigt att fråga människor vad de har för intressen och hjälpa till så att de får göra det de är intresserade av. För det femte är det viktigt att CM inte säger någonting som de inte kan stå för. Då är det bättre att inte säga något alls. På den sista punkten är Kennet kritisk till sina CM. Han berättar att han har blivit utlovad hjälp och stöd från sin CM när det gäller boendet, men att det har dragit ut på tiden.

*Jag blev lovad nån plats här, de hade nån sysselsättning här, men nu är det borttaget. Det blev jag lovad i våras och jag har gått och väntat och väntat och väntat och väntat. Det skulle vara i september-oktober jag skulle få plats. Men nu har de visst tagit bort det. Jag går ju bara hemma. Jag är ju bara hemma.*

Göran svarar på motsvarande fråga: att kunna sitta och lyssna och prata. Göran menar att människor behöver mycket trygghet och att bristen på tid är ett problem.

*När man har pratat med någon, då ska man egentligen inte fly därifrån så fort. För att innerst inne vill dom att man ska vara kvar och prata med dom. Så det hade jag gärna gjort, stannat kvar ett tag och prata med dom. Det tycker jag är viktigt.*

#### 5.5.6 Några avslutande kommentarer till klientstudien

I detta avsnitt har klienternas livssituation och syn på CM lyfts fram. Klienternas livsproblematik innehåller olika ingredienser av missbruk, psykisk sjukdom och ohälsa, sociala problem av olika slag och ett omfattande vård- och hjälpbehov. De intervjuade klienterna motsvarar på så sätt den målgrupp som angivits för SKL:s metodutvecklingsarbete. Klientintervjuerna visar att det finns en grupp människor i samhället som har hamnat utanför hjälp- och stödsystemet, som har "kvalificerat sig" i en sådan grad att ingen vill ha med dem att göra, inte en personligt ombud. Med tanke på det begränsade urvalet och den korta tid som CM-verksamheten har pågått kan inte några mer långtgående slutsatser dras om CM-verksamheten. Studien aktualiserar dock ett antal frågor och förhållanden som ur ett klientperspektiv är viktiga att beakta i det fortsatta utvecklingsarbetet.

*CM:s mandat och möjlighet att få saker att hända*

Som framgått i det föregående har Kennet väntat länge på besked från sin CM om skyddat boende och möjligheter till sysselsättning i form av ett gymkort med möjligheter till fysisk träning, något han har blivit utlovad. Kennet har fått diffusa förklaringar till den långa väntan som uppstått. Kennets ovissa väntan indikerar att CM inte har mandat eller möjligheter att infria det som har utlovats. Kennet berättar också om ett nätverksmöte där en läkare från

vårdcentralen och en läkare från psykiatrien deltog, vilket resulterade i att Kennets medicinerings flyttades över till psykiatriska öppenvårdsmottagningen. Samtidigt överenskomms för framtiden att när Kennet mår dåligt och risk för återfall förelåg, då skulle han kontakta akutpsykiatrien och bli mottagen där. Därefter har Kennet två gånger sökt hjälp.

*Jag har två gånger efter det sökt hjälp. Sista gången så ringde jag en fredagskväll och frågade sköterskan 'Har du någon jourläkare där?' 'Ja, men han ligger och sover och jag har inte tänkt väcka honom'. 'Ja men', sa jag, 'jag mår inte så bra. Mår jag inte bra är det risk för ett återfall'. Hon sa: 'Du får höra av dig efter helgen' och så slängde hon bara på luren. Sen dess har jag inte varit i kontakt med dem. Jag vill inte ha med människorna att göra (...)*

*Så den nya principen har inte tillämpats?*

*Nej. Det var bara snack.*

*Har det sagts nånting i förlängningen, om den här situationen uppstår på nytt? För om jag förstått det rätt var poängen att du i de här situationerna inte ska bli avvisad på nytt?*

*Det är ju det meningen var (...) Men det hölls ju inte det ordet. Jag är ju van vid det. Men jag blir bara förbannad rent ut sagt på myndigheterna. De har svikit mig så många gånger myndigheterna. Man är ju van. Men man blir ju lika irriterad när det har varit ett så stort möte, och så håller de inte då. För ett sånt här möte har jag aldrig varit på, när alla är inblandade.*

Klienterna är luttrade och det tar tid att bygga upp en tillitsfull relation mellan CM och klient. I det perspektivet är det inte vad CM säger utan istället vad CM gör som spelar roll. De kritiska synpunkter som återfinns i klientmaterialet handlar om detta, att det måste finnas en samstämmighet mellan vad CM säger och gör. Det ovanstående får illustrera denna centrala poäng.

## 6 DISKUSSION

Denna utvärdering utgör en delrapport som författas i omedelbar anslutning till att SKL-projektet avslutas. Delrapporten baseras på uppgifter som har inhämtats alltmedan metodutvecklingsarbetet har pågått. Målgruppen, de slutliga mottagarna av metodutvecklingsarbetet, utgörs av människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk. Den implementeringsprocess som har redovisats i det föregående ska i slutändan resultera i en arbetsmetodik som kommer människor med dubbel problematik tillgodo. Därför är det på sin plats att inledningsvis kommentera metodutvecklingsarbetet ur ett klientperspektiv.

### 6.1 Ett angeläget metodutvecklingsarbete

Klientstudien visar tydligt att människor tillhörande målgruppen far mycket illa, vilket i och för sig inte är någon ny kunskap för vare sig vårdapparaten, sociala myndigheter eller forskningen. Ett antal tidigare studier och kartläggningar har visat att människor med kombinationen psykiska problem och missbruk utgör en av de mest utsatta grupperna i samhället som kommit att hamna mellan stolarna och inte få den vård, hjälp och stöd som de är i behov av. I detta perspektiv utgör SKL:s projekt ett angeläget metodutvecklingsarbete.

Klientmaterialet i utvärderingen visar att det är nödvändigt att inta ett långsiktigt perspektiv när det gäller värderingen av SKL:s metodutvecklingsarbete. Utgångsläget för klienternas del är långa komplexa och problemfyllda livshistorier som inte låter sig lösas i en hast. Flera klienter i studien har mycket negativa erfarenheter av vård- och myndighetsapparaten till följd av dåligt bemötande, kränkningar och avvísningar. Ingångsvärdet för enskilda klienter är således att man har (r)inga förväntningar på CM-kontakten. Detta innebär i sin tur att CM måste få tid att bygga upp en relation till klienten präglad av förtroende och tillit, vilket utgör en nödvändig förutsättning för att ett långsiktigt och koordinerat vård-, stöd- och behandlingsarbete ska kunna genomföras.

Klienterna uppvisar utifrån sina inledande kontakter med CM en försiktig optimism. Man har blivit bemött på ett förtroendeingivande sätt och har i enskilda fall fått konkret hjälp och stöd. En skör tillit har börjat infinna sig vilket inneburit ett trendbrott i förhållande till tidigare erfarenheter. En central fråga som aktualiseras i klientstudien är vilket mandat CM har att få saker att hända, att se till att klienterna får sina behov av olika insatser tillgodosedda? Det klienterna möter från CM i form av mer eller mindre uttalade löften om åtgärder måste CM kunna infria. CM får inte hamna i "långbänksdragningar" vilket riskerar försvåra en förtroendeskapande kontaktfas. Inslag i klientstudien indikerar att här återfinns ett centralt problem som det fortsatta metod-

utvecklingsarbetet står inför och måste hantera. Klientkritiken på denna punkt visar att CM inte har haft uppbackning av ett beslutsmyndigt primärteam. CM kan betraktas som en "frontlinjearbetare" som befinner sig längst ut i vård- och hjälpapparaten i möte med enskilda klienter. Hur detta möte utfaller avgörs av hur CM agerar och hur dennes mandat och organisatoriska runtomkringstöd ser ut. Därmed aktualiseras ett antal frågor om strukturella förutsättningar som måste vara uppfyllda. Hur långt har man kommit i metodutvecklingsarbetet när det gäller dessa ramar och förutsättningar?

## 6.2 Ramen för case management ännu inte på plats

För att case management enligt ACT ska kunna bedrivas i praktiken måste ett antal förutsättningar vara uppfyllda. Resultatredovisningen i det föregående visar att så ej är fallet på de flesta håll. Fem förhållanden omnämns i SKL-projektet som är av central betydelse när case management ska börja tillämpas. Dessa beskrivs här som fem ramfaktorer:

1. Att det finns *kunskap* om och förståelse för case management inom moderorganisationerna så att arbetssättet därmed är legitimerat och sanktionerat.
2. Att *avtal* tecknas mellan moderorganisationerna som klargör huvudmännens ansvarstaganden och säkrar ett långsiktigt åtagande.
3. Att heltäckande *multidisciplinära team* finns på plats *med beslutsmandat*.
4. Att *utbildade CM* finns på plats som arbetar *heltid*. CM-funktionen låter sig inte delas med andra yrkesroller eller myndighetsutövande funktioner.
5. Att *klientinventeringar* har gjorts där målgruppen identifierats. "Rätt" klienter innebär i sammanhanget människor med (a) svår psykisk problematik och samtidigt missbruk samt (b) att alla andra insatser har prövats utan framgång.

Dessa fem punkter kan sägas utgöra ramfaktorer som måste vara uppfyllda för att arbete med case management ska kunna bedrivas. Bilden av hur långt man har kommit i implementeringen av case management varierar från region till region och mellan olika orter. Sammantaget framtonar en bild som ser ut enligt följande:

1. När det gäller kunskap om och förståelse för case management inom moderorganisationerna framkommer brister på olika håll. Mer återstår att göra för att acceptans och uppslutning kring det nya arbetssättet ska nås. Både CM och primärteammedlemmar upplever på sina håll att

kunskaper och förankring saknas i organisationerna. På enskilda håll upplever sig CM även motarbetad. I Norrbotten tycks man ha kommit längst när det gäller förankring och uppslutning inom kommuner och landsting. I Jönköping och Sjuhärad är bilden mer splittrad. I Jönköping väcks frågor kring landstingets intresse och engagemang och i både Jönköping och Sjuhärad återfinns ett antal småkommuner som ställer den regionala samordningen inför stora krav att informera och koordinera ett stort antal aktörer inom olika organisationer, som dessutom är geografiskt utspridda.

2. När det gäller avtal präglas metodutvecklingsarbetet på de flesta håll av muntliga överenskommelser mellan deltagande parter och uttalade intentioner och förhoppningar i samband med intresseanmälan att delta i metodutvecklingsarbetet. Undantaget utgörs av Norrbotten där en skriftlig samverkansöverenskommelse har tillkommit under metodutvecklingsarbetets gång. Tydliga avtal som reglerar deltagande organisationers åtaganden och förpliktelser lyser i det stora hela med sin frånvaro. Man kan fråga sig varför? Finns det en rädsla för bindningar som riskerar få ekonomiska konsekvenser för organisationerna?
3. Heltäckande multidisciplinära team eller primärteam finns bara delvis på plats under hösten 2006 (se figur 4 avsnitt 3.1.1). Mandat att fatta beslut i primärteamen varierar liksom sammansättningen av specialistkompetenser. Någon systematisk studie rörande primärteamens funktion har inte gjorts inom ramen för denna delrapport då primärteamen har betraktats som alltför ofärdiga. När det gäller frånvaro av beslutsmandat kan antas att detta återspeglar en brist på kunskap om och förankring av arbetsmetodiken i moderorganisationerna. Eller handlar det om makt och kontroll, en ovilja att delegera makt och kontroll neråt och utåt i organisationen? När det gäller primärteamens sammansättning och frånvaro av specialistkompetens aktualiseras frågor om kommunstorlekar och missbruks-, psykiatri- och primärvårdens utbyggnad. När specialistkompetens saknas inom den ordinarie verksamheten finns inte personer som kan ingå i primärteamen.
4. Inom SKL:s metodutvecklingsarbete har 22 personer deltagit i utbildningen till case manager. 17 deltagare har fullföljt utbildningen med inlämnade examinationsuppgifter. Alla deltagare har i sina nya roller som CM inte blivit helt frikopplade från sina tidigare tjänster och arbetsuppgifter. Förutsättningarna varierar därvidlag från ingen tid alls för CM till att man arbetar heltid. Enskilda CM uttrycker också ambivalens inför kravet att bli frikopplad från tidigare yrkesfunktioner. Man vill inte helt lämna sina tidigare arbetsuppgifter utan ha dem kvar inom ramen för CM.

5. Inventeringar av målgruppen, hur många klienter som återfinns inom respektive region eller kommun, finns bara delvis gjorda på sina håll. Identifiering av människor tillhörande målgruppen måste bedömas vara en arbetskrävande process som förutsätter systematik, samordning av många aktörer och samsyn gällande kriterier för tillförlitliga resultat. Utvärderingen saknar närmare uppgifter om hur omnämnda klientinventeringar i regionerna har gjorts. De flesta bedöms vara grova uppskattningar snarare än systematiskt genomförda kartläggningar. Undantaget utgörs av Norrbotten där man har gjort en samordnad inventering och där man även har identifierat en "prioriterad grupp" inom målgruppen. Utan noggranna inventeringar kan metodutvecklingsarbetet resultera i en välutvecklad arbetsmetodik som fungerar alldeles utmärkt utan att man når fram till rätt målgrupp. I sammanhanget bör sägas att CM upplever case management som användbar i mötet med målgrupper med annan problematik än svåra psykiska problem och samtidigt missbruk.

Hur långt har man då kommit i metodutvecklingsarbetet? SKL:s projekt bör i linje med initiativtagarnas egna anspråk och ambitioner betraktas som ett långsiktigt metodutvecklingsarbete. För de lokala aktörerna har ett antal frågor väckts under det inledande året, frågor som har varit nya och som man inte har varit beredd på när man anmälde intresse att delta i metodutvecklingsarbetet. Efter ett drygt år återstår på flera håll ett antal frågor att lösa innan case management har förutsättningar att fungera.

### 6.3 Case management i en översättningsprocess

SKL:s metodutvecklingsarbete har hösten 2006 inte kommit så långt i de tre regionerna att det är meningsfullt att tala om olika case managementmodeller. De exempel på modeller som redovisades under avsnitt 5.2 utgör just exempel. Längst kommen tycks man vara i Norrbotten när det gäller en arbetsmodell. Hur denna och övriga modeller vidareutvecklas och i vilken form de kommer att bestå är en fråga som kommer att följas upp i utvärderingens slutrapport våren 2008.

En verksamhet som framstår som intressant i sammanhanget är BOP i Jönköping. BOP är inriktad på målgruppen människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk och motsvarar en verksamhetsform som funnits i 12 år. BOP använder inte case managementterminologin när man beskriver sin verksamhet och medarbetarna benämns inte CM. På några centrala punkter skiljer sig också BOP från case management enligt ACT så som metoden presenteras i SKL-projektets utbildningsdel. Idémässigt finns dock flera likheter.

En återkommande skiljelinje som avgör hur man organiserar CM-verksamheten tycks handla om storleken på kommunerna. Större kommuner

tycks ha bättre förutsättningar, både ekonomiskt och personellt, att uppfylla ramfaktorerna medan mindre kommuner har svårigheter. Det är uppenbart att modeller som bygger på en eller flera kommuner som tillsammans med psykiatrin delar på en ensam CM är sårbara. Ur ett arbetsmiljöperspektiv kan ensamarbetet tänkas medföra stora påfrestningar på CM. Ur ett kompetensperspektiv kan man tänka sig att en enskild CM får svårt att svara upp mot krav på mångsidig kompetens i CM-rollen utan tillgång till kollegialt stöd. Rent bemanningsmässigt blir CM-verksamheten sårbar och kontinuiteten gentemot klienten hotas, vid sjukdom eller längre frånvaro finns ingen som täcker upp, för att inte tala om situationen om CM skulle sluta sin tjänst. I de tre regionerna utvecklas olika lokala lösningar på hur man organiserar sitt arbete med case management enligt ACT. En generell fråga är hur långt från ursprungsmodellen man får avvika och fortfarande kalla det case management.

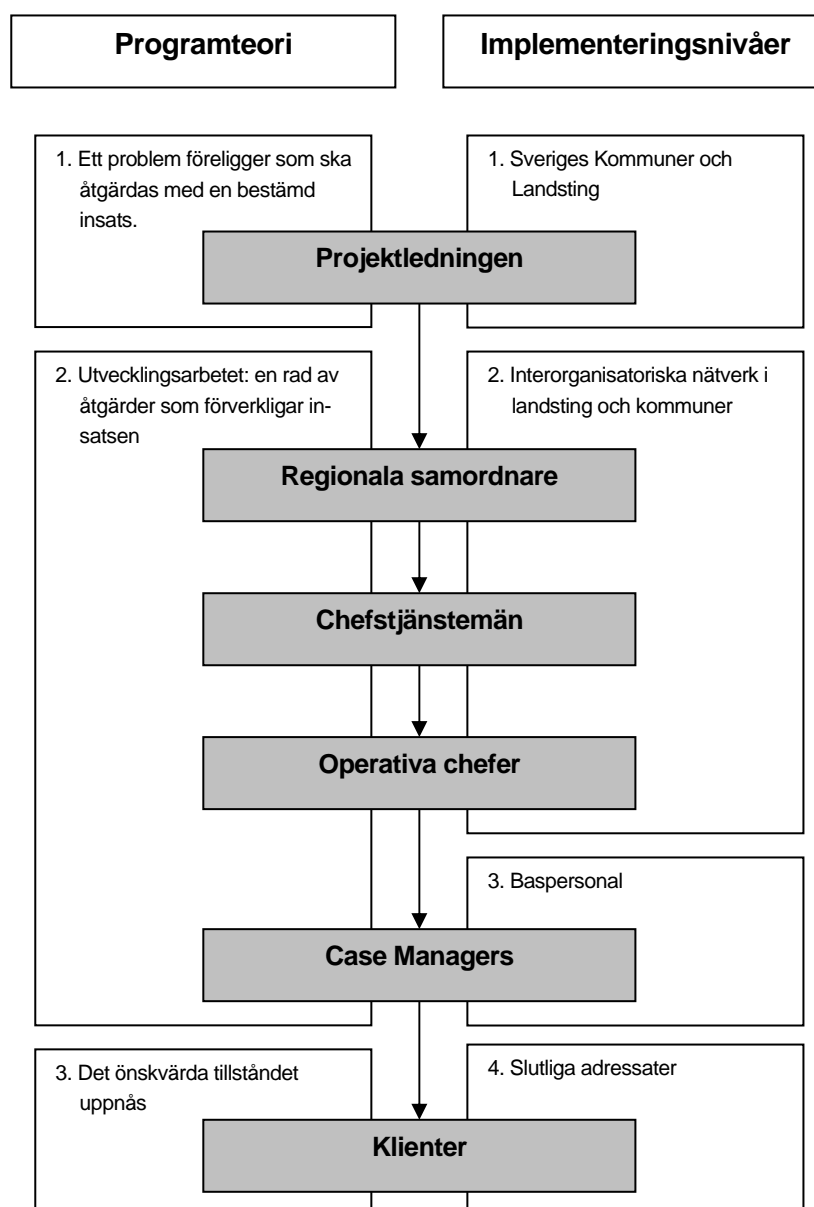
## 6.4 Rollen som case manager

Deltagarna som har genomgått utbildningen och har börjat tillämpa de nya kunskaperna i rollen som CM uttrycker sig genomgående positiva om den nya rollen och funktionen. I förhållande till yrkesbakgrunder och tidigare arbetsuppgifter innebär CM något nytt och ett tillskott till tidigare kompetenser. Som framkommit under resultatredovisningen är erfarenheterna av praktiskt CM-arbete begränsade. Deltagarnas syn på CM-rollen ligger därför nära teorin, CM:s beskrivningar återspeglar teoribildningen om case management. Som en följd av att ramfaktorerna inte har uppfyllts innehåller svaren också många frågetecken och osäkerheter kring den framtida CM-rollen. Osäkerheterna handlar bland annat om möjligheter att kombinera CM med tidigare arbetsuppgifter, om idéer att arbeta deltid och hur relationen till primärteamet ser ut när teamet inte är kompetensmässigt fullvärdigt, om CM:s mandat och status i både egna och omgivningens ögon, om praktiska frågor och tillgång till materiella resurser för att kunna arbeta som CM. Hur den faktiska rollen som CM kommer att utformas är således en fråga som får belysas ytterligare i slutrapporten våren 2008. Hitintills har de blivande CM i mycket fått agera ambassadörer och informationsspridare för den nya metoden och en CM-roll i vardande.

Sammantaget uppvisar deltagarna, de blivande CM, stort engagemang i den nya rollen och framtida arbetsuppgifter. I utformandet av CM-rollen är det nödvändigt att deltagarna som har genomgått SKL-projektets utbildning till CM får fortsatt handledning i det praktiska utövandet, så att de förmår utveckla, upprätthålla och befästa en identitet som CM.

## 6.5 Metodutvecklingsarbetet sett ur implementerings- och programteorin

I figur 9 beskrivs metodutvecklingsarbetet med case management utifrån programteori och implementeringsnivåer.



**Figur 9.** Metodutvecklingsarbetet betraktat utifrån programteori och implementeringsnivåer.

Den vänstra spalten i figur 9 motsvaras av programteorins komponenter och handlar om relationen mellan ett problem och insatser som ska åtgärda problemet för att ett önskvärt tillstånd ska uppnås. Översatt till SKL:s metodutvecklingsarbete motsvaras problemet av människor med dubbeldiagnoser



som har en svår livssituation och där case management enligt ACT utgör en insats som ska lindra och förbättra människors livssituation med minskat behov av institutionsvård och förhöjd livskvalitet som önskat utfall. Implementeringsteorin innebär att ett antal åtgärder ska genomföras i interorganisatoriska nätverk som involverar ett antal aktörer på olika nivåer för att så småningom nå fram till de slutliga mottagarna eller adressaterna, i SKL:s projekt människor med dubbla diagnoser. Implementeringen av en ny metod kan enligt Vedung (1998) analyseras med hjälp av ett antal frågor. Omformulerat till SKL-projektets sammanhang kan de formuleras på följande sätt:

1. Hur framträder SKL-projektet i ett historiskt perspektiv? Bryter case management enligt ACT mot rådande behandlingstraditioner och synsätt inom landsting och kommuner? Handlar det om ett radikalt brott eller bara om finjusteringar av en redan inslagen väg? Case management som idé kan inte sägas vara någon ny tanke utan återfinns till olika delar i 1990-talets psykiatrireform, i reformen personligt ombud och i begrepp som integrerad psykiatri (Malm, 2002). Som praktiskt tillämpad arbetsmodell enligt ACT (se Palmstierna, 2006) med CM, multidisciplinära primärteam med delegerat beslutsmandat från moderorganisationerna psykiatrin och socialtjänsten måste case management betraktas som något radikalt nytt. Tagen på fullt allvar utmanar det nya arbetssättet maktstrukturer och beslutsordningar som innebär att klienter i case management prioriteras och ges förtur in i olika vård- och behandlingssystem. En sådan prioritering kan också antas vara kontroversiell inom andra delar av vård- och hjälpapparaten och medföra olika intressekonflikter.

2. Hur pass tekniskt komplex är den nya metoden case management enligt ACT? Är den tydlig och enkel eller är den komplicerad? Hur ser programteorin ut, sambandet mellan dubbeldiagnosproblematiken, insatsen case management enligt ACT och det framtida önskvärda tillståndet i form av minskad institutionsvård och förhöjd livskvalitet hos klienter? Case management måste anses vara en komplex metod där ett antal pusselbitar och förhållanden måste vara vid handen för att metoden ska kunna tillämpas: avtal mellan moderorganisationer, klientinventering, kunnig och kompetent CM som i sin roll är frikopplad från andra arbetsuppgifter, heltäckande multidisciplinärt primärteam och kunskaper och förankring i den organisatoriska omgivningen. Det är många faktorer som ska finnas på plats för att case management ska fungera. Hur man ska få dessa förhållanden på plats är inte heller helt enkelt, hur avtal ska utformas, hur primärteam ska sammansättas och erhålla beslutsmandat, hur klientinventeringar ska genomföras, hur CM ska frikopplas från tidigare arbetsuppgifter. Lösningen av enskilda frågor skapar nya problem och ett ytterligare antal frågor som måste hanteras av moderorganisationerna. Finns ekonomiska och personalmässiga resurser att avsätta? Intressekonflikter kan tänkas uppstå mellan metodutvecklingsarbetet och andra delar av den ordinarie verksamheten. När de deltagande organisatio-

nerna konfronterats med alla dessa följdfrågor har det också blivit tydligt för dem att man inte riktigt visste vad man anmälde sig till när SKL-projektet startade hösten 2005. När det gäller programteorins giltighet har case management enligt ACT evidensbaserat stöd i forskningen när det gäller insatser riktade mot målgruppen människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk.

3. Vad kännetecknar själva implementeringen? Kan bristande delaktighet och oklarheter i implementeringen förklara implementeringens utfall? Om implementeringen inte når framgång enligt intentionerna kan det vara fruktbart att ställa tre frågor: vet, vill och kan.

- *Vet* aktörerna vad metoden case management enligt ACT handlar om? Har man fått tillräcklig kunskap, förstått och begripit innebörden av case management?
- *Vill* aktörerna verkligen införa case management? Hur pass genuint är intresset och engagemanget för det nya arbetssättet? Finns det dolda intressen och konflikter?
- *Kan* man genomföra det nya? Om inte, beror det på inre förhållanden som bristande kvalifikationer, förmåga och kompetens? Beror det på yttre faktorer, organisatoriska förhållanden, brist på resurser och tid eller något annat?

Som redan sagts berör implementeringen av case management olika organisatoriska nivåer där det förutsätts att alla aktörer är delaktiga och blir införstådda med den nya metoden. För att case management ska kunna tillämpas behöver aktörerna ha kunskaper om case management (veta), vilja arbeta på det nya sättet (vilja) och också kunna göra det (kunna). Hur ser det då ut i SKL:s projekt? Det samlade intrycket från metodutvecklingsarbetet uttrycks i tabell 5.

**Tabell 5.** *Frågorna vet, vill och kan i metodutvecklingsarbetet*

Organisatoriska domäner	Vet?	Vill?	Kan?
Politisk nivå	?	Ja?	Ja
Ledningsnivå			
Förvaltningsnivå	Nja	Nja	Nja
Mellanchefer			
Baspersonal	Ja	Ja	Nej
CM			

Intrycket från metodutvecklingsarbetet är att engagemanget för case management är stort i toppen och i botten av organisationerna, däremot är det mer

oklart hur det ser ut på mellannivå. Huruvida man på ledningsnivå vet vad case management är och hur insatt man är, har denna utvärdering inte underlag att kunna uttala sig om. Däremot finns viljan, eftersom man valt att delta i metodutvecklingsarbetet. En kritisk fråga är dock hur frånvaron av avtal i metodutvecklingsarbetet ska förstås, att avtal inte kommit till stånd som tydliggör deltagande organisationers ansvar och åtaganden. Saknas vilja? Kunnandet bedöms finnas på den högsta nivån, en slutsats som följer av att man på ledningsnivå sitter på resurser och mandat att fatta beslut, göra prioriteringar och organisationsförändringar.

På basnivå har CM genom utbildningen förvärvat kunskaper om case management och engagemanget i metodutvecklingsarbetet är på sina håll mycket stort. CM både vet och vill, men kan inte. Det som i olika grad hindrar CM att kunna arbeta enligt case management är olika yttre förutsättningarna som inte finns på plats: primärteam saknas liksom frikopplad tid för CM-funktionen, klientinventeringar saknas m.m.

På mellannivå visar utvärderingen att ett antal oklarheter föreligger. Det kommer till uttryck genom CM som på flera håll upplever sig ensamma och utlämnade i sin roll och uppgift, att man efterlyser mer stöd från organisationen och närmaste chefer som i olika utsträckning inte upplevs särskilt informerade eller insatta i case management. Röster från primärteamen visar också på ett antal oklarheter vilket ger en splittrad bild på mellanchefernivå vad beträffar vetandet, viljan och kunnandet. Man kan också säga att mellancheferna har en svår position. Vilket handlingsutrymme har mellanchefer? Vilka ekonomiska resurser och beslutsmandat har man? Hur stor valfrihet har mellanchefer när verksamhetsstyrningen under flera år tycks ha varit underordnad att "budgeten måste hållas"?

En sammanfattning av situationen kan formuleras på följande sätt: Toppen och botten vill, men däremellan stoppar det upp. I programteoritermer kan man säga att SKL-projektet dras med ett genomförandeproblem. Man har tänkt rätt, något teorifel föreligger inte förutsatt att forskningsstudierna som visar på evidensbaserat stöd för case management enligt ACT är korrekta. Däremot har själva implementeringen varit mer komplex och arbetskrävande än vad man har tänkt sig. Huvudproblemet ligger således på genomförandenivån.

4. Vilka signaler skickar de slutliga adressaterna, klienterna, människor i målgruppen med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk? Möter de case management med intresse eller ställer de sig avvisande? De signaler som går att utläsa i klientstudien innebär att klienterna ställer sig positiva till case management. Mycket rör dock förväntningar som återstår att infria.

5. Hur är kontrollen i form av utvärdering och uppföljning av implementeringsprocessen organiserad? Bidrar den till en framgångsrik implementering av case management? SKL-projektets centrala ledningsgrupp har genomfört träffar på regional nivå i syfte att följa upp och ge stöd åt det lokala metodut-

vecklingsarbetet. Dessa samlingar har uppfattats som viktiga och betydelsefulla. Röster "nerifrån", från CM, uttrycker snarast att man har efterlyst mer av regional samordning och stöd. Utbildningsinslagets uppläggning med återkommande handledning för CM och specialister har också uppskattats av de lokala deltagarna genom sin uppföljande funktion. Mycket handledningstid har ägnats åt praktiska och organisatoriska frågor som uppstått i samband med implementeringen. Därtill kommer denna utvärdering som genomförs i två steg. Hur denna delrapport tas emot och används återstår att se. Förhoppningen är att denna delrapport kan utgöra stöd för aktörerna i det fortsatta utvecklingsarbetet.

6. Vilken betydelse har andra insatser från andra myndigheter i implementeringen, exempelvis den Nationella psykiatrisamordningen? Den Nationella psykiatrisamordningens många olika aktiviteter och projekt har haft en positiv betydelse för SKL:s metodutvecklingsarbete. Flera deltagare uttrycker att psykiatrisamordningen har bidragit till en ökad uppmärksamhet på människor med dubbla diagnoser och behov av olika åtgärder som föreligger. Det har skapat en god jordmån för metodutvecklingsarbetet enligt fleras bedömning.

7. Spelar den samhälleliga omgivningen i övrigt någon roll för implementeringen? Vinner deltagande aktörer några opinionspoäng eller goodwill genom att arbeta med case management? Denna fråga är svår att besvara inom ramen för nuvarande utvärderingsuppdrag. Möjligtvis kan man anta att deltagande organisationer vinner i aktning hos brukarrörelsen och anhörig- och klientorganisationer. Samhällsdebatten och den ökade uppmärksamheten som den "psykiatriska frågan" fått i massmedia kan också antas spela viss roll. Deltagande organisationer i metodutvecklingsarbetet visar att man inte "sitter med armarna kors" utan aktivt söker åtgärda problemen och möta människors behov av vård hjälp och stöd.

## 6.6 Att veta och vilja, men inte kunna

Huvudresultatet från denna utvärdering har i föregående avsnitt summerats i tabell 5. Ett annat sätt att sammanfattningsvis uttrycka resultatet är genom följande påstående:

*Case managers har utbildats, vet vad det handlar om och vill – men kan (ännu) inte.*

Följdfrågan blir då: "varför?". Varför kan CM inte arbeta med case management? Utvärderingen har visat på ett antal yttre förhållanden som ej föreligger för att CM ska kunna arbeta med case management. För att använda den inledande metaforen som återfinns i utvärderingsrapportens titel kan man säga: Det finns utbildade vävare men ännu inga vävstolar byggda. Vilka yttre

förhållanden handlar det då om som måste finnas vid handen för att CM ska kunna arbeta som tänkt?

1. Det måste finnas *kunskap* om case management inom moderorganisationerna. Med brist på kunskap följer brist på förankring och därmed brist på stöd och uppbackning från omkringliggande organisationer. Implementeringen av case management sker i stora organisationer där många nivåer, avdelningar och enheter berörs, direkt eller indirekt. Här kan man fråga sig om inte SKL:s implementeringsorganisation har underskattat omfattningen av nödvändiga arbetsinsatser som måste till för att kunskap ska spridas och förankring vinnas.
2. Det måste finnas *avtal* mellan moderorganisationerna som garanterar stadga och långsiktighet i metodutvecklingsarbetet. Avtal ger tydlighet avseende vad moderorganisationerna vill och en trygghet för CM och primärteammedlemmar att investera engagemang i något som kommer att bestå. Här kan man fråga sig om frånvaron av avtal återspeglar andra tveksamheter inför SKL:s metodutvecklingsarbete eller rädsla från moderorganisationerna att gå in i något som kan innebära ekonomiska åtaganden och förpliktelser.
3. Det måste finnas *multidisciplinära primärteam med mandat att fatta beslut*. Utan tillgång till fungerande primärteam föreligger inte förutsättningar för case management enligt ACT. Frånvaron av primärteam, eller svårigheten att få till stånd fullvärdiga primärteam, kan ges olika förklaringar. Saknas exempelvis specialister i form av psykiatriläkare inom den ordinarie psykiatriska vården finns helt enkelt inte specialistkompetens att tillgå. Man kan också fråga sig om idén med multidisciplinära beslutsmyndiga primärteam som "går på tvärs" i hierarkiska organisationsstrukturer innebär ett alltför radikalt brott mot befintliga makt- och kontrollstrukturer av "stuprörskaraktär".
4. *CM måste frikopplas* från tidigare yrkesfunktioner och arbetsuppgifter för att kunna arbeta heltid med case management. CM-funktion låter sig inte delas med andra roller av exempelvis myndighetsutövande slag. Svårigheter att frikoppla personal enkom för CM-uppgiften kan också ges olika förklaringar. För moderorganisationerna efterlämnar frikopplingen ett "hål" i den ordinarie verksamheten som måste ersättas av ny personal. Därmed infinner sig en ökad kostnad som man kanske inte är beredd att ta. Enskilda CM som har genomgått utbildningen visar också på en ambivalens till idén om frikoppling, man vill helt enkelt inte släppa gamla arbetsuppgifter och en tidigare yrkesroll.
5. *Klientinventeringar* måste göras så att CM försäkras om att nå "rätt" målgrupp enligt intentionerna. Att göra tillförlitliga klientinventeringar

är med tanke på målgruppens utanförskap inte så enkelt utan kräver en systematiskt nedlagt arbetsinsats.

Sammanfattningsvis är case management en tekniskt komplex metod som ställer långtgående krav på den organisatoriska omgivningen för att kunna fungera. Med tanke på komplexiteten och kraven på moderorganisationerna har implementeringen i SKL:s projekt inte genomförts fullt ut - inte ännu i alla fall, femton månader efter metodutvecklingsarbetets start. Yttre förhållanden och förutsättningar förhindrar ännu tillämpningen av case management.

## REFERENSER

- Anthony, W., Cohen, M., & Farkas, M. (1996). *Rehabilitering av människor med psykiska funktionshinder*. Malmö: Universitetssjukhuset MAS.
- Baldwin, M. (2000). *Care Management and Community Care*. Aldershot: Ashgate.
- Björkman, T. (2005). Case management. I D. Brunt & L. Hansson (red.), *Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Burns, T., & Firn, M. (2005). *Samhällsbaserad psykiatrisk vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Goering, P. N., & Wasylenki, D. (1996). Case Management. In W. R. Breaky (ed.), *Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Holloway, F. (1991). Case Management for the Mentally Ill: Looking at the Evidence. *The International Journal of Social Psychiatry*, 37, (1), 2-13.
- Holloway, F., & Carson, J. (2001). Case Management: An Update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47, (3), 21-31.
- Intagliata, J. (1982). Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Ill: the Role of Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, 8, (4), 655-674.
- Lindström, E. (2002). Evidensbaserad psykiatri. I U. Malm (red.), *Case management. Evidensbaserad integrerad psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Malm, U. (red.) (2002). *Case management. Evidensbaserad integrerad psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, (1), 37-74.
- Netting, E. F. (1992). Case Management: Service or Symptom? *Social Work*, 37, (2), 160-164.
- Palmstierna, T. (2004). *Behandling av personer med komplexa vårdbehov p.g.a. psykisk störning och missbruk* (Fokusrapport). Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Palmstierna, T. (2006). Utbildningsmaterial, OH-bilder.
- Payne, M. (2000). The Politics of Case Management and Social Work. *International Journal of Social Welfare*, 9, (2), 82-91.

- Rapp, C. A. (1998). *The Strengths Model: Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness*. New York: Oxford University Press.
- SBU (2001). *Behandling av alkohol och narkotikaproblem* (vol. 11). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Socialstyrelsen (1999). *Personer med svår psykisk störning och missbruk*. (Psykiatriuppföljningen 1999:1) Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004). *Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem. En långtidsuppföljning av Socialstyrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatireformen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2005). *Personligt ombud 2000-2004*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.





