

# Case management

Utvärdering av en arbetsmetod i samverkan  
mellan vård och socialtjänst

---

*Katarina Piuva  
Cecilia Lobos*

*Ersta Sköndal Högskola  
Fältenheten*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

## SAMMANFATTNING

### 1. INLEDNING

#### 1.1 Bakgrund

#### 1.2 Utvärderingsuppdraget, utvärderingens syfte och frågeställningar

#### 1.3 Utvärderingsmodell och metoder för datainsamling

### 2. CASE MANAGEMENT – METODER

#### 2.1 Historik

#### 2.2 Forskningsöversikt

### 3. CASE MANAGEMENT – FÖR PERSONER MED PSYKISK

#### FUNKTIONSNEDSÄTTNING/

#### FUNKTIONSHINDER OCH KOMPLEXA VÅRDBEHOV – Projektet i city: Norrmalm, Kungsholmen och Östermalm

#### 3.1 Inledning

#### 3.2 Organisation

#### 3.3 Utbildning

### 4. PRESENTATION AV RESULTAT

#### 4.1 Inledning

#### 4.2 Uppföljningar

#### 4.3 Vad betyder det att ha en case manager

#### 4.4 Att arbeta som case manager

#### 4.5 Samarbetet i vården och omsorgen

#### 4.6 Organisation & Framtid

#### 4.7 Sammanfattning av utvärderingens resultat

### 5. DISKUSSION

#### 5.1 Resultatet i relation till tidigare forskning

#### 5.2 Projektet som arbetsform

#### 5.3 Avslutande reflektioner

### 6. REFERENSER



att insatsen förbättrar klienternas/patienternas psykiska hälsa, sociala situation och livskvalitet krävs att fler individer följs upp över en längre tidsperiod. Flera internationella studier har visat att insatsen case management enligt modellerna Assertive case management och Intensive case management ger ett lägre vårdutnyttjande av slutenvård och därmed lägre kostnader. En rekommendation är således att beakta eventuella kostnadsminskningar genom att göra en retrospektiv studie av deltagarnas vårdkonsumtion före projektstarten och efter projektets avslutande.

# 1. INLEDNING

---

## 1.1 Bakgrund

Den utvärdering som presenteras i denna rapport behandlar projektet *Case management– för personer med psykisk funktionsnedsättning/funktionshinder och komplexa vårdbehov*. Ett vanligare uttryck är ”dubbeldiagnos” och med det menas individer med både missbruk och psykisk störning. Projektet har formats inom ramen för ett önskat samarbete mellan stadsdelsförvaltningarna på Östermalm, Kungsholmen och Norrmalm samt landstingets beroendecentrum i stadsdelarna och Stockholms norra psykiatri. Satsningen inbegriper utbildning och handledning av sex case managers samt uppbyggnaden av en modell för samverkan anpassad till ovannämnda målgrupp.

Initiativet till projektet bärs upp av en kunskap hos initiativtagarna om att resurserna runt målgruppen behöver samlas och att uppdrag och ansvarsområden behöver tydliggöras för att höja kvalitén i arbetet (skrivelse Socialtjänsten Östermalms stadsdelsförvaltning). Den aktuella målgruppen kräver vård och stöd som vilar på samverkan och samordning mellan flera aktörer för att nå varaktiga resultat (Lindgren J. & von Wachenfeldt L. 2005). Detta kräver tillgång till kompetent och kunnig personal och ”en integrerad organisatorisk struktur” (minnesanteckningar från samordningsgruppen).

Projektet baseras på idéer om samverkan inom den egna organisationen, över de egna gränserna och mellan olika organisationer. Dessa tankar initierades cirka ett år innan medel till satsningen skaffats fram. Av anteckningar gjorda inom projektet kan man utläsa en medveten strävan efter flexibilitet i arbetet kring målgruppen. Tanken är, enligt projektplanen, att åstadkomma en förändring och/eller en optimering av den enskildes situation med stöd av en case manager som får fungera som ”motor vad det gäller planering och adekvata insatser” kring patienten/klienten. Projektet finansieras med Miltonmedel<sup>1</sup> och sträcker sig under perioden 2005-09-01 – 2006-12-31.

## 1.2 Utvärderingsuppdraget, utvärderingens syfte och frågeställningar

Våren 2006 riktar ansvariga för projektet en förfrågan om utvärdering av projektet till Ersta Sköndal högskola med önskemål om en utvärdering som belyser samverkansaspekter mellan de involverade huvudmännen och som också undersöker om projektsatsningen har bidragit till något resultat för den enskilde. Utvärderingen utgår från projektets målsättning och syftar till att dels beskriva projektets olika delar: case management-utbildningen och samverkansmodellen, och dels värdera projektets resultat utifrån målsättningen att höja vård- och omsorgskvaliteten för målgruppen. Följande frågor har styrt utvärderingsarbetet:

- Har case management-insatsen förändrat brukarnas psykiska hälsa, omfattning av missbruk samt livskvalitet?
- Hur värderar brukarna case management-insatsen?

---

<sup>1</sup> De s. k. Miltonmedlen är statlig finansierade stimulansbidrag för samverkan mellan kommun och landsting kring personer med psykiska funktionshinder. Kansliet *Nationell psykiatrisamordning* som leds av Anders Milton (S 2003:09) har bl.a. som uppgift att fördela medel till kommuner och landsting som ansökt om förstärkta resurser för att utveckla samordning, rehabilitering och verksamhetsutveckling för personer med psykiska funktionsnedsättningar/funktionshinder med komplexa vårdbehov (S2005/441/HS).

- Hur beskriver case management-gruppen arbetsprocessen avseende organisation, arbetsroll och klientkontakter?
- Hur uppfattas projektets insatser av sina samverkanspartners?

Inledningsvis, i kapitel 2 och 3, presenteras en beskrivande del: projektets organisation och förutsättningar, utbildningen av case management-gruppen, historik samt aktuell forskning om case management. I presentationen av resultaten, kapitel 4, undersöks om och hur projektet påverkat målgruppen, hur arbetsgruppen (case manager-gruppen) beskriver arbetet samt hur projektarbetet uppfattats av de samverkande organisationerna. I den avslutande diskussionsdelen, kapitel 5, analyseras resultatet i förhållande till tillgänglig forskning om insatsen case management och till det aktuella organisatoriska sammanhanget.

### 1.3 Utvärderingsmodell och metoder för datainsamling

Ansatsen kan beskrivas som en måluppfyllelsemodell med fokus på utveckling (Vedung 1998). Framgångsrika inslag men även eventuella hinder kommer att belysas i syfte att medverka till projektets övergripande mål att optimera insatserna för målgruppen. Insamlingen av data består av 1) en brukarundersökning 2) personalens (case managers) reflektioner över att arbeta i projektet, 3) en undersökning som ringar in organisationens roll samt det aktuella samarbetet kring patienterna/klienterna i projektet och 4) en sammanställning av de mätningar som gjorts under projektiden avseende brukarnas hälsa, missbruk och livskvalitet.

#### *Datainsamlingsmetoder*

- **Sammanställning av utvärderingsinstrumenten** GAF-S, GAF-F, Mansa, Audit, Dudit och ASI. Sedan projektstarten har dessa instrument använts i behandlingssyfte samt med syftet att om möjligt följa förändringar i undersökningsgruppen.
- **Enkät till samtliga brukare** som ingår i projektet under december 2006 och som haft case manager mer än två månader. Enkäten syftar till att undersöka vilket värde brukarna tillskriver insatsen och vad i insatsen som har betydelse för deras upplevda livskvalitet.
- **Fokusgruppintervju** med de case managers som arbetar i projektet. Intervjun syftar till att lyfta fram deltagarnas upplevelser av arbetsmetoden, samverkansformen, relationen till brukarna samt utbildningen, områden som kan tänkas vara av värde för verksamhetens utveckling.
- **E-postenkät (1)** till samtliga deltagare i case management-gruppen, styrgruppen, uppdragsgivargruppen samt referensgruppen. Enkäten syftar till att klarlägga deltagarnas uppfattning om rekryteringsvägar och beslutsgångar avseende de brukare som omfattas av projektet nu och i framtiden.
- **E-postenkät (2)** till samtliga läkare samt handläggare/socialsekreterare inom socialtjänsten som ansvarar för vård- respektive omsorgsbeslut för de individer som deltar i CM-projektet. Syftet är att undersöka hur ansvariga vård- och omsorgsgivare värderar projektets insatser.

- **Inläsning av de dokument som framställts vid projektets tillskapande samt skandinavisk och internationell forskning** om case management för psykiskt funktionshindrade, i syfte att relatera projektets mål och resultat till den samlade kunskapen inom området.

#### *Analys och presentation av insamlade data*

Sammanställningen av utvärderingsinstrumenten har bearbetats med Excel och SPSS, och presenterar klienternas/patienternas värden vid projektets start samt efter c:a 6 månaders deltagande. Brukarenkäten har bearbetats i Excel och svaren på frågorna redovisas i tabellform. Fokusgruppen samt intervjuerna spelades in på band, transkriberades och organiserades utifrån de teman som framkom under intervjuerna. Svaren på e-postenkäterna presenteras utifrån de deltagandes organisationstillhörighet och analysen av resultatet ställs i relation till relevant organisationsforskning samt teorier om organisationer och studier som belyser projekt som arbetsform och forskningsfält. I beskrivningen av projektet och utbildningen av case managers har de dokument som producerats för projektet använts.

## 2. CASE MANAGEMENT – METODER

### 2.1 Historik

Den historiska bakgrunden till dagens case management- metoder har sina rötter i det tidiga 1900-talets USA. Socialt arbete och psykiatri har en gemensam historia inom psykiatrisk öppenvård och eftervård i USA (Piuva 2005, Sands 2001, Rosen 1968). Det var socialarbetarna som medlade mellan den specialiserade vården och patienternas sociala nätverk och som stöttade patienterna i att komma tillbaka till ett normalt liv efter vistelser på vårdinstitutioner. ”Psychiatric casework” har haft en självklar roll i amerikansk psykiatri och titeln ”psychiatric caseworker” har länge haft ett högt professionellt anseende. Case management-modellen, med tradition i den äldre ”casework”- metoden, fick hög aktualitet i samband med den psykiatriska avinstitutionaliseringen i västvärlden under 1960- och 1970-talen. Syftet med arbetsmetoden var densamma som vid psychiatric casework, att åstadkomma en anpassning till samhället och att undvika återinläggning i slutenvård.

Metoderna utvecklades snabbt och anpassades till organisatoriska och ekonomiska förändringar av vården, framförallt i Nordamerika, Canada och Storbritannien (Intagliata, J. 1982). I UK banade en ändring av socialpsykiatrisk verksamhet, från insatsstyrning till behovsstyrning i kombination med privat finansiering, vägen för ökad användning av case management som arbetsform. På 1980-1990 talet etableras ”care management” inom social service i UK med syfte att skraddarsy service efter individuella behov. Samtidigt introducerades Care Program Approach (CPA) inom hälso- och sjukvården. Denna modell betecknas också som multiprofessionell case management (Järkestig Berggren 2006, Payne 2000). Ur de tidiga case manager verksamheterna och CPA har följande modeller utvecklats:

#### *Entreprenörmodellen*

Arbets sättet karaktäriseras av att case managern ges ett budgetansvar och ansvarar för framtagning av en plan och implementerar ett servicepaket i samråd med klienten. Syftet med modellen är att minska kostnader genom att administrera behov i relation till tillgången till vård (Payne 2000). Arbetet med case management beskrivs antingen som standardarbete med 30 till 35 patienter eller som intensivt arbete med 10 till 15 patienter (Samele et al. 2002).

#### *Mäklarmodellen*

I denna modell har case managern en assisterande roll till brukaren i att upprätta en planering och att styra serviceinsatser som brukaren väljer. Syftet med modellen är att främja möjligheten för vuxna med funktionshinder att utöva kontroll över sitt eget liv (Payne 2002). Brukaren anställer sin assistans. Managern blir en administrativ samordnare av insatser och förmedlare av service. Enligt mäklarmodellen är case managerns funktion att bedöma klienternas behov av stöd, upprätta individuella planer, arrangera, övervaka, följa upp och utvärdera vården och omsorgen. Arbetet innebär kontakt med många klienter utifrån en kontorsbaserad funktion (Holloway & Carson 1998).

### *De multiprofessionella modellerna*

Det här är ett samlingsnamn för ett flertal modeller. Det gemensamma är att case managern är en nyckelperson i ett multiprofessionellt team som samordnar teamets komplexa insatser till en klient. Insatserna kan vara av såväl social som medicinsk karaktär. Namnen på de mest kända modellerna är Assertive Community Treatment (ACT), Clinical Case Management (CCM) och Intensive Care Management (ICM). Assertive Community Treatment som i Sverige kallas för "Integrerad psykiatri" ges av ett team som arbetar med klienten och möts för att diskutera sina insatser regelbundet. Case managern har ett litet antal klienter knutna till sig. Den kliniska varianten av case management (CCM) bygger på en case manager som har ansvar för samhällsservice samt klientens sociala och medicinska behov. Case managers funktion är att arbeta med vårdplanering, skapa en relation till klienten och intervensera vid behov. Intensive case management (ICM) är ytterligare en modell som arbetar med tät kontakt med ett fåtal patienter (Holloway & Carson 1998). I modellerna kan det också förekomma blandningar av frivillighet och tvång. Enligt de arbetsmodellerna har inte klienten rätt att avstå från kontakt med managern (Payne 2000). I de svenska modellerna av case management och personligt ombud förekommer inte den typen av tvång.

Ytterligare två modeller som förekommer är "rehabiliteringsmodellen" respektive "resursmodellen". I rehabiliteringsmodellen<sup>2</sup> betonas klientdefinierade mål och managers uppgifter omfattar kartläggningar av rehabiliteringsbehov och brister i grundläggande sociala förmågor. Managern samordnar och sammanför individen med olika serviceinstanser, bevakar och följer processen samt företräder och tar tillvara klientens rättigheter. Resursmodellen<sup>3</sup> betraktas mer som en filosofi än ett servicesystem. Grundtanken i filosofin bygger på att det är klientens resurser snarare än svagheter och sjukdom som skall fokuseras. Interventionen bygger på klientens egna målsättningar (Payne 2000).

Den arbetsmodell som används i det aktuella projektet kan närmast beskrivas som tillhörande de multiprofessionella modellerna, utan det tvång som innebär att klienten inte kan avstå från case management. I projektbeskrivningarna återfinns många inslag från ACT, CCM, SCM och ICM, till exempel att case managern ska arbeta med en mindre grupp brukare, att arbetsalliansen är central och att case managern har ett tätt samarbete med professionella team. Gemensamt för ACT, CCM och ICM, de så kallade multiprofessionella modellerna, är att insatserna ska vara samhällsbaserade och att servicen ska vara lokal, tillgänglig och flexibel (Nordenfelt 2005, Falloon et al. 1997). Det som skiljer dessa modeller från entreprenörmodellen och mäklarmodellen är att case managern inte bara är förmedlare av insatser utan också den som har den närmaste relationen med klienten/patienten.

## 2.2 Forskningsöversikt

### *Inledning*

Som framgår av historiken ovan finns det idag en bred flora av olika arbetsmodeller. Två huvudspår i arbetsmodellerna kan skönjas, den ena med betoning på administration och samordning (entreprenör- och mäklarmodellen) och den andra med betoning på klientkontakten (de relationsbaserade

---

<sup>2</sup> Eng: Rehabilitation model (Payne 2000)

<sup>3</sup> Eng: Strengths model, SCM (Payne 2000)

multiprofessionella modellerna). En trolig anledning till att de senare uppträder under olika beteckningar (ACT, ICM, CCM, SCM) är dels att arbetsmodellen befinner sig mellan två fält, det psykiatriska och det sociala och dels att de vetenskapliga kraven på evidens bidragit till att den metod man använder behöver definieras i förhållande till andra liknande arbetssätt. Det finns ingen given och självklar uppfattning om vad case management betyder, flera metoder har växt fram parallellt i olika miljöer och under olika förutsättningar.

Forskningsgenomgången är i huvudsak koncentrerad på de arbetsmodeller där man arbetar mer intensivt med ett fåtal klienter/patienter som i det aktuella projektet. Litteratursökningen till översikten har huvudsakligen utgått från databaserna Academic Search Premier och PsychINFO.

### ***Vårdkostnader och effektivitet : 1980- och 1990-talen***

I de första större studierna under 1980-talet där metodens resultat undersöktes, var det svårt att belägga att case management hade någon bättre effekt än andra arbetsmodeller (Franklin et al. 1987). Under 1990-talet förflyttades forskningens fokus alltmer på minskade vårdkostnader. Assertive Community Treatment (ACT) och Intensiv case management (ICM) har i flera tidigare studier visat sig reducera vårdtiden i slutenvård (Scott et al. 1995; Wasyleński 1994, Bond et al. 1988 ). ICM reducerade behovet av återinläggning på slutenvård och hade stor betydelse för klienternas möjligheter att leva ett normalt socialt liv (Wasyleki 1994). Resultaten pekade också på att ju mer noggrant ACT-modellen följdes i arbetet desto bättre blev resultaten (Bond et al 1988). Andra modeller av case management gav också effekter men inte i samma grad som ACT (Scott et. al. 1995). ACT har också i en studie av hemlösa med psykisk störning visat sig vara mer effektivt än andra modeller avseende boendesituationen. Inga skillnader kunde däremot påvisas beträffande missbruk, inkomst eller självskattning av välbefinnande (Morse et al. 1997). En randomiserad studie av standard case management jämfört med ACT på en grupp psykiskt långtidssjuka med beroendeproblem visade att det inte verkade vara någon skillnad beträffande grad av missbruk, livskvalitet och vårdkostnader mellan metoderna under undersökningens två första år. Efter tre år visade det sig att behandling enligt ACT visade signifikanta skillnader beträffande resursutnyttjande och vårdkostnader. Patienterna med ACT hade efter tre år lägre resursutnyttjande än kontrollgruppen ( Clark et al. 1998).

Sammantaget har de tidigaste utvärderingarna av de olika modellerna visat att ACT och ICM hade något bättre effekt än andra case management-modeller avseende minskade vårdkostnader, minskning av fängelsevistelser och stabilare boende. Resultaten av ACT verkar också bli tydligare efter lång tid. Beträffande missbruk, psykisk hälsa och livskvalitet fanns inga belagda skillnader till någon modells fördel. I flera studier efterlystes också bättre beskrivningar av insatserna och fler utvärderingar av betydelsen av den terapeutiska alliansen (Mueser et al. 1998).

### ***Systematiska litteraturoversikter: Efter 2000***

En systematisk forskningssammanställning (Marshall et. al. 2000) visade att så kallad ”vanlig” case management som metod inte var bättre än andra arbetsmetoder för allvarligt psykiskt störda och psykiskt långtidssjuka. Studien omfattade alla former av beskrivningar av ”case” eller ”care” management med fokus på administrativ samordning. Däremot visade översikten att ACT hade

bättre resultat. I jämförelse med vanlig rehabilitering och så kallad vanlig eller standard case management hade klienterna med ACT en längre och regelbundnare kontakt med vården efter utskrivning, bättre bostadsförhållanden och mindre återinskrivning till vård (Marshall et al. 2000).

I den senaste uppdaterade systematiska översikten 2007 fann samma författare att de bättre resultaten för ACT beträffande vårdutnyttjande och bostadsförhållanden bestod. Författarna rekommenderade ACT som en effektiv metod, speciellt på den grupp som är högkonsumenter av psykiatrisk vård. Denna rekommendation är sannolikt en bidragande orsak till att ACT och närbesläktade arbetsmodeller vunnit terräng under senare tid. Det finns också avvikande forskningsresultat. En studie av ACT med hemlösa i New Haven visade att utfallet för denna grupp inte påverkades av hur lång ACT-kontakten var. Resultatet avseende vårdkonsumtion och arbetade dagar var till och med bättre för den grupp som avbröt ACT efter en kort tid (Philips et al. 2001).

### ***Brukarnas bedömningar och brukarmedverkan***

Patienterna/klienterna själva är också nöjdare med ACT än så kallad vanlig community care, rehabilitering eller andra administrativa former av case management. Vid Maudsley Hospital i London genomfördes under 1998 en 18 månaders uppföljning i form av en randomiserad studie där jämförelsegrupperna var en grupp patienter som vid utskrivning från vård erhölet Intensiv case management (ICM) och en annan grupp som fick så kallad ”vanlig eftervård”. Alla deltagare bedömdes som ”hard to treat”. Beträffande psykiska symptom och sociala funktioner fanns ingen skillnad mellan grupperna vid uppföljningen. Däremot skattade patienterna själva sin livskvalitet som mycket högre vid ICM, och den gruppen var också mer nöjd med den behandling de fått (Holloway & Carson 1998). I en undersökning av case management där man jämförde olika modeller av ICM med en modell med ICM där brukare deltog som specialister, visade gruppen med brukare som aktörer i programmet bättre resultat än de övriga grupperna (Felton et al. 1995).

### ***Case management och Personligt ombud i Sverige***

Uttrycken case manager och personligt ombud används parallellt i den svenska kontexten. Ibland är benämningen personligt ombud liktydigt med det engelska case manager, medan det i andra sammanhang är tydligt att innebörden av personligt ombud är mer förankrat i svensk välfärdstradition och i det rättighets- och medborgarperspektiv som framträdde i psykiatrireformen 1995 (SOU 1992:73). Insatsen personligt ombud aktualiserades i Sverige först efter psykiatrireformen 1995 (Socialstyrelsen 1999, 2004). Den omstrukturerad av omhändertagandet av långvarigt psykiskt sjuka som psykiatrireformen innebar, bland annat ett ökat ansvar för kommunerna och färre vårdplatser, förde med sig ett ökat intresse för arbetsmodeller som reducerade kostnader för slutna vård och som samtidigt också innebar ett stöd för psykiskt störda och deras familjer i vardagen. Efter psykiatrireformen 1995 inleddes en försöksverksamhet med personligt ombud i Socialstyrelsens regi på 10 orter i Sverige. Utvärderingen av dessa verksamheter visade en förbättring avseende funktionsförmåga och minskat behov av öppen och slutna psykiatrisk vård för de deltagande personerna (Socialstyrelsen 1999, 2004).

Den svenska utvecklingen av arbetsmodellen har inte samma tydliga koppling till nedläggning av institutioner och ”managed care” som beskrivs i den

internationella forskningen. Visserligen har utvecklingen i Sverige också inneburit en minskning av vårdplatser och ett mer behovsinriktat stöd i samverkan mellan sjukvård och kommuner, men man kan skönja en skillnad i framställningarna. I de svenska beskrivningarna (Socialstyrelsen 1999, 2004, 2005) framhävs medborgarperspektivet medan mer pragmatiska ekonomiska och administrativa tongångar präglar kunskapssammanställningarna av den internationella forskningen (Marshall et al. 2000; 2007).

Efter psykiatrireformen etablerades arbetsmodellerna personligt ombud och case management i Sverige, både i den medicinska kontexten (case management) och den sociala (personligt ombud). Två inriktningar framträder när man tar del av de svenska studierna. 1) Personligt ombud med medborgarperspektiv och med tonvikt på brukarinflytande och 2) Case management med ett medicinskt behandlingsperspektiv och med betoning på professionalism och arbetsallians med klienten/patienten. Två svenska avhandlingar, Björkman, T. (2000) och Järkestig Berggren, U. (2006) belyser detta förhållande. Björkmans avhandling (2000) är en utvärdering av de 10 olika projekt som inleddes efter psykiatrireformens genomförande. Björkman väljer att översätta uttrycket Personligt ombud till Strengthen case management (SCM). Det är det uttryck som Payne (2000) menar är mer ideologiskt än en beskrivning av en arbetsmodell. Järkestig Berggren (2006) undersöker yrkesrollen personligt ombud och den nya yrkesrollens funktioner. Hon poängterar redan i titeln en paradox: ”Social praktik i en medicinsk diskurs.” I avhandlingen undersöks yrkesrollen, inte utfallet av densamma, och slutsatserna sammanfattas i en problematisering av arbetsuppgifterna. Klienternas problem definieras utifrån medicinska diagnoser samtidigt som medborgar- och rättighetsperspektivet lyfts fram som metod för förändring. De personliga ombuden har som uppgift att träckla ihop en vård- och omsorgsadministration som inte fungerat för dem som bäst behöver den.

Det finns också några svenska medicinska studier som beskriver utfallet av case management. I en studie från 1995 (Åberg- Wistedt et al. ) redovisas en tvåårig jämförelse mellan team-baserad case management och vanlig psykiatrisk öppenvård för en grupp med schizofreni. Resultatet av studien visar att case management effektiviserade vården genom färre akutbesök och lägre tryck på släktingar och familj. I en annan svensk studie från 2000 undersöktes mängden och frekvensen av vårdkontakter hos en grupp (176 ind.) långvarigt psykiskt sjuka. Både patienter med och patienter utan case manager deltog i undersökningen. Slutsatsen var att patienter med case management i större utsträckning fullföljde behandlingsplaner och hade ett bättre fungerande socialt nätverk än de utan case manager (Björkman & Hansson 2000). I en senare studie där man jämförde utfallet av Strengthen case management (SCM) med ”standard case management” efter 36 månaders kontakt, fanns inga kliniska eller sociala skillnader mellan grupperna, däremot sjönk vårdkonsumtionen avsevärt för SCM-gruppen. Denna grupp var också mer nöjd med insatsen och med vården (Björkman et al. 2002).

### ***Sammanfattning: Forskningsöversikt***

Case management är ett individuellt baserat stöd. Den historiska förklaringen framhäver nedläggning av institutioner, återanpassning till ett normalt liv, ökat fokus på individuella behov och krav på effektivisering av vården som orsaken till arbetsmodellens framväxt. Case management kan betyda allt från administrativ och ekonomisk samordning till ett mera intensivt relationsbaserat arbete med ett

fåtal individer. Sju olika modeller har beskrivits i den internationella litteraturen: 1) Entreprenörmodellen, 2) Mäklarmodellen, och de multiprofessionella modellerna: 3) Assertive Community Treatment ACT, 4) Intensive case management ICM och 5) Clinical case management CCM. Dessutom omnämns 6) Rehab-modellen och 7) Strengthen case management SCM som två specifika arbetsmetoder. I de tidigaste uppföljningarna av case management var det svårt att se att insatsen hade bättre effekt än traditionella insatser. Efter hand och under de senaste åren har resultaten varit mer och mer framgångsrika avseende de former av case management som arbetar intensivt med ett fåtal klienter/patienter. Särskilt ACT och ICM har haft positiva resultat beträffande minskning av vårdkonsumtion. Det finns idag inga studier som visar på positiva förändringar avseende psykisk hälsa och missbruk. Däremot finns det en del studier som visar att brukarna/patienterna /klienterna är positiva till det stöd som ICM och ACT innebär.

Den svenska modellen med beteckningen personligt ombud har influenser av alla modeller som beskrivs i den internationella litteraturen men associeras oftast med Strengthen case management (SCM), troligen därför att den modellen framhäver brukarens medbestämmande och inriktningen på socialt stöd, inte på rehabiliterande åtgärder. I den svenska integrerad psykiatri är likheterna störst med de multiprofessionella modellerna, Assertive case management (ACT) och Intensive case management (ICM). Personligt ombud och case management omnämns inte i den svenska litteraturen före psykiatireformens genomförande 1995. En bidragande orsak till att arbetsmodellerna aktualiserats i Sverige under 2000-talet är sannolikt att psykiatireformen innebar ett delat ansvar av vård och stöd mellan landsting (sjukvård) och kommuner (socialtjänst).

### 3. Case management – för personer med psykisk funktionsnedsättning/funktionshinder och komplexa vårdbehov - *Projektet i city: Norrmalm, Kungsholmen och Östermalm*

#### 3.1 Inledning

Det aktuella projektet finansieras med så kallade Miltonmedel och syftet med satsningen är att bygga upp en fungerande arbetsmodell enligt case management-metoden. Projektet innefattar utbildning av case managers, implementering av insatsen till 30-50 personer med psykiska funktionshinder samt med de komplexa vårdbehov som dubbeldiagnos innebär (psykisk störning samt beroendeproblematik). Sex personer från landsting och kommuner anställdes som case managers. De bildade en egen arbetsgrupp samtidigt som de behöll sin förankring i de organisationer där de var anställda. Projektets uttalade målsättningar är att öka kvaliteten i vården och omsorgen för de aktuella klienterna samt att utarbeta en modell för samverkan mellan kommunen, beroendevården och psykiatrin.

#### 3.2 Projektets organisation

Projektets nuvarande organisation och struktur har sin upprinnelse i en samordningsgrupp som bildades redan under 2004 bestående av representanter från landstingets psykiatri, landstingets beroendevård och stadsdelsförvaltningarna på Kungsholmen, Östermalm och Norrmalm. Vid den här tiden diskuterade representanterna möjligheten att ansöka om Miltonmedel för en gemensam satsning i form av skapandet av en verksamhet för rehabilitering för klienter/patienter med dubbeldiagnos (minnesanteckningar från samordningsgrupp). Under 2005 kom även representanter från Stockholms beroendecentrum, FoUU Norra Stockholms psykiatri, mottagningarna i Norrmalm, Kungsholmen och Östermalm, Karolinska Institutet samt psykosenheten att ingå i ovannämnda samordningsgrupp/arbetsgrupp som samlades kring en diskussion av idéer och tankar kring hur en case management-verksamhet skulle kunna se ut och organiseras. Projektet fick juni 2005 följande organisation:

- a) *En styrgrupp* bestående av arbetsledare för anställda case manager inom berörda stadsdelsförvaltningar: Kungsholmen, Norrmalm, Östermalm. I gruppen ingår också arbetsledare för landstingets beroendemottagningar på Östermalm, Kungsholmen och Norrmalm samt arbetsledare vid Norra Stockholms Psykiatri. Styrgruppen utgör projektets ledning och har som uppgift att planera, organisera, fastställa och ansvara för budget, följa upp och dokumentera projektet samt skriva en slutrapport.
- b) *En uppdragsgivargrupp* bestående av avdelnings/verksamhetscheferna för Individ- och familjeomsorgen (IoF) i de berörda stadsdelarna samt ansvariga chefer inom Norra Stockholms Psykiatri och landstingets beroendevård. Deras uppgift är att möjliggöra samverkan över verksamhetsgränserna, utforma styrgruppens uppdrag och följa upp projektet.

- c) *En referensgrupp* bestående av representanter för landstingets norra psykiatri: allmänpsykiatriska mottagningen på Östermalm, Serafens öppna psykiatriska mottagning, Mellanvården, landstingets beroendevård: Beroendecentrum Stockholm samt stadsdelsdirektörer inom berörda stadsdelar.

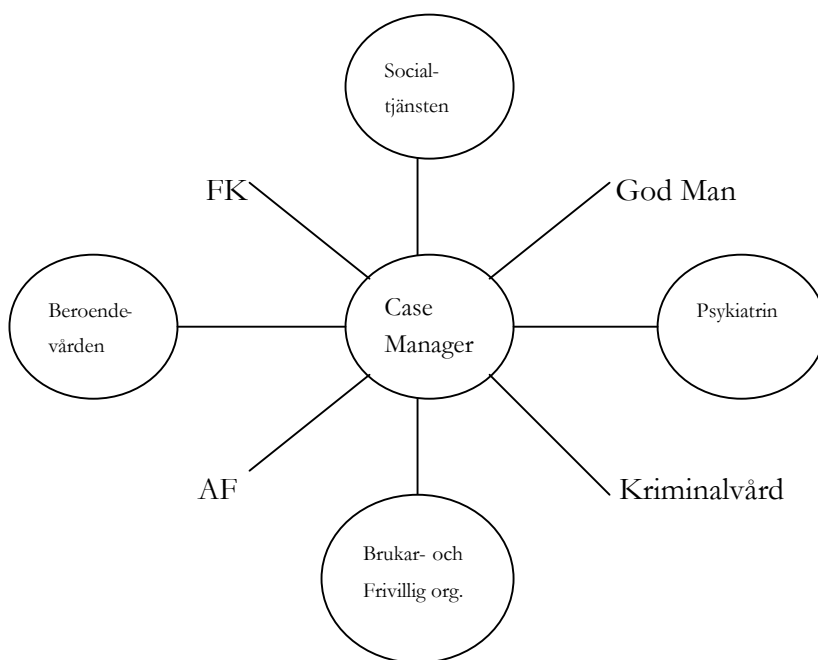
(Källa: Projektplan 050325)

Projektet baseras på idéer om samverkan inom den egna organisationen, över de egna gränserna och mellan olika organisationer. Målet är att möjliggöra en bred samverkan där alla resurser tas till vara. En öppen inbjudan riktades till Ångestsyndromsällskapet, RSMH, IFS, Brukarföreningen, Balans, OCD-förbundet Ananke, Spes-suicidprevention & efterlevnadsstöd som får en representation inom projektet.

De projektansvariga har format en organisation kring och för en yrkeskategori eller en yrkesfunktion – CM-gruppen - som ses som ”motor vad gäller planering av adekvata insatser” kring klienten/patienten (Projektplan 050325). CM gruppen har kvar sina respektive moderorganisationer inom de berörda stadsdelarna och inom landstinget och bildar samtidigt en egen arbetsgrupp med definierade arbetsuppgifter. I följande figur beskrivs projektets organisation.

Fig. 1

*Grafisk bild av CM projektet*



(Källa: Broschyr projektet)

Bilden kan tolkas som en grafisk översättning av de formella förväntningarna på projektet och på case managementgruppen (Bolman L. & Deal T. E. 2003). Bilden lyfter också fram ett förväntat utbyte av kontakter mellan de involverade aktörerna i de berörda organisationsgrupperingarna: case management- grupp, styrgrupp, uppdragsgivargrupp och referensgrupp. Tydligast i framställningen är case managerns centrala funktion. Målsättningen med denna organisering är att

utveckla en arbetsmodell som, enligt projektplan från 2005-03-25, kan tydliggöra vars och ens "gemensamma och unika ansvar" för att kunna erbjuda den tilltänkta målgruppen optimala insatser.

De projektansvariga har redan tidigare dokumenterat sin kunskap om att personer med psykisk funktionsnedsättning/funktionshinder och komplexa vårdbehov kräver vård och stöd som bygger på samverkan och samordning mellan flera aktörer för att nå varaktiga resultat (Lindgren J. & von Wachenfeldt L. 2005). Vidare poängteras det i samma förstudie att arbetet med ovannämnda målgrupp kräver tillgång till kompetent och kunnig personal och en integrerad organisatorisk struktur. De projektansvariga beskriver en förening av psykiatrisk behandling med psykosociala åtgärder i dagligt liv i stället för en fragmentering av den erbjudna vården mellan olika huvudmän. Den nybildade case management-gruppen ska enligt dokumentet skapa gemensamma mötesarenor både inom och utanför de egna organisationerna och de gällande strukturerna för projektet i form av:

- regelbundna träffar med styrgruppen en gång per månad
- regelbundna mötestider med respektive chef för de olika CM
- regelbundna träffar med uppdragsgivargruppen två gånger per termin
- upprätthållandet av en kontinuitet gentemot de egna moderorganisationerna genom närvaro på bl.a. ärendedragningar och
- närvaro vid dragningar av gemensamma klienter med psykiatrin

Den erbjudna utbildningen förväntas också att ge ytterligare möjlighet till nya kontaktytor och kontaktkanaler eftersom arbetsgruppen går utbildningen tillsammans med andra case managers från hela landet.

### 3.3 Utbildningen

Personalen i case management-gruppen startade sina utbildningar i september 2005. Arrangörerna av utbildningen var Beroendecentrum Stockholm (BCS<sup>4</sup>), Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, beroendeforskning och Karolinska Institutet Education AB. Deras samarbete resulterade i nedanstående valbara utbildningsblock. FOUU vid Norra Stockholms psykiatri<sup>5</sup> medverkade vid framtagningen av ett av blocken, en 5 poängskurs i evidensbaserad psykiatri. Beroendecentrum Stockholm hade ytterligare två valbara block, kurserna *Introduktion till vårdvetenskap med inriktning mot missbruk och psykisk ohälsa*, 5 poäng och *Omvårdnad med inriktning mot missbruk och psykisk ohälsa*, 5 poäng. Dessa kurser skulle ha omfattat 8-9 kursdagar, vår- och höstterminen 2007.

---

<sup>4</sup> Grunden för all utbildningsverksamhet i BCS regi är att öka den professionella kompetensen för att säkra vårdkvaliteten, patientsäkerheten och utvecklingen av vården. De kurser och utbildningar som ges i Beroendecentrums regi delas in i tre olika delar: 1) interna seminarier, 2) kortare kurser och 3) uppdragsutbildningar. Utbildningsuppdraget inom ramen för CM-projektet faller inom ramen för uppdragsutbildning. Programmet inom utbildningarna har, enligt BCS egen beskrivning, utformats som separata uppdragsutbildningar för att även annan personal (inte bara blivande case managers) som arbetar med målgruppen ska kunna komplettera tidigare erfarenheter och grundkunskaper där så behövs.

<sup>5</sup> Forskning Utbildning och Utveckling fokuserar på en patient- och klinisknära forskning, kvalitetsutvärdering och en utbildningsverksamhet riktad till samtliga personalkategorier inom landsting och kommun.

Fig. 2

*Utbildning för case manager 2005 - 2006, 20 – 25 p.*

Höstterminen 2005	Vårterminen 2006	Höstterminen 2006
<p><b>I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrerad behandling – missbruk och svår psykisk störning 10 p. 21 kursdagar</li> </ul>	<p><b>II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkohol- och narkotikaberoende 5 p. 7 kursdagar</li> <li>• Beroendetillstånd 10 p. 17 kursdagar</li> </ul>	<p><b>III</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundläggande evidensbaserad psykiatri 5 p. 9 kursdagar</li> </ul>
<b>10 p.</b>	<b>5 eller 10 p.</b>	<b>5 p.</b>

*Utbildningsblock I:* Kursen syftar till att utifrån olika perspektiv ge kunskap om den kombinerade förekomsten av svår psykisk störning och missbruk. I kursen behandlas vidare de samverkande huvudmännens insatser och organisatoriska förutsättningar. Kursdeltagarna genomgår en fortbildning inom integrerad social och sjukvårdande behandling i lokalsamhället för personer med komplexa vårdbehov på grund av missbruk och psykisk störning. Efter utbildningen är kursdeltagarna enligt kursbeskrivningen rustade att ansvara för planering och uppföljning av insatser, ansvara för beslut och samordning och vara huvudman för klienten samt bevaka dennes rättigheter. Enligt kursplanen är kursens innehåll och uppläggning som följer:

- målgrupp
- omvårdnadsmodeller, människosyn, etik
- lagområden som styr de samverkande huvudmännens samordnade arbete
- perspektiv på missbruk och behandling av missbrukare, inklusive genderperspektivet
- organisationerna i teori och praktik
- samverkan
- integrerad behandling

*Utbildningsblock II:* Detta block innehåller två kursmoment a) Alkohol- och narkotikaberoende 5 poäng och b) Beroendetillstånd 10 poäng. Kursen i *Alkohol- och narkotikaberoende* syftar till att ge kursdeltagarna fördjupade kunskaper i beroende/missbrukstillstånd, fördjupade kunskaper i drogkunskap, fördjupade kunskaper i psykofarmakologi och kunskap i evidensbaserade behandlingsmetoder vid alkohol och drogberoende. Kursen *Beroendetillstånd* syftar till att ge kursdeltagarna fördjupade kunskaper om beroendestillstånd och drogkunskap, kännedom om effektiva metoder för bedömning och behandling av missbruk/beroende och kännedom om aktuell forskning inom området missbruk/beroende. Kursernas innehåll och uppläggning kan sägas bygga på varandra. Gemensamt för båda var:

- drogkunskap och beroendeutveckling
- grundläggande begrepp inom området
- neurobiologiska, psykologiska och sociala mekanismer vid beroende

- aktuell forskning inom området
- SBU:s slutsatser om effektiva metoder vid behandling både med farmakologiska och psykosociala insatser vid missbruk/beroende
- psykofarmakologi

Kursen i *Beroendetillstånd* bjöd vidare på en inblick i och kunskap om diagnostiska kriterier, droganalyser och provtagning, somatiska komplikationer vid missbruk/beroende och behandling av dessa, diagnostik och bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade tillstånd och samtidig psykisk störning, evidensbaserade metoder för behandling för att stödja och underlätta i förändringsprocessens olika steg, familj- och nätverksskunskap samt en grundkurs i motiverande samtal (MI).

*Utbildningsblock III* skapades på initiativ av Beroendecentrum Stockholm som riktade en förfrågan till FOUU Norra Stockholms Psykiatri om samarbete kring skapandet av en psykiatriutbildning. FOUU Norra Stockholms Psykiatri har inte haft någonting med själva projektet att göra. Dock har deras medarbetare ingått i projektet. FOUU har utformat och tillhandahållit kursen *Grundläggande evidensbaserad psykiatri*. Kursen utformades så att den skulle vara lämplig för flera olika yrkeskategorier som i sitt arbete möter personer med psykiska funktionshinder samt deras närstående. Ämnen som behandlades inom detta block var:

- kognitiva funktionshinder
- psykofarmakologi
- psykiatri och patienträttigheter ur brukarperspektiv
- projektarbete

Kursens syfte var att öka kunskapen om psykiska störningar och psykiska funktionshinder hos samverkande parter inom vård, social service och rehabilitering. Målet var att den ökade kunskapen skulle leda till en evidensbaserad psykiatrisk vård och behandling samt bidra till en effektivare samverkan mellan olika aktörer kring personer med psykisk sjukdom/psykiska funktionshinder och deras närstående.

Under utvärderingens gång framkommer det att deltagarna i case management-gruppen väljer mellan kursen *Alkohol- och narkotikaberoende* och kursen i *Beroendetillstånd*. Som argument för detta val framförs det att vissa av kursdeltagarna redan hade nyförvärvad psykiatrikunskap och att det behövdes mer kunskap kring vad den andra kursen hade att erbjuda. CM-gruppen får tillgodoräkna sig sammanlagt 15 - 20 poäng oavsett tillhörighet inom landsting eller kommun plus 5 poäng i evidensbaserad psykiatri (Beroendecentrum Stockholm).

Utbildningen bedrevs i form av föreläsningar, grupparbeten och individuella studier och byggde vidare på studenternas tidigare kunskaper och erfarenheter. Utbildningen gavs i kombination med klient-/patientarbete och handledning och gruppen examinerades med gruppmentor i tvärdisciplinära grupper, individuella kunskapsmentor och muntliga tentamina. Under hösten 2005 omfattade tidsåtgången för studier (inklusive föreläsningar, hemarbete) och handledning maximalt 50 % av deras arbetstid. Åtföljande terminer, 2 och 3 under våren

respektive hösten 2006, skulle studierna i *Alkohol- och narkotikaberoende* utgöra 25% av arbetstiden exklusive handledning. Studierna i *Beroendetillstånd* utgjorde 50% och *Grundläggande evidensbaserad psykiatri* utgjorde 25 % av arbetstiden, exklusive handledning (Beroendecentrum Stockholm).

I utbildningen *Alkohol- och narkotikaberoende* deltog även andra studenter från andra vårdgrannar från de olika CM-projekten inom BCS. På denna kurs vårterminen 2006 var det 11 kursdeltagare. 55 personer från hela Sverige deltog i kursen *Beroendetillstånd* 10 p. under vår-/höstterminen 2006. Enligt utbildningsansvarig från Beroendecentrum Stockholm har gruppen tyckt att ”det har varit bra att sitta på skolbänken med andra personalkategorier och med folk från hela landet”. Vidare att ”de (case management-gruppen) har lärt sig hur andra tänker kring samverkan och hur man gör utanför Stockholm”.

Ett önskemål från kursansvarig inom BCS är att skapa en sammanhängande kurs på 4 terminer ”där man kan nöta och blöta sina samverkansproblem, och lära sig arbeta tillsammans för att arbeta optimalt med denna målgrupp”.

En försvårande omständighet under utbildningens gång har, enligt kursansvariga från Beroendecentrum Stockholm, varit att vissa av deltagarna i case management-grupperna har kombinerat sin utbildning med ett heltidsarbete. Dessa 6 personer hade ”projektpatienter” under kursstiden. Arbetsgruppen förväntades utföra ett heltidsarbete från och med vårterminen 2006 i enlighet med de krav som ställts på deras roll. Enligt projektplanen från 050325 har varje case manager vid utbildningens början två klienter/patienter att ansvara för. Antal klienter/patienter utökades under den pågående utbildningen och utgjorde vid tiden för utbildningens tredje termin 8 till 18 klienter/patienter per case manager.

## 4. RESULTAT

### 4.1 Inledning

Presentationen av resultatet inleds med en sammanställning av de skattningar och uppföljningar av psykiska symptom, psykisk funktionsnivå, missbruk, psykisk hälsa och livskvalitet som gjorts under projektiden under rubriken *Uppföljningar*. Svaren på enkäten till brukarna (40 svar av totalt 44 aktuella respondenter) presenteras under rubriken *Vad betyder det att ha en case manager*. Därefter följer en sammanställning av fokusgruppintervjuerna under rubriken *Att arbeta som case manager*. De två sista resultatredovisningarna i kapitlet är sammanställningar av svaren på de e-postenkäter som distribuerades till deltagarna i styrgruppen, uppdragsgivargruppen och referensgruppen och till samtliga läkare och handläggare/socialsekreterare inom socialtjänsten som ansvarar för vård- respektive omsorgsbeslut för de personer som deltagit i case management-projektet. Sammanställningarna av dessa e-postenkäter presenteras under rubrikerna *Samarbetet i vården och omsorgen* och *Organisation och framtid*. Varje resultatdel sammanfattas kort och slutligen sammanfattas resultatet utifrån de inledande frågeställningarna i kapitlets sista del, *Sammanfattning av utvärderingens resultat*.

Inledningsvis presenteras i fig. 3 och fig. 4 beskrivande sammanställningar av undersökningsgruppen respektive en sammanställning av de skattningar som gjorts under projektiden.

Fig. 3

*Födelseår och kön: hela gruppen. N= 44*

<i>Count</i>		<i>Man</i>	<i>Kvinna</i>	<i>Antal (%)</i>
<i>Född</i>	40-49	2	1	3 (6,8)
	50-59	6	3	9 (20,5)
	60-69	7	4	11 (25,0)
	70-79	9	6	15 (34,1)
	80-89	3	3	6 (13,6)
<i>Total</i>		27	17	44 (100)

*Född år \* Kön Crosstabulation*

Fig. 4

**Sammanställning av samtliga skattningar vid projektstart och uppföljning. N= 44**

<i>Skattningsinstrument</i>	<i>Projektstart</i>	<i>Bortfall</i>	<i>Uppföljning</i>	<i>Bortfall</i>	<b><i>Start+Uppf.</i></b>	<i>Bortfall</i> <i>Start+Uppf.</i>
<i>ASI</i> <i>Hälsa,11</i>	22	22	22	22	<b>17</b>	27
<i>ASI</i> <i>arb</i>	20	24	22	22	<b>15</b>	29
<i>ASI alk&amp;nark23a</i>	20	24	23	21	<b>16</b>	28
<i>ASI alk&amp;nark23n</i>	19	25	20	24	<b>14</b>	30
<i>ASI</i> <i>Krim</i>	20	24	24	20	<b>17</b>	27
<i>ASI Familj &amp; umg</i> <i>19a</i>	21	23	22	22	<b>16</b>	28
<i>ASI Familj &amp; umg</i> <i>19b</i>	19	25	22	22	<b>15</b>	29
<i>ASI</i> <i>Ps. hälsa</i>	20	24	23	21	<b>16</b>	28
<i>GAF</i> <i>Symtom</i>	25	19	26	18	<b>21</b>	23
<i>GAF</i> <i>Funktion</i>	26	18	34	10	<b>21</b>	23
<i>Audit</i>	27	17	23	21	<b>18</b>	26
<i>Dudit</i>	20	24	21	23	<b>14</b>	30
<i>Mansa</i>	41	3	23	21	<b>22</b>	22
<i>Vårdplan</i> <sup>6</sup>	43		38			

Tabellen visar alla skattningar samt bortfall för varje skattningsinstrument. De som ingår i utvärderingen, dvs. där det finns en uppföljande skattning, presenteras under kolumnen *Start + uppföljning*.

***Bortfall***

Vid tidpunkten för uppföljningen var 44 personer aktuella för utvärderingen. Utvärderingen omfattar inte alla aktuella och avslutade patienter/klienter i projektet. 65 personer sammanlagt hade deltagit under 2005 och 2006, en del av dem hade avslutat sitt deltagande, några hade varit aktuella för kort tid för att delta i utvärderingen. Vi satte gränsen tre månader för uppföljningen. Bortfallet ska alltså beräknas utifrån 44 personer. Som mest är alltså 50% av individerna skattade enligt uppföljningsinstrumenten (Mansa). I projektplaneringen ingick att de ordinarie vårdgivarna inom psykiatri och socialtjänst skulle utföra skattningarna.

<sup>6</sup> Vpl. vid projektstart betyder att en inledande vårdplan har gjorts på 43 personer. Med vpl. vid uppföljning menas att två eller fler vpl. har gjorts på 38 personer under projektiden.

Då det inte alltid inträffade, särskilt inte vid uppföljningstillfället, fick respektive case manager gå in och göra skattningen. När frågan om bortfallet har diskuterats har motiveringen att denna grupp individer i allmänhet är svåra att få ett kliniskt samarbete med, framförts. I projektplaneringen var man väl medveten om detta förhållande. Därför beslutade man att skattningarna skulle göras av ordinarie vårdgivare. Detta har inte skett fullt ut. Det blir därmed svårt att bedöma på vilket sätt bortfallet påverkar resultatet. Det går inte att utesluta att de som inte följts upp kan ha sämre uppföljningsvärden. Det är också möjligt att anta att bortfallets värden inte skiljer sig från de övriga, utan att bortfallet har organisatoriska och administrativa orsaker.

## 4.2 Uppföljningar

En av målsättningarna i projektet var att följa upp insatsen genom skattningar av patienternas/klienternas psykiska hälsa och välbefinnande, missbruk och livskvalitet. 6 olika skattningsinstrument användes. 1) Addiction Severity Index (ASI). Samtliga ASI-frågor gäller ”problemdagar” (Hur många dagar under senaste månaden upplever du att du haft problem med X?). Skattningen gäller alltså inte de mer ingående frågorna i instrumentet som ger en fylligare bild av hälsa, missbruk och social situation. 2) Global Assessment of Funktioning - Symptoms (GAF-S), 3) Global Assessment of Functioning-Functions (GAF-F) är ett vanligt instrument inom psykiatrisk vård. Testet är reliabilitetstestat och bedöms ha god tillförlitlighet (ICC (1,1) =0.81) (Söderberg 2004). Det är också användbart på gruppnivå i syfte att mäta förändringar för hela populationer. 4) Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit) och 5) Drug Use Disorders Identification Test (Dudit) är framtagna för att identifiera problematiskt alkohol- och drogbruk och lämpar sig för användning i primärvård och öppenvård. Testerna är självtester och har den fördelen att de är enkla att utföra och sammanställa. För att få en bättre bild av eventuella problem rekommenderas ASI eller liknande instrument. 6) Manchester Short Assessment of Quality of Life (Mansa) är ett vanligt test för mätning av livskvalitet i internationella studier, vilket möjliggör jämförelser. Den är också en självskattning och har den fördelen att den är enkel att använda. Skattningarna kan med fördel användas i uppföljande syfte men i klinisk verksamhet har de sin huvudsakliga funktion genom att de ger ledtrådar till vilka mer ingående utredningar och insatser som behöver göras. Skattningarna utfördes med 2 – 9 månaders mellanrum. Signifikansanalys<sup>7</sup> har gjorts och redovisas där  $p < 0.05$ .

Beträffande ASI-mätningarna är det enbart registreringen av antal problemdagar den senaste månaden (de senaste 30 dagarna) inom respektive behovsområde som registrerats i syfte att följas upp. Antalet problemdagar, dvs. antalet dagar som den intervjuade anger att det funnits problem inom respektive område har registrerats för mellan 14 – 17 personer inom varje område.

---

<sup>7</sup> Pair Samples T-test och Wilcoxon Non Parametric test (SPSS). Det senare valdes pga att urvalet var litet samt icke normalfördelat. Dessutom tar Wilcoxontestet inte bara hänsyn till medelvärdet (T-test) utan också hur många av paren som är oförändrade vid mättillfällena. I de fall där signifikanta skillnader fanns, var resultatet lika både i T-test och Wilcoxon.

### Uppföljning av ASI-skattningar

De aktuella ASI-områdena är: Fysisk hälsa, Arbete och sysselsättning, Alkoholbruk, Drogbruk, Kriminalitet och asocialitet, Familjekonflikter, Konflikter med andra och Psykisk hälsa. Med siffran 1 menas skattning vid start och med siffran 2 i diagrammet menas uppföljning.

Fig. 5

#### ASI: Skillnader Start + uppf. Medelvärden och antal problemdagar

Fysisk hälsa N = 17, Arb N= 15, Alk N=16, Nark N= 14, Krim N= 17, Fam.konf N= 16, Annankonf N= 15, Ps. hä N= 16.

Områden	Mean	Fler dagar/ind.	Oför.probl. dagar/ind.	Färre probl. dagar/ind.	Antal ind. Start+Uppf. Fig.1)
Fy hä 1	7,71				
Fy hä 2	7,82	6	7	4	17
Arb 1	13,0				
Arb 2 *	5,07	1	8	6	15
Alk 1	9,31				
Alk 2 *	3,63	4	3	9	16
Nark 1	4,43				
Nark 2 *	2,71	1	11	2	14
Krim 1	0				
Krim 2	1,76	1	16	0	17
Konf Fam 1	0,19				
Konf Fam 2	3,44	4	11	1	16
Konf Annan 1	1,07				
Konf Annan 2 *	0,07	1	11	3	15
Ps hä 1	9,44				
Ps hä 2 *	7,19	4	6	6	16
Problemdagar tot.		22	73	31	

\*Markerar områden där medelvärdet är lägre vid uppföljning och där samtidigt fler individer har färre problemdagar. Skillnader ej signifikanta

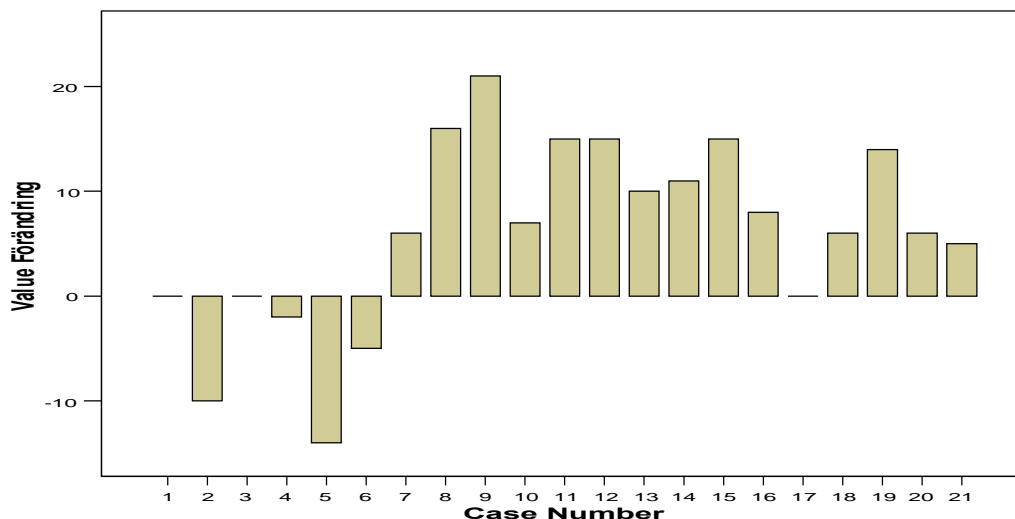
Det vanligaste alternativet är att deltagarna har oförändrat antal problemdagar (73). Antalet problemdagar för hela gruppen är vid uppföljningstillfället något färre. Den mest markanta minskningen av problemdagar återfinns inom *Arbete och sysselsättning*, *Alkoholbruk* och *Psykisk hälsa*. Något färre problemdagar har registrerats för *Narkotikabruk* och *Konflikten med andra*. Beträffande *Fysisk hälsa*, *Familjekonflikter* och *Kriminalitet* har antalet problemdagar ökat.

### Funktionsnivåer

De två följande sammanställningarna gäller skattning av funktionsnivå vid start och uppföljning.

Fig. 6

GAF-S: Start + uppföljning. N = 21

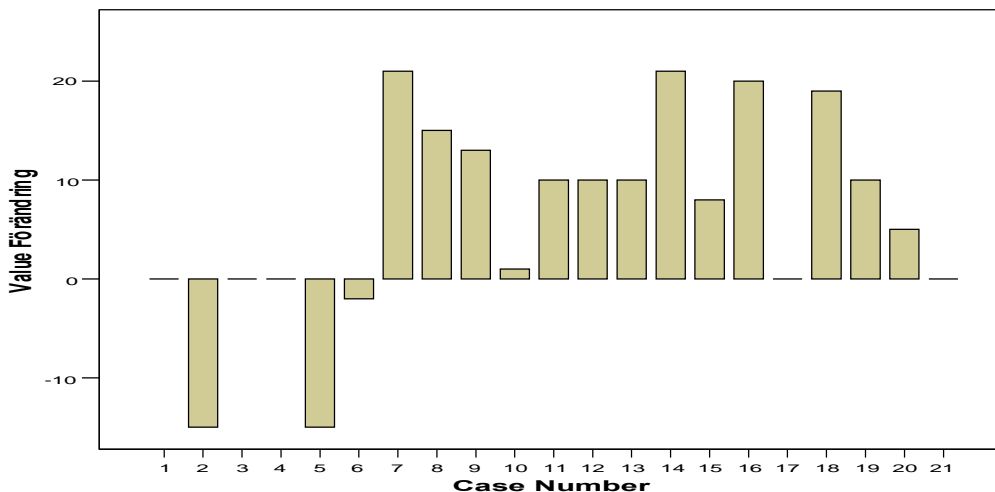


GAF-S skalan har värdena 1-100 där 1= mycket sjuk och 100= symptomfri. Medelvärde för hela gruppen vid *Start* = 52,95. Vid *uppföljning* = 59,29.

*P*-värde = .007. Figuren ovan visar förändringen för samtliga individer mellan mättillfällena. Mätningarna visar att GAF-S värdena är något högre vid uppföljningen, dvs. en förbättring avseende hela gruppen. 4 individer har sämre värden och 3 individer har oförändrade värden.

Fig.7

GAF-F : Start + uppf. N= 21



GAF-F skalan har värdena 1-100 där 1= låg funktionsnivå och 100= fullt fungerande. Medelvärde vid *Start* = 54,33. Vid *Uppf.* = 60,57. Skillnaderna ej signifikanta. Figuren ovan visar förändringen mellan mättillfällena för samtliga individer. Enligt uppföljningen är funktionsnivån något högre för hela gruppen vid uppföljningen. Tre individer har sämre värden och fem individer har oförändrade värden.

### Alkohol- och narkotikakonsumtion

Instrumentet Audit mäter graden av riskabelt alkoholbruk. Formuläret består av 10 frågor om alkoholkonsumtion och ger maximalt 4 poäng per fråga = 40 p. Hög poäng är lika med hög risknivå. Resultatet kategoriseras i riskgrupper där risknivå 1 = 8-14 p., risknivå 2 = 15-19 p. och risknivå 3 = 20 p. och mer.

Fig. 8

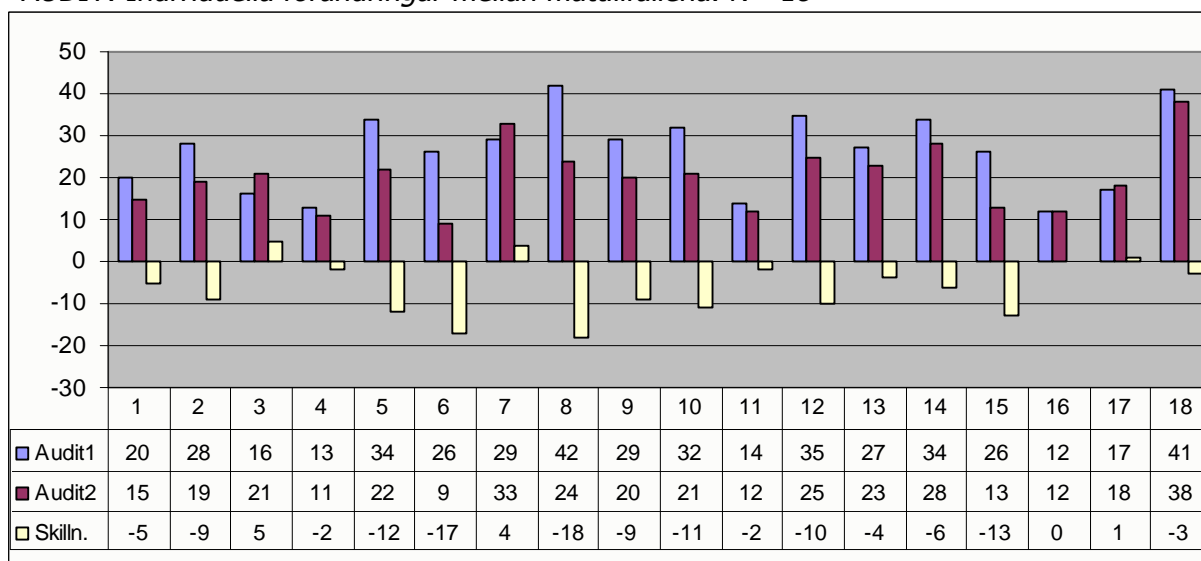
**AUDIT : Start + uppf. N= 18**

Individ nr:	Riskgrupp m1	Riskgrupp m2	Förändring
1	3	1	Pos 2 Nivåer
2	3	2	Pos 1 Nivå
3	2	3	Neg 1 Nivå
4	1	1	Oförändr
5	3	3	Oförändr
6	3	1	Pos 2 nivåer
7	3	3	Oförändr
8	3	3	Oförändr
9	3	3	Oförändr
10	3	3	Oförändr
11	1	1	Oförändr
12	3	3	Oförändr
13	3	3	Oförändr
14	3	3	Oförändr
15	3	1	Pos 2 Nivåer
16	1	1	Oförändr
17	2	2	Oförändr
18	3	3	Oförändr

Medelvärde för gruppen vid *start* = 26,40 och vid *uppf.* = 20,22. Variation vid start: max 40 p., min 12 p. Vid uppföljning: max. 38 p., min. 9 p. Fyra personer har förändrat sin risknivå till det bättre sedan den initiala mätningen. 1 individ visar en högre risknivå vid uppföljningen och 13 individer har enligt skattningen samma risknivå vid uppföljningstillfället.

Fig.9

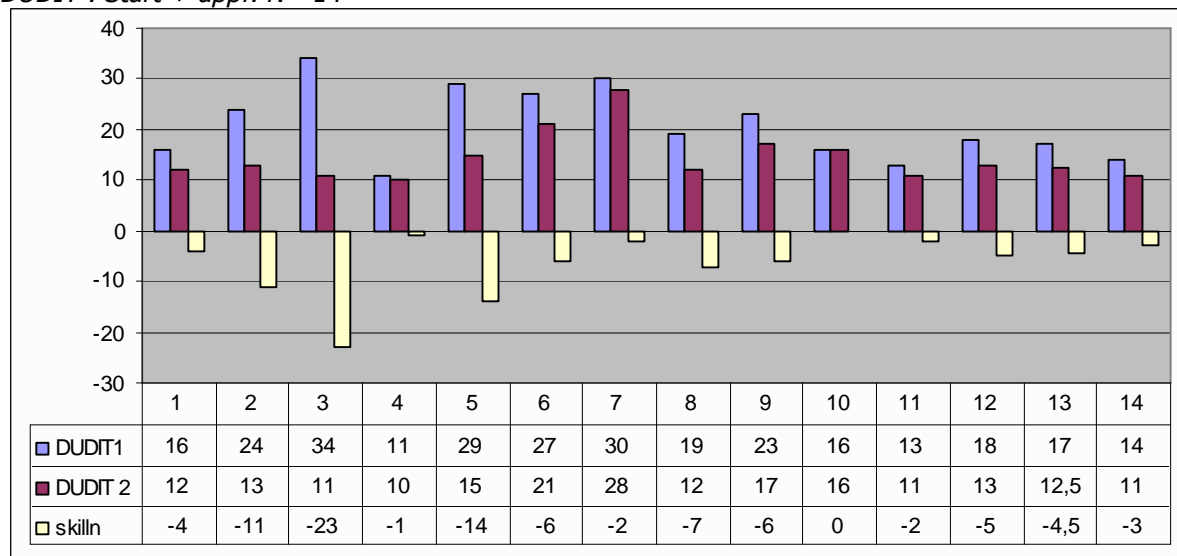
**AUDIT: Individuella förändringar mellan mättillfällena. N= 18**



*P*-värde= .003. Sammanställningen av de individuella förändringarna visar att 13 personer har ett lägre värde beträffande risknivå. 3 personer har ett högre värde och en har samma värde som vid det första teststillfället.

Fig. 10

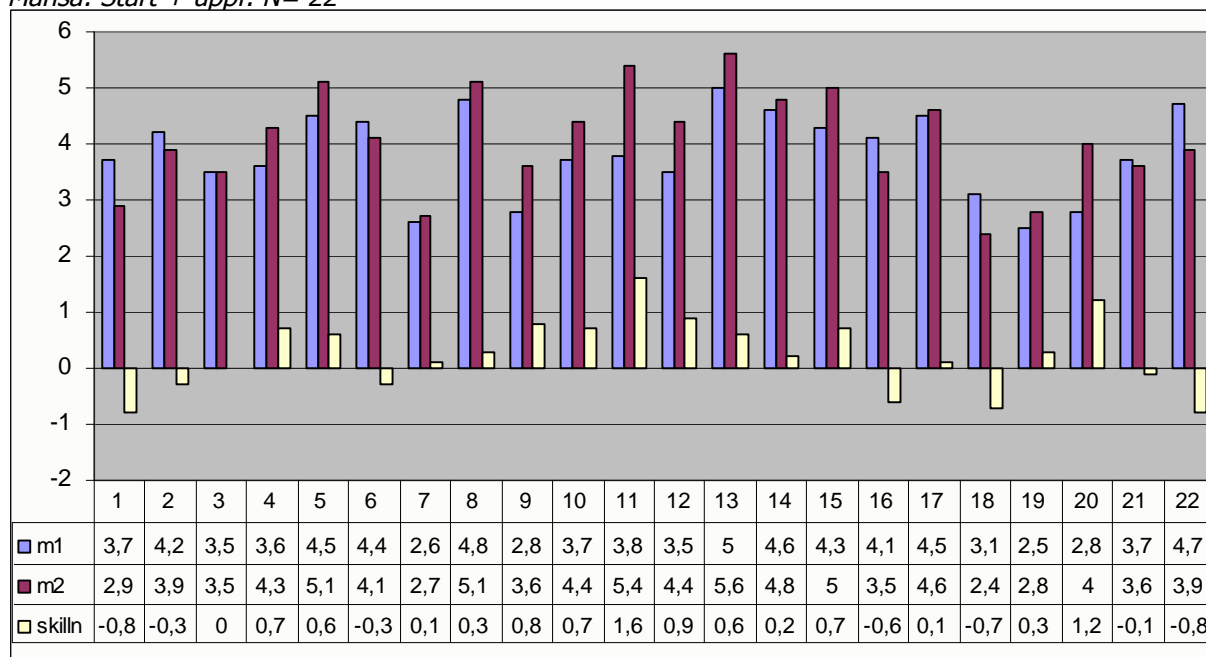
*DUDIT : Start + uppf. N= 14*



Dudit består av 11 frågor om droganvändning. Max.poäng = 44. Hög poäng indikerar hög risk. Riskgrupper: Mer än 6 p. för män = riskabelt bruk. För kvinnor gäller att mer än 2 p. = riskabelt bruk. 20/25 p. eller mer = drogberoende. Medelvärde *start* = 20,7. Vid *uppföljning*=14, 4. *P*-värde= .002. Vid uppföljningen hade 13 av 14 personer sänkta värden och 5 personer som låg över 20 p. vid starten hade vid uppföljningen ett värde under 20 p.

Fig. 11

*Mansa: Start + uppf. N= 22*



Mansa består av 16 frågor om upplevd livskvalitet. Svaren skattas på en skala mellan 1 - 7. Det redovisade värdet är ett medelvärde per individ,  $m1$  = mätresultat vid start och  $m2$  = mätresultat vid uppföljning. *Skilln* = Skillnad i värde för varje individ mellan mättillfällena. Medelvärde  $m1 = 3,7$  och medelvärde vid uppföljning  $m2 = 4,0$ . Skillnaderna ej signifikanta. Uppföljningen visar att personerna skattar sin livskvalitet som något högre vid uppföljningen.

Fig. 12

**Sammanställning av samtliga resultat skattningar Start + Uppföljning:**

Förändringar avseende hela gruppens medelvärden och signifikansanalys

	<i>Antal</i>	<i>Skattn.</i>	<i>Skattn.</i>	<i>Förändring</i>	<i>Pos/Neg</i>	<i>T-test</i>	<i>Wilcoxon</i>
<i>ASI:genomsnittligt antal problemdagar</i>	<i>ind.</i>	<i>start</i>	<i>Uppf.</i>			<i>p-värde*</i>	<i>p-värde(*)</i>
		<i>(m1)</i>	<i>(m2)</i>				
<i>Fysisk hälsa</i>	17	7,71	7,82	0,11	(-)	--	--
<i>Arbete</i>	15	13,0	5,07	-5,07	(+)	--	--
<i>Alkohol</i>	16	9,31	3,63	-5,68	(+)	--	--
<i>Narkotika</i>	14	4,43	2,71	-1,72	(+)	--	--
<i>Kriminalitet</i>	17	0	1,76	1,76	(-)	--	--
<i>Konflikter</i>							
<i>Familj</i>	16	0,19	3,44	3,25	(-)	--	--
<i>Konflikter</i>							
<i>Annan</i>	15	1,07	0,07	-1,0	(+)	--	--
<i>Psykisk hälsa</i>	16	9,44	7,19	-2,25	(+)		
<i>GAF-S</i>	21	52,95	59,29	6,34	(+)	.006	.007
<i>GAF-F</i>	21	54,33	60,57	6,24	(+)	--	--
<i>Audit</i>	18	26,4	20,2	-6,2	(+)	.001	.003
<i>Dudit</i>	14	20,7	14,4	-6,3	(+)	.003	.002
<i>Mansa</i>	22	3,7	4,0	0,3	(+)	--	--

Sammanställningen gäller de individer där skattningar gjorts både vid start och uppföljning, enl. fig. 4, sid. 16. \* Paired samples T-test, (\*) Wilcoxon non parametric test with asymptotic inference.

**Sammanfattning: Uppföljningar**

Undersökningsgruppen består av totalt 44 personer, 17 kvinnor och 27 män. Majoriteten (59, 1 %) av personerna är födda på 1960- och 1970-talen. Samtliga uppföljningar visar tendenser till förbättrade värden avseende psykisk hälsa, missbruk och livskvalitet. Audit, Dudit och GAF-S visar att skillnaderna mellan mättillfällena är signifikanta.

Tolkningar beträffande hela gruppen (44 personer) skall dock göras med stor försiktighet, då bortfallet är stort, c:a 50 % vid de olika skattningarna. På de individer där skattningar gjorts både vid start och uppföljning visar skattningarna övervägande positiva resultat.

### 4.3 Vad betyder det att ha en case manager

Under december 2006 distribuerades en brukarenkät till samtliga patienter i projektet (bilaga 1). Enkäten överlämnades och samlades in av CM på respektive enhet. 40 fullständigt ifyllda enkäter inkom. Nedan redovisas resultaten på samtliga frågor och avslutningsvis presenteras en sammanfattning av svaren på den sista öppna frågan i enkäten.

Fig. 13

#### **Hur länge har brukaren haft en CM?**

Huvudman	>12 mån.	6 – 11 mån.	1-5 mån.	Ej uppg.	Totalt
Socialtjänst	5	3	4	2	14
Öppen psyk	6	4	1	0	11
Beroendevård	7	6	2	0	15
Totalt	18	13	7	2	40

De allra flesta har haft case manager mer än 6 månader.

Fig. 14

#### **Hur ofta träffar brukaren CM?**

Huvudman	Varje dag	Flera ggr/v.	Ngån ggr/v.	Varannan v.	En ggr/månad	Totalt
Socialtjänst	1	0	6	7	0	14
Öppen psyk	0	4	4	2	1	11
Beroendevård	1	1	9	2	2	15
Totalt	2	5	19	11	3	40

De vanligaste alternativen är att brukaren träffar CM någon gång per vecka eller varannan vecka. Detta gällde oavsett hur lång tid kontakten hade pågått.

Fig. 15

#### **Var träffar brukaren sin CM?**

Huvudman	CM- arb	CM- arb+hem	Hem/boende	> 2 platser	Ej svar	Totalt
Socialtjänst	4	0	5	4	1	14
Öppen psyk	2	6	0	2	1	11
Beroendevård	14	0	0	1	0	15
Totalt	20	6	5	7	2	40

Det vanligaste alternativet totalt är att CM och brukaren träffas på CM:s arbetsplats. Beträffande socialtjänsten är alternativet ”hemma/i boendet” det vanligaste, därefter följer ”CM-arbetsplats” samt att man träffas på ”fler än två platser”. Inom den psykiatriska öppenvården var det dominerande alternativet att man träffades både på mottagningen samt i brukarens hem (CM-arb + hem). De CM som arbetar inom Beroendevården träffar sina brukare huvudsakligen på mottagningen.

Fig. 16

**Var - vem introducerade CM för brukaren?**

Huvudman	Beroende mott.	Psyk. mott.	Läkare/ sköterska	Soc.sekr./ Bist.handl.	Vet ej	Ej svar	Annan	Totalt
Socialtjänst	0	0	2	8	1	1	2	14
Öppen psyk	1	0	9	0	1	0	0	11
Beroendevård	2	5	5	3	0	0	0	15
<b>Totalt</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>40</b>

Denna fråga hade inga fasta svarsalternativ. Brukarna fick själva ange vem som initierat kontakten med case managern. Tydligast är att de case managers som arbetar inom socialtjänsten också har fått sina brukarkontakter genom handläggare inom socialtjänsten. Likaså har de case managers som arbetar inom landstinget oftast fått sina brukarkontakter via en mottagning eller genom läkare/sjuksköterska.

Fig. 17

**Nuvarande bostad**

Huvudman	Egen bostad	Inack./ Härbärge/ hotellhem	Behandl. hem	Bost. grupp	Inneboende	Stödb./ Försöksl.	Saknar bostad	Psyk. avd	Totalt
Socialtjänst	6	3	1	0	1	1	1	1	14
Öppen psyk	6	2	2	1	0	0	0	0	11
Beroendevård	13	1	1	0	0	0	0	0	15
<b>Totalt</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>40</b>

De allra flesta uppger att de har egen bostad (25 ind.). Därefter anges tillfälliga boenden som inackorderingshem, härbärge, hotellhem av 6 personer. 4 personer anger att de bor på behandlingshem.

**Brukarnas bedömning av CM-stödet**

I de följande 11 tabellerna beskrivs hur brukarna skattat det stöd de fått av sina case managers, avseende bostad, ekonomi, hälsa, myndighetskontakter och sociala relationer. Frågorna innehåller 4 fasta svarsalternativ; ”Ja, stort stöd”, ”Ja, till en del”, ”Inte så mycket” samt ”Inte alls”. Uteblivna svar redovisas som ”Ej svar”.

Fig. 18

**Upplevt stöd – Bostadsfrågor**

Huvudman	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Socialtjänst	8	2	1	3	0	14
Öppen psyk	7	3	0	1	0	11
Beroendevård	3	1	3	5	3	15
<b>Totalt</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>40</b>

### **Brukarnas kommentarer - Bostadsfrågor**

Vid svarsalternativen *Ja, stort stöd* samt *Ja, till en del* var kommentarerna följande: ”försvarade mig i en rättegång”, ”att skaffa bostad snabbt”, olika småsaker, ordna möten t.ex.”,

”boende + behandling”, ”allt”, ”allt mellan himmel och jord”, ”uppsbackning till att få en försökslägenhet”, ”hjälp mot social fobi”, ”rådgivning”, ”praktiskt - hjälp med flytt”, ”hjälp beror på vad jag behöver”, ”ser till att saker blir av”, ”vi kan prata om min bostadssituation”, ”fått mig att inse att jag kan mista den”, ”hjälp att söka och skaffa bostad”,

Där brukaren hade skattat värdet av stödet som *Inte så mycket* eller *Inget alls* var kommentarerna genomgående att ”det var inte aktuellt” eller ”jag hade redan bostad”, ”inga problem med bostaden”.

Fig. 19

#### **Upplevt stöd- Ekonomi**

<i>Huvudman</i>	<i>Ja, stort stöd</i>	<i>Ja, till en del</i>	<i>Inte så mkt</i>	<i>Inte alls</i>	<i>Ej svar</i>	<i>Totalt</i>
Socialtjänst	5	4	2	3	0	14
Öppen psyk	5	5	1	0	0	11
Beroendevård	3	5	2	5	0	15
<b>Totalt</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>40</b>

### **Brukarnas kommentarer - Ekonomi**

Vid svarsalternativen *Ja, stort stöd* samt *Ja, till en del* var kommentarerna följande: ”han är med mig hos skuldsanerare”, ”min ekonomi kunde vara bättre”, ”dålig ekonomi”, ”hjälp med fondmedel”. ”får hjälp när jag behöver”, ”hjälp te mig ringa kronofogden, CSN och en ex. hyresvärd”, ”Hon gör allt hon kan för att jag ska få möjlighet att äta och träna, men räkningarna måste in i första hand”, ”förmedlade kontakt till ekonomisk rådgivning”, ”har fått hjälp med bankkontakt”, ”fondmedel och god man”, ”ansökt om fondmedel och hjälp med försäkringskassan”, ”jag har skulder och får hjälp med att söka fondmedel”

Då brukaren skattat värdet av stödet som *Inte så mycket* eller *Inte alls* var kommentarerna att ”Jag sköter min egen ekonomi”, ”inte aktuellt”, ”ekonomi är väl för dom med pengar”

Fig. 20

#### **Upplevt stöd –Arbete och sysselsättning**

<i>Huvudman</i>	<i>Ja, stort stöd</i>	<i>Ja, till en del</i>	<i>Inte så mkt</i>	<i>Inte alls</i>	<i>Ej svar</i>	<i>Totalt</i>
Socialtjänst	6	7	0	0	1	14
Öppen psyk	4	5	1	1	0	11
Beroendevård	6	2	1	5	1	15
<b>Totalt</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>40</b>

### **Brukarnas kommentarer - Arbete och sysselsättning**

Vid svarsalternativen *Ja, stort stöd* samt *Ja, till en del* var kommentarerna: ”går på historia en gång i veckan”, ”fick hjälp att gå på kurs”, ”han vet att jag inte kan arbeta just nu”, ”vi planerar för en sysselsättning”, ”hjälp med att fixa sysselsättning”, ”ger mig möjligheter utan att pressa mig”, ”puschar på mig och

uppmuntrar min nyktra sida”, ”jag har fått kontakt med *Träffen* och *Mentorprojektet*”, ”har svårt att komma iväg på sysselsättning”, ”pågår planering”, ”är ganska sysselsatt”, ”fått mig att se positivt och att jag förr eller senare får jobb”, ”uppmuntrat mig till sysselsättning”, ”

Då brukaren skattat värdet av stödet som *Inte så mycket* eller *Inte alls* var kommentarerna ”inte aktuellt”, ”är för sjuk för att arbeta”

Fig.21

### Upplevt stöd - Fysisk hälsa

Huvudman	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Socialtjänst	3	5	3	3	0	4
Öppen psyk	5	6	0	0	0	11
Beroendevård	3	7	3	2	0	15
Totalt	11	18	6	5	0	40

### Brukarnas kommentarer - Fysisk hälsa

Kommentarerna till svarsalternativen *Ja, stort stöd* samt *Ja, till en del* var: ”har peppat mig mycket i fråga om fysisk aktivitet samt psykisk motivering”, ”tycker själv att det är OK”, ”föreslagit behandling”, ”hjälpt mig att ta blodprover”, ”vi har tagit promenader”, ”sluta dricka, gå till doktorn med skador från förr”, ”min hälsa är ganska bra”, ”att sluta dricka bidrar, om jag dricker får jag ont i magen”, ”hjälper mig att få behandling för infektion, driver på”, ”så jag vet var jag ska vända mig”, ”fysiskt och psykiskt arbetsamt”

Kommentaren ”inte aktuellt” var genomgående när stödet skattades som *Inte så mycket* eller *Inte alls*.

Fig.22

### Upplevt stöd – Psykisk hälsa

Huvudman	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Socialtjänst	8	5	1	0	0	14
Öppen psyk.	9	1	0	0	1	11
Beroendevård	6	6	3	0	0	15
Totalt	23	12	4	0	1	40

### Brukarnas kommentarer - Psykisk hälsa

Vid svarsalternativen, *Ja, stort stöd* samt *Ja, till en del* var kommentarerna: ”han låter mig prata om mig själv”, ”jag får råd”, ”diskuterar min situation”, ”har fått hjälp (att ta kontakt med) med föreningar”, ”även om jag haft terapi också har den återkommande kontakten gjort att jag mått bra och varit glad varje gång”, ”genom att lyssna och förstå”, ”ger råd som underlättar”, ”jag dricker mindre och mår psykiskt bättre”, ”finns med som ett stöd i kontakt med t.ex. läkare”, ”min psykiska hälsa är dålig”, ”verkar att bry sig om lite”, ”det platsar vid sånt som anses normalt”, ”genom samtalen vi haft regelbundet”

En kommentar fanns vid svarsalternativet *Inte så mycket*: ”jag är inte psykiskt sjuk, jag är alkoholist”

Fig. 23

**Upplevt stöd – Missbruk**

Huvudman	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Socialtjänst	7	4	1	0	1	14
Öppen psyk	8	2	0	0	1	11
Beroendevård	9	3	3	1	0	15
<b>Totalt</b>	<b>24</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>40</b>

**Brukarnas kommentarer - Missbruk**

Vid svarsalternativen *Ja, stort stöd* samt *Ja, till en del* var kommentarerna: ”hon lyssnar på vad jag har att säga”, ”dricker varje dag öl”, ”hjälpt väldigt mycket med samordning med familjeenheten”, ”sluta helt - då löser sig allt, inte minst med min son”.

Vid svarsalternativet *Inte så mycket fanns kommentarerna:* ”är drogfri sedan 8 år”, ”har inte missbrukat sedan december 2003”, ”fått mig att lämna urinprover”, ”han försöker hjälpa mig att få metadon”, ”12-stegsbehandling, återfallsprevention och mycket mer”, ”

Fig. 24

**Upplevt stöd – Tandvård**

Huvudman	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Socialtjänst	3	0	5	6	0	14
Öppen psyk	2	3	2	2	2	11
Beroendevård	0	2	2	10	1	15
<b>Totalt</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>40</b>

**Brukarnas kommentarer –Tandvård**

Där svarsalternativen *Ja, mycket* samt *Ja, till en del* förekom var kommentarerna: ”har fått hjälp med läkarintyg och kostnadsförslag och annan hjälp för att laga mina tänder”, ”jag vet att jag skulle få stöd om jag behöver”, ”ringt ett samtal som var jobbigt för mig”, ”tänderna är på väg ut”, ”jag försöker borsta dem så ofta jag kan”.

Vid alternativet *Inte så mycket* och *Inte alls* var kommentarerna: ”har inte varit aktuellt”, ”redan gjort”, ”vi har inte pratat om det”, ”har tandproblem, behöver pengar till det, hade behövt hjälp att tala med soc.”, ”har inga problem”, ”har klarat det själv med hjälp av kyrkan och försäkringskassan”, ”minns inte att vi pratat om det”.

Fig. 25

**Upplevt stöd – Kontakt med myndigheter**

Huvudman	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Socialtjänst	8	3	2	1	0	14
Öppen psyk	7	4	0	0	0	11
Beroendevård	8	1	2	4	0	15
<b>Totalt</b>	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>40</b>

### **Brukarnas kommentarer - Kontakt med myndigheter**

Då brukarna angivit svarsalternativen *Ja, stort stöd* samt *Ja, till en del* var kommentarerna: ”har haft svar på mina frågor, gett förslag på tillvägagångssätt”, ”informerat om vad jag ska göra”, ”dom är lite av det osynliga, men visar sig ändå vid behov”, ”håller kontakt med olika myndigheter”, ”har fått hjälp”, ”myndigheterna är byråkratiska garnnystan som gör det ytterst svårt att få allt skött på rätt sätt, därför behöver jag X”, ”socialtjänsten, bistånd”, ”när jag behöver”, ”så fort jag har behov hjälper han mig, jag har väldigt svårt med det annars”, ”ordnade en ny socialsekreterare som vi träffar regelbundet, och ordnade en ekonomiassistent på försäkringskassan”, ”jag pratar med X så pratar hon med ekonomiassistenten”, ”med soc., försäkringskassan och bostadsvården”, ”med soc., FK och Kronofogden”, ”vi får väl se hur det utvecklas”, ”med socialtjänsten, försäkringskassan och migrationsverket”.

Vid de få svar där alternativet *inte så mycket* eller *inte alls* hade valts var kommentarerna att det ”inte var aktuellt”.

Fig. 26

### **Upplevt stöd - Kontakt med sjukvård**

<i>Huvudman</i>	<i>Ja, stort stöd</i>	<i>Ja, till en del</i>	<i>Inte så mkt</i>	<i>Inte alls</i>	<i>Ej svar</i>	<i>Totalt</i>
Socialtjänst	7	3	2	0	2	14
Öppen psyk	9	2	0	0	0	11
Beroendevård	7	6	2	0	0	15
<b>Totalt</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>40</b>

### **Brukarnas kommentarer - Kontakt med sjukvård**

Vid svarsalternativen *Ja, stort stöd* samt *Ja, till en del* kommenterade brukaren valen: ”inom alla områden”, ”vill egentligen inte ha kontakt”, ”hon tar kontakt med psyket och beställer tid hos dem”, ”Beroendevården och min CM har samordnat allt väldigt bra”, ”fixat nätverksmöten”, ”samarbetade med SÖS”, ”ordnade en KBT-terapeut”, ”försäkringskassan och arbetsförmedlingen”, ”jag tycker att det är bra”, ”samordnat mellan psyk. och beroende”, ”jag har fått mycket hjälp, tack”, ”fick komma till ett behandlingshem”.

Vid svarsalternativen *inte så mycket* eller *inte alls* var kommentarerna: ”har redan kontakt med sjukvården”, ”det funkar eftersom jag träffar X varje vecka”.

Fig. 27

### **Upplevt stöd – Fritid**

<i>Huvudman</i>	<i>Ja, stort stöd</i>	<i>Ja, till en del</i>	<i>Inte så mkt</i>	<i>Inte alls</i>	<i>Ej svar</i>	<i>Totalt</i>
Socialtjänst	3	4	1	3	3	14
Öppen psyk	5	6	0	0	0	11
Beroendevård	3	5	2	3	2	15
<b>Totalt</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>40</b>

### **Brukarnas kommentarer – Fritid**

Vid svarsalternativen *Ja, stort stöd* samt *Ja, till en del* var kommentarerna: ”hon har försökt aktivera mig och peppa mig att göra saker och ting”, ”jag berättar ganska

ingående om vad jag håller på med”, ”har kommit med förslag på olika aktiviteter”, ”X har träffat K en gång, Churchill och gänget har hon inte sett (mina husdjur)”, ”fyren”, ”uppmuntrar fritidsintressen, bio m.m.”, ”hon kämpar för att jag ska kunna träna, gå på mässor och träffa andra”, ”då det är den sysselsättning jag har”, ”jag har fritidsintressen men hinner inte med det, jag går på gatan och det tar sin tid”, ”bortkastat tyvärr, en del ljusa ögonblick”, ”gymträning”

När svarsalternativen *inte mycket* eller *inte alls* fanns det inga kommentarer eller kommentaren: ”inte aktuellt”.

Fig. 28

### Upplevt stöd – Relationer till familj och vänner

Huvudman	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Socialtjänst	2	5	1	5	1	14
Öppen psyk	4	7	0	0	0	11
Beroendevård	2	4	3	5	1	15
Totalt	8	16	4	10	2	40

### Brukarnas kommentarer - Familj och vänner

Vid svarsalternativen, *Ja stort stöd* och *Ja, till en del* var kommentarerna: ”träffar mina föräldrar och umgås med mina bröder och systrar”, ”har blivit bättre”, ”stöd med telefonkontakt med mamma”, ”har inte så många vänner, OK kontakt med min familj”, ”har ingen familj (längre), men kontakt med vänner uppmuntras”, ”lite prat om familjen, hon har fått höra lite om sånt också”, ”har verkligen velat involvera dem i mitt missbruk och mitt tillfrisknande, har velat träffa dem”, ”han har träffat min mor”.

Vid svarsalternativ *inte så mycket* eller *inte alls* var kommentarerna: ”jag har inte önskat hjälp vad det gäller detta”, ”inte aktuellt”.

Fig. 29

### Upplevt stöd – Sammanställning 1 av samtliga 11 frågor. N= 40

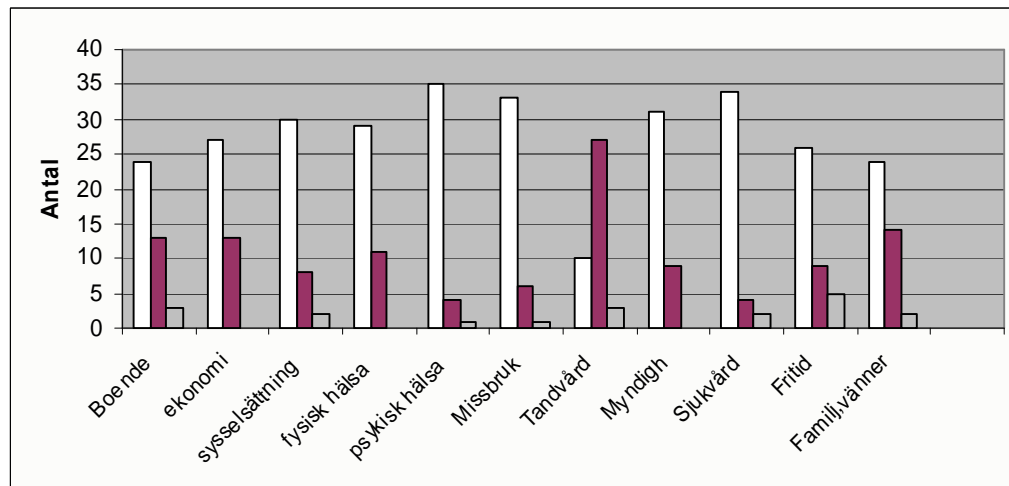
CM-stöd	Bostad	Ek.	Arb./syssels.	Fys. hälsa	Psyk. hälsa	Missbruk	Tandv.	Myndigheter	Sjukv.	Fritid	Fam.
Ja, stort stöd	18	13	16	11	23	24	5	23	23	11	8
Ja, till en del	6	14	14	18	12	9	5	8	11	15	16
Inte så mkt	4	5	2	6	4	4	9	4	4	3	4
Inte alls	9	8	6	5	0	1	18	5	0	6	10
Ej svar	3	0	2	0	1	2	3	0	2	5	2
Totalt	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

Brukarna bedömer genomgående stödet som ett stort eller som stöd till en del. Det är främst inom områdena Psykisk hälsa, Missbruk, Kontakt med myndigheter och Kontakt med sjukvård som CM-stödet upplevs som störst. Enligt kommentarerna beskrivs att CM:s stöd hjälpt till med att komma igång med viktiga behandlingar och sociala processer. Inom områdena Fysisk hälsa, Kontakt med familj och vänner och Fritid är det dominerande svaret att de har fått stöd till en del. Enligt kommentarerna så anser att brukarna att CM engagerat sig i dessa frågor, och uppmuntrat till mer aktivitet. Det minsta stödet verkar vara inom

området Tandvård. Enligt kommentarerna till Tandvård så framgår det att en del av respondenterna hade önskat sig mer stöd på det området, medan andra ansåg att de inte hade några problem.

Fig. 30

**Upplevt stöd – Sammanställning 2 av samtliga 11 frågor. N= 40**



Ljus stapel = Mycket stöd + Stöd till en del.

Mörk stapel= Inte så mkt stöd + Inte alls

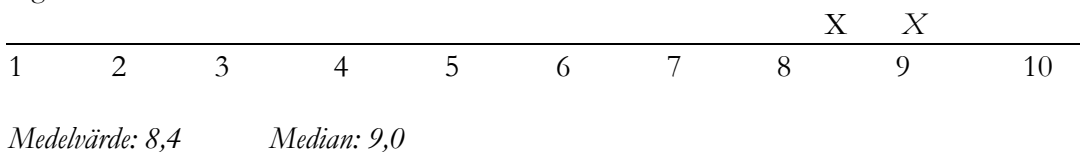
Grå stapel= Inget svar

I ovanstående tabell har de två alternativen som markerar att stort stöd upplevts (Ja, stort stöd+ Ja, till en del) summerats till en enhet och de två alternativen (Inte så mycket + Inte alls) till en enhet. Stödet inom områdena Psykisk hälsa, Missbruk och Sjukvård upplevs som störst, medan stödet beträffande Tandvård upplevs som minst.

**Sammanfattande omdöme av värdet av CM (N= 40)**

I enkäten efterfrågades avslutningsvis en bedömning från 1 – 10 av värdet av case management. 1 betyder ”Lite stöd” och 10 betyder ”Mycket stort stöd”

Fig. 31



Brukarna gav genomgående höga skattningar till case management-stödet.

**Övriga kommentarer**

Den sista öppna frågan löd: *Finns det något som Du vill tillägga som vi inte frågat om?*  
Några förtydligade sitt övergripande omdöme:

*Att vara ett bra stöd, en bra hjälp handlar för min del mycket mer om att lyssna, att få bli hörd och att någon försöker förstå min situation utan att tala om vad jag ska göra nu. Hur allt ligger till och vad som är bäst för mig utan att ens ha varit i min situation, tack till X*

*Jag har upplevt stödet som mycket betydelsefullt för att inte trilla tillbaka i missbruk*

*Jag har fått uttryckelig försäkran om hjälp med alla bitar, t.ex. försörjning o dyl. men i stort sett inte krävt dem. Alltså jag känner en försäkran om stöd ifall problem skulle uppstå, men det har det inte riktigt gjort*

*Nu får någon annan X stöd och jag hoppas att personkemin då kommer att stämna lika bra.*

*Case management-projektet har i sin helhet varit socialtjänstens mest effektiva insats för mitt missbruk och min sociala fobi*

*Han har engagerat sig mycket i mig, han är det bästa stöd jag har haft och han har gjort vissa saker från hjärtat och jag litar på honom*

*När jag fick Case Manager fick jag mycket hjälp med svenskan och stärkt psyke*

*Allt är OK. Jag är drogfri sedan jag fick case manager*

Några använde utrymmet för att uttrycka sina farhågor om att projektet kanske skulle läggas ned:

*Att lägga ned CM-projektet är ett gigantiskt misstag. För första gången får man den hjälp som erbjuds på rätt sätt, på rätt plats av rätt person. Jag vill ha kvar X*

*CM ska vara kvar*

En del använde den sista frågan för att kommentera sina svarsalternativ ”inte alls”:

*På de frågor jag svarat ”inte alls” har jag inte behövt stöd*

#### **Sammanfattning: Vad betyder det att ha en case manager?**

Brukarna ger genomgående höga omdömen, och i kommentarerna exemplifierar de på vilket sätt de uppskattat det stöd de har fått av sin case manager. De mest positiva omdömena gällde områdena Psykisk hälsa, Missbruk samt Kontakt med myndigheter och Kontakt med sjukvård. Därefter uppskattade de också att de fått hjälp till en del beträffande Arbete och sysselsättning, Ekonomi, Bostad, Fritid och Vänner och familj. Inom området Tandvård uppskattades stödet minst och många efterfrågade mer hjälp alternativt angav att det inte var aktuellt. I den sista öppna frågan uttrycktes farhågor att projektet skulle läggas ned och personerna har använt utrymmet till att formulera sitt stöd för case managern.

#### **4.4 Att arbeta som case manager**

Sammanställningen som följer är resultatet från en fokusgrupp med fyra deltagare den 30 nov. 2006, samt två individuella intervjuer d. 8 dec. 2006 och d. 11 dec. 2006. Medlemmarna i arbetsgruppen har olika yrken: läkare, socionom, sjuksköterska och mentalskötare, och därtill många års erfarenhet inom sitt yrke innan de startade utbildningen till case manager. Frågorna i intervjuguiden rörde

tre huvudområden: 1) Varför medlemmarna i arbetsgruppen valde detta arbetssätt, 2) Vilka erfarenheter som projektet gett beträffande samordning av vårdinsatser och 3) Hur de hanterar yrkesrollen case manager.

### *Varför väljer man arbetsmodellen Case manager?*

De inledande frågorna under fokusgruppintervjun och de två individuella intervjuerna gällde hur respondenterna kommit i kontakt med case management-projektet och varför de sökte arbetet. Alla beskrev att de uppskattade arbetssättet, att jobba med nätverk och med helhetsbilden av brukarens situation.

*...att jobba med helheten och nätverket, det kändes rätt...*

Flera menade också att det är intressant och stimulerande att jobba med nya projekt. Utifrån deras tidigare erfarenheter med denna grupp klienter/patienter såg de möjligheterna med case management som arbetsmetod.

*Det är spännande med projekt...utveckling och man får ny infallsvinkel på det här med socialt arbete*

*Jag tycker att man sorterar bort de klienterna (socialtjänsten), de kommer inte på mötena...då måste man jobba på ett annat sätt, vara mer mobil själv...*

Några hade burit på idén själva under en tid och såg projektet som en chans att förverkliga arbetsmetoden. Några fick erbjudandet genom sin arbetsgivare och blev intresserade. Alla betonade att de klienter som behöver stöd genom case management inte får det stöd de behöver med konventionella arbetsmetoder.

*Man har ju sett genom åren hur det varit att bara jobba med en sak...det har ju aldrig fungerat*

### *Arbetsrollen*

#### *- Inte som andra*

Gentemot de andra beslutsfattande instanserna, är case management-rollen annorlunda. Uppgiften är att stödja brukaren, förhandla med myndigheter och planera tillsammans med brukaren. Case managern i projektet fattar inga myndighetsbeslut eller beslut om vård vilket för med sig att denne slipper ansvara för de eventuellt negativa besluten.

*Jag är CM. Lite mitt emellan och utanför*

*Vi kan vara goda hela tiden*

*Det är bättre att vi sitter mellan stolarna än att patienten sitter mellan stolarna*

Eftersom case managern inte är myndighetsutövare finns friheten att arbeta i den takt som är bäst för brukaren. Det är inte "ärendets gång" som styr. Det är viktigt att vänta in brukaren, fokusera på att hjälpa brukaren med att få perspektiv, att göra en sak i taget och det viktigaste först.

*Ja, jag är tillgänglig och tar emot. Tillgänglighet är viktigt för dem*

*Jag påminner mig också själv att hålla patientens takt. Det går ofta inte så fort för våra patienter. Backa lite och vänta in dem*

Case management-gruppen arbetade fram olika strategier för att hantera mötet med de berörda organisationerna och dess medlemmar. De olika strategierna kunde till exempel innebära att bjuda in sig till redan etablerade mötesarenor och att ha en mer reserverad hållning i mötet med det nya.

*Jag brukar inte säga hej jag är xxx case manager från xxx, just för att jag vet att många blir lite så där, jaha”...” jag smyger mig mera in*

#### **- Att växa med uppgiften**

Att företräda någon betyder inte att man tar över allt ansvar. Arbetsgruppen diskuterar att det finns en risk att man går för fort fram i all välvilja. Det är viktigt att komma ihåg att vård och insatser utan att patienterna/klienterna varit med på tåget har misslyckats många gånger tidigare.

*Tänka på att man företräder klienten så man inte börjar komma med egna idéer...det är ofta så vården fungerar, man bestämmer åt patienten*

Distansen till uppgiften kommer med erfarenheten och tiden. Arbetsgruppen beskriver hur de med erfarenhetens hjälp har utvecklat sina professionella strategier.

*Det här med roller blir tydligare för mig genom det jag läser, i utbildningen och i mötet med klienten*

*Ställa sig lite vid sidan av och samtidigt ha sin egen bild*

Arbetsgruppen talar också om det nödvändiga med att ha rimliga förväntningar på sig själva och på klienterna.

*Vi kan inte hjälpa alla, men man kan få resultat. Hjälpa och motivera. Inte bara lämna dem*

*Vi CM:are är alla någonting för våra klienter utan att veta om det*

#### **Samarbete och ”motarbete”**

Det andra frågeområdet under fokusgruppen och intervjuerna gällde den samordnande rollen, hur man hanterade de olika organisationernas uppgifter och olika sätt att fungera. Resultatet har tematiserats under två områden: *Framgångar och möjligheter* samt *Hinder och svårigheter*.

#### **- Framgångar och möjligheter**

De intervjuade valde arbetsmodellen därför att de såg möjligheterna i att arbeta gränsöverskridande. Under samtalen gavs många exempel på vilka möjligheter som ges med case management som arbetsmetod. Arbetsgruppen uppskattade att ha många samarbetspartners, och att inte vara låst vid regelverket i en

organisation. Det kräver också en kunskap om lagstiftning, respekt för olika kompetenser och att känna till de olika organisationernas begränsningar.

*Det finns inga gränser. Man jobbar där man är och kartlägger tillsammans med patienten och söker hjälp på mottagningen, socialtjänsten och beroendecentrum*

*Det är roligt att jobba på det sättet...Men det är ett stort ansvar*

*Det finns så många andra att samarbeta med också, psykiatrin, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen. Det är kul...*

I arbetet som case manager är man beroende av de organisationer som man ska samarbeta med. I samtalet framträder en bild av hur arbetet har anpassats efter de förutsättningar som finns i de tre stadsdelarna.

*Vi har en slags egen modell och jobbar utifrån de förutsättningar vi har*

Arbetet med framtagning av olika strategier i mötet med de berörda organisationerna beskrivs som en stor och krävande arbetsinsats men samtidigt som ytterst nödvändigt

*För man kommer inte speciellt långt utan att ha skapat ett fungerande lag runt omkring klienten/patienten och det är en del av vårt uppdrag också, att vi ska jobba med själva organisationsfrågan*

I diskussionen framträdde den kreativa aspekten av case management-arbetet. Även om alla hade sin anställning inom en organisation så kände de att de hade mandat att ta kontakter utanför den egna organisationen. Med brukaren i fokus sträcker sig ringarna för olika kontakter så långt som det är nödvändigt för de enskilda brukarna.

Gruppmedlemmarna uppskattade också att det fanns olika kompetens inom gruppen, man kunde använda varandra som rådgivare när man planerade olika strategier tillsammans med brukaren.

*I handledningen har det varit så att man sett från olika håll...vi hjälps åt...vi ska jobba ihop*

#### **- Hinder och svårigheter**

Behovet av samarbete och den samtidiga bristen på samarbete är ett centralt problem beträffande målgruppen. En case manager behöver ett nätverk av professionella samarbetspartner för att kunna arbeta med sin klient/patient. Oftast går det bra att bygga upp professionella relationer, men ibland har gruppens medlemmar upplevt att det inte alltid varit så enkelt att upprätta ett samarbete. Deras funktion kan upplevas som ett hot, att de "tar över" hela ansvaret för klienterna/patienterna. Då är det viktigt att förklara vilken funktion case managern har.

*De blir hotade – nu ska det komma en till – vad gör de som inte vi kan göra?*

*Här är mitt revir, här är ditt revir*

*Man måste vara flexibel. Om man är rigid så fungerar det inte*

Arbetsgruppen beskriver också att de möts av en viss ”trötthet”, en uppgiven attityd gentemot nya projekt och nya arbetsmetoder.

*Nu kommer en sån som håller på med det här nya...vi får se hur länge de håller på*

Gruppen diskuterar hur viktigt det är att få igång ett samarbete runt klienten, att föreslå möjliga vägar att gå vidare och att försöka påverka attityderna gentemot brukarna. En aspekt av att case managern inte fattar några beslut enligt socialtjänstlagen och heller inga beslut om vård, är att de behöver ha alla samarbetspartners på sin sida.

*Det är ett jättestort jobb. Man kommer inte särskilt långt utan att ha skapat ett fungerande lag runt klienten och det är en del av vårt uppdrag också... att vi ska jobba med organisationsfrågan*

*Vi kom hit för att strukturera om och göra jobbet på ett annat sätt tillsammans med dem*

*Vi har olika bedömningar av patienternas behov och det är väl lätt att det blir så i och med att vi inte är myndighetsutövare*

*Det är viktigt när man jobbar så här annorlunda, att man har personalen med sig*

Arbetsgruppen menar att det är viktigt att inte ta motgångarna personligt, utan att istället se det som en uppgift att försöka komma över de hinder som finns. Det kan kännas tungt med det motstånd som finns på sina håll, men det är en del av arbetet.

*Men jag tycker att det blir som en utmaning – här är någon som har svårt att förstå vad jag håller på med- hur ska jag komma över det här hindret då? Hur ska jag lära mig att kommunicera med henne för att budskapet ska nå fram och få ihop ett samarbete även med människan som inte verkar förstå. Så kan jag tänka ibland*

Ju längre tid projektet har pågått, desto bättre har samarbetet inom och mellan organisationerna fungerat. Med tiden bygger man upp fungerande relationer med andra professioner.

*Det har blivit bättre och bättre efter hand...men i början var det hopplöst*

*De sociala banden har stärkts. Man lär känna varandra bättre och då fungerar många saker bättre*

*Vi måste verkligen bjuda upp till dans på något sätt och det är inte alltid lätt*

**Relationen med brukaren – klienten - patienten**

**- Utsatthet**

Arbetsgruppen beskriver sina klienter/patienter som utsatta individer som ofta är mycket känsliga för svek och övertramp. De brukare som ingår i projektet har ofta tidigare negativa erfarenheter av vård och socialtjänst. Det är nödvändigt att vänta in dem. Om man inte gör det kan man förlora mycket av det förtroende som man byggt upp.

*Det är viktigt att man inte för dem bakom ljuset, och att man håller sig till ämnet*

Arbetsgruppen beskriver situationer där de handlat förhastat, och där det kostat en del att bygga upp relationen igen.

*Det här anser jag är bästa sättet att hjälpa dig. Men han köpte inte det*

*Sen när vi hade gått därifrån ringde hon mig och sa: Det där kom jag på att ni hade bestämt, att ni skulle komma samtidigt*

Trots konflikter, så är alla framsteg betydelsefulla. Alla i gruppen är väl medvetna om att arbetet kommer att ta lång tid och att en bärande relation måste upprättas innan någon förändring kan ske.

*Men för honom har jag blivit en person - han skällde ut mig också - men jag har ändå blivit just en person från soc. som kan hjälpa*

*Jag gillar det här att mot alla odds nå någon liten förbättring*

De arbetar med en grupp med en svår och sammansatt problematik. Arbetsgruppen diskuterar hur brukarnas problematik och tidigare misslyckanden i kontakter med socialtjänst, psykiatri och beroendevård påverkar deras nuvarande livssituation och hur svårt det kan vara att få förståelse för denna grupp.

*Man kan bli upprörd över att någon far illa. Vi har sett det så mycket så det har slutat göra oss...alltså det vi vet är att de far illa allihopå dagligen...*

*Och så säger socialtjänsten nej. Vi kan inte satsa de resurserna och pengarna på de här patienterna. Vi har andra fall som vi prioriterar*

*Jag har faktiskt funderat på att det stämmer ganska ofta vad klienterna säger. Att de blir verkligen – särskilt – om är du missbrukare och har någon psykisk sjukdom då blir du inte behandlad som andra. Det är verkligen så. Mycket sämre och det tycker jag är helt fel*

*Han tar ju resurser, det kostar ganska mycket pengar, men å andra sidan...Förut kostade de inget alls. Kanske bodde han på gatan*

Arbetsgruppen uttrycker också en oro för framtiden. Vad händer när brukarna inte längre ingår i case management-projektet?

*Jag blir lite rädd ibland och funderar. Efter det här projektet... i början var det många som inte ville ha kontakt,*

*de undvek därför att ekonomin är viktig för dem, t.ex. att betala för sina läkarbesök. Det var då jag sa att patienterna som har CM inte ska betala, de ska vara avgiftsbefriade – och efter projektet, hur ska det gå för dem?*

Ibland händer det att medlemmarna i arbetsgruppen drabbas i egenskap av företrädare för brukarna. Irritationen över brukare med psykisk störning med komplexa vårdbehov kan också gå ut över dem som har den närmaste professionella relationen.

*Vi vet vilka människor vi jobbar med. Vi behöver inte vara fundersamma eller trötta för det. Men man far illa om ens egen organisation motarbetar och påverkar negativt*

*Kollegor kan verkligen sära en...*

*...om det är någon där som tycker att dubbeldiagnoser är något som katten har burit in. Då blir man själv behandlad som något som katten burit in. Som representant*

### **Utbildning och handledning**

I samtalet framkommer det att utbildningen upplevdes som ”mycket lärande och givande” och att vissa utbildningsmoduler var mer givande än andra beroende på den egna yrkesbakgrunden och de egna utbildningserfarenheterna. Insikten om att avsaknad av utbildning kan påverka satsningen rent organisatoriskt infinner sig bland CM deltagarna.

*Det som kunde ha gått väldigt fel om man inte hade haft det här med utbildning och handledning är att vi kunde ha blivit väldigt isolerade och hade inte fått något grepp om läget i innerstaden*

Den samlade bedömningen av utbildningen var att den utgjorde ”nyckeln” för att låsa upp inbyggda barriärer mellan olika yrkeskategorier, barriärer som tog sig uttryck i form av revirtänkande när det gäller tillgång till kunskap kring ett visst område.

*Utbildningen tror jag är nycklarna men det är inte bara vi som behöver utbildning, cheferna behöver utbildning, läkarna...*

Utbildningen ses som en utveckling av de kunskaper eller den yrkeserfarenhet som de hade med sig i sitt tidigare yrke.

*Man måste ha en stabil yrkesroll sedan tidigare inom branschen...och ovanpå den bygga vidare på med en utbildning*

Enligt gruppdeltagarna förberedde utbildningen dem för ett möte med vad som komma skulle i form av motstånd och tröghet i igångsättandet av den önskade förändringsprocessen:

*Vi visste vilka hinder vi skulle ha från stora chefer, från små chefer, från handläggare... eller från avdelningar*

### *Vi tränade mycket under vår första 10 poängsutbildning*

Den återkommande handledningen beskrevs som en viktig tillgång i arbetet.

*Det har varit en enorm tillgång att få handledning. Att kunna ventilera ärenden och få andra synvinklar*

*Vi har i vår handledning avsatt tid för att kunna diskutera och jämföra organisatoriska och administrativa bitar*

#### ***Sammanfattning: Att arbeta som case manager***

Samtalen formades kring fem olika teman. Valet av arbetsmodell, rollen som case manager, samarbete och samverkan, relationen med brukaren och utbildning och handledning. I det första temat, som presenterades under rubriken *Varför väljer man att arbeta som case manager*, kan man utläsa att arbetssättet var ett medvetet val för alla case managers. Flera hade mycket lång erfarenhet av arbete inom vård och socialtjänst och kände väl till de samverkansproblem som är aktuella för målgruppen.

Under rubriken *Arbetsrollen* framkommer att arbetet som case manager är både stimulerande och komplicerat. Att arbeta på ett annorlunda sätt än de som är anställda i de ”stora” organisationerna kan upplevas som utmanande och arbetsgruppen kände sig ibland ifrågasatt i sin yrkesroll. Det positiva med rollen formulerades som att ha friheten att arbeta i klientens/patientens takt, utveckla sin kompetens och mogna i yrkesrollen.

Under nästa tema *Samarbete och ”motarbete”* har diskussionerna om hur man hanterat yrkesrollen, samlats. Arbetsgruppen uppskattade yrkesrollens möjligheter till kreativitet. De var inte hindrade av organisatoriska gränser. Samma möjligheter att gå utanför gränserna kunde också vara ett problem i kontakten med kollegorna inom vården och socialtjänsten. Det finns också hinder som består i ett motstånd till samverkan från andra yrkesgrupper. Den samlade erfarenheten är att ju längre tid som gått, desto bättre har samarbetet blivit.

Samtalen kring *Relationen med brukaren – klienten - patienten* kan sammanfattas som att arbetsalliansen med brukaren är arbetets kärna. Case managern måste alltid ha brukaren med sig i planeringen. Arbetsgruppen beskriver relationer som bygger på varsamhet, ärlighet och tålamod. Brukarna har ofta havererade relationer bakom sig inom vården och socialtjänsten och som företrädare för dessa klienter kan case managern också drabbas av andras irritation och ovilja.

Avslutningsvis, under temat *Utbildning och handledning* beskriver arbetsgruppen hur viktig utbildningen var för att förbereda dem för arbetet. Utbildningen beskrivs som nyckeln till den nya arbetsrollen. Deltagarna beskriver också att det varit tidvis tungt att arbeta fullt ut som case manager samtidigt som utbildningen har pågått. Beskrivningen av den återkommande handledningen som arbetsgruppen fått inom projektets ram ger en bild av att den på ett naturligt sätt hållit ihop arbetsgruppen och format ramarna för arbetet. Arbetstrycket på case manager- gruppen har varit högt under utvärderingsperioden. De gick sin utbildning samtidigt som de arbetade med minst 44 klienter fördelade på 6 case managers. Det betyder i genomsnitt 7,3 patienter/klienter samtidigt som en utbildning som tar mellan 25-50% av arbetstiden i anspråk.

## 4.5 Samarbetet i vården och omsorgen

### *Inledning*

Under december 2006 distribuerades en enkät innehållande 13 frågeställningar som sökte belysa samarbetet mellan de involverade parterna (se bilaga 2). Enkäten distribuerades via e-post (och i några fall i brevform). Enkäten riktades till personal inom vården, kommunala tjänstemän och tjänstemän i chefs-/ledande positioner inom kommun och socialpsykiatri. Några av de tillfrågade ingick i projektets organisatoriska grupperingar: styrgrupp och referensgrupp. Nedanstående tabell visar en sammanställning avseende antal berörda som deltog i undersökningen, antal inkomna svar och bortfall.

Fig.32

### *Sammanställning: Berörda, inkomna svar samt bortfall*

<b>Organisatorisk tillhörighet</b>	<b>Antal berörda som deltog i enkätundersökningen</b>	<b>Antal respondenter (inkomna svar)</b>	<b>Bortfall</b>
Kommun: Chefer och handläggare inom (SoL och LSS)	14	8	6
Landsting: PAL, psykolog, chef	17	5	12
Totalt	31	13	18

Av de inkomna svaren från landstinget går det att utläsa att respondenterna (6) hade, vid tiden för undersökningen, ett aktuellt samarbete kring 18 patienter med case management-gruppen, varav 11 hade avslutats. Av de inkomna svaren från kommunen (7 respondenter) utläses det att de hade 42 klienter aktuella vid tiden för undersökningen varav 8 hade avslutats efter en behandlingstid inom projektets ramar. Av enkätundersökningen framgår det vidare att det inom landstinget anses att det förekommer många kända patienter (31) som bedöms ha behov av stöd i form av en case manager enligt respondenterna. Respondenter från kommunens sida synliggör att det inom ramen för deras verksamhet finns det kännedom om att 23 klienter skulle ha behov av kontakt med en case manager. Nedan redovisas resultaten på resterande frågor inklusive en sammanställning över respondenternas omdöme av case management -projektet.

Fig. 33

*Anser Ni att CM-stödet har påverkat patienten/klientens medicinska vård?*

<i>Huvudman</i>	<i>Ja i mycket positiv riktning</i>	<i>Ja, i någon grad positivt</i>	<i>Nej, endast i ringa omfattning</i>	<i>Nej, inte alls</i>	<i>Ej svar</i>	<i>Totalt</i>
Landsting	1	2	0	0	2	5
Kommun	2	4	1	0	1	8
Totalt	3	6	1	0	3	13

Enkäten visar på att respondenterna anser att stödet har haft en positiv påverkan på patientens/klientens medicinska vård. Som bidragande orsak till detta nämns det från kommunens sida att det begränsade antal ärenden som case management-gruppen fått arbeta med kan ha haft en inverkan på detta.

Fig. 34

*Anser ni att CM-stödet har påverkat patientens/klientens sociala situation?*

<i>Huvudman</i>	<i>Ja i mycket positiv riktning</i>	<i>Ja, i någon grad positivt</i>	<i>Nej, endast i ringa omf.</i>	<i>Nej, inte alls</i>	<i>Ej svar</i>	<i>Totalt</i>
Landsting	2	0	1	0	2	5
Kommun	4	3	1	0	0	8
Totalt	6	3	2	0	2	13

När det gäller case managerns påverkan av klientens/patientens sociala situation uppger de flesta av respondenterna att stödet har haft en mycket positiv påverkan i patientens/klientens sociala situation.

Fig. 35

*Anser ni att CM-stödet har påverkat patientens/klientens missbruksproblem?*

<i>Huvudman</i>	<i>Ja i mycket positiv riktning</i>	<i>Ja, i någon grad positivt</i>	<i>Nej, endast i ringa omfattning</i>	<i>Nej, inte alls</i>	<i>Ej svar</i>	<i>Totalt</i>
Landsting	1	1	1	0	2	5
Kommun	0	4	3	0	1	8
Totalt	1	5	4	0	3	13

Beträffande patientens/klientens missbruksproblem anser respondenterna att satsningen kan ha haft en positiv inverkan i någon grad eller i ringa omfattning.

Fig. 36

*Anser ni att CM-stödet påverkat Er kontakt med klienten/patienten?*

Huvudman	Ja mycket positiv riktning	i	Ja, någon grad positivt	i	Nej, endast ringa omfattning	Nej, inte alls	Ej svar	Totalt
Landsting	1		1		1	0	2	5
Kommun	3		0		3	1	1	8
Totalt	4		1		4	1	3	13

Det råder delade meningar bland respondenterna när det gäller projektets betydelse för respondenternas kontakt med sina patienter/klienter. Hälften av respondenterna anser att den upplevda kontakten med patienten/klienten under patientens/klientens tid inom projektet har förändrats till det bättre, medan hälften anser att en förändring har inträffat endast i ringa omfattning.

Fig. 37

*Upplevd påverkan av administrationen kring patienten/klienten*

Huvudman	Ja mycket positiv riktning	i	Ja, någon grad positivt	i	Nej, endast ringa omfattning	Nej, inte alls	Ej svar	Totalt
Landsting	1		0		1	1	2	5
Kommun	0		2		3	2	1	8
Totalt	1		2		4	3	3	13

Själva administrationen kring patienten/klienten verkar enligt respondenterna inte ha påverkats nämnvärt under projektets gång eller endast i ringa omfattning. En anledning till detta kan enligt en av respondenterna vara att ansvaret för handläggningen har legat kvar hos respektive handläggare.

Fig.38

*Bedömningen av patientens/klientens sammansatta sociala, medicinska och psykologiska behov*

Huvudman	Ja mycket positiv riktning	i	Ja, någon grad positivt	i	Nej, endast ringa omfattning	Nej, inte alls	Ej svar	Totalt
Landsting	0		2		1	0	2	5
Kommun	3		2		3	0	0	8
Totalt	3		4		4	0	2	13

Av enkätsvaren framgår det att en del av respondenterna anser att patientens/klientens sammansatta sociala, medicinska och psykologiska behov har påverkats till det bättre under projektets gång.

### *Respondenternas samlade bedömning av case management-projektet*

I bedömningen ingår respondenternas uppfattning av vård och omsorgskvalitet för patienten/klienten, samordningen av medicinska och sociala insatser, samt arbetsmetoderna. Siffrorna motsvarar en skala från 1 till 10 där 1 = lågt värde, 10 = mycket stort värde. I nedanstående tabell belyses antal nedslag på värderingsskalan.

Fig. 39

#### *Vård och omsorgskvalitet för patienten/klienten*

<i>Huvudman</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>Inget svar</i>	<i>Totalt</i>
Landsting	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	2	5
Kommun	0	0	2	1	1	0	0	1	1	0	2	8
Totalt	0	0	2	1	1	0	2	1	2	0	4	13

Respondenternas bedömning av vården och omsorgskvaliteten för patienten/klienten under projektets gång uppvisar en någon blygsam koncentration av nedslag kring värdena 7 och upp till 9 i graderingsskalan. Här skiljer det ett nedslag till fördel för de högre värdena.

Fig. 40

#### *Samordningen av medicinska och sociala insatser*

<i>Huvudman</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>Inget svar</i>	<i>Totalt</i>
Landsting	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	2	5
Kommun	0	1	1	2	0	0	0	1	0	1	2	8
Totalt	0	1	1	2	0	0	0	3	1	1	4	13

Även här uppvisas det inte så stor skillnad mellan å ena sidan de låga värdena och å andra sidan de höga värdena. En koncentration av nedslag uppvisas kring värdena 8 och upp till 10 i graderingsskalan. Ett nedslag skiljer dem åt till fördel för en positiv uppfattning av projektets betydelse för samordningen av de medicinska och sociala insatserna under projektets gång.

Fig. 41

#### *Arbetsmetoderna*

<i>Huvudman</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>Inget svar</i>	<i>Totalt</i>
Landsting	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	2	5
Kommun	0	1	1	0	2	0	0	1	0	1	2	8
Totalt	0	1	1	0	2	0	1	3	0	1	4	13

Respondenternas bedömning av arbetsmetoderna under projektets gång uppvisar en någon koncentration av nedslag mellan värdena 7 och upp till 10 i graderingsskalan (med ett nedslag till fördel för de höga värdena).

### *Sammanfattning: Samarbetet i vården och omsorgen*

De inkomna svaren visar genomgående en positiv uppfattning av projektet som värdefull insats för målgruppen. Landstinget bedömer i högre grad än kommunen att projektet har haft en betydelse för samordningen av de medicinska och sociala insatserna. Kommunen anser att projektet har haft större betydelse avseende de använda arbetsmetoderna. Intressant i sammanhanget är att respondenterna från kommunen har genomgående framfört en mer kritisk inställning gentemot projektet än respondenterna från landstinget. Respondenterna från kommunen har i större utsträckning, än respondenterna från landstinget, uttryckt att projektet haft ringa påverkan hos de aktuella klienterna. Också när det gäller graderingen av den samlade bedömningen har respondenterna från kommunen valt att ringa in de lägre värdena som uttryck för sitt omdöme, medan respondenterna från landstinget väljer att ringa in de högre värdena. I de fall skattningen uppvisat låga värden har följande kommentarer inlämnats av respondenterna:

- beror på vilken case manager som har varit inkopplad på ärendet
- har för lite kunskap för att kunna yttra mig
- för kort tid, för få ärenden
- informationsutbytet har fungerat dåligt på grund av obefintliga rutiner för detta

Av svaren framkommer också att ”det är motstridigt att driva verksamheten i projektform” samt att ”arbetet är långsiktigt och det behövs tid för att implementera samarbetet landsting – kommun”.

## **4.6 Organisation & Framtid**

Under november 2006 distribuerades ytterligare en enkät innehållande 10 frågor till samtliga anställda som var direkt involverade i projektet. Frågorna syftade till att ringa in organisationens roll i projektet. Tanken med enkäten var att få fram ett underlag för en analys över hur de olika organisationerna användes under processen med att skapa en case manager-grupp (se bilaga 3). Enkäten distribuerades via e-post (och i några fall i brevform) och riktades till case manager gruppen, projektets uppdragsgivargrupp, styrgrupp, referensgrupp samt tjänstemän i chefs-/ledande positioner inom kommunen och socialpsykiatrien.

Nedan redovisas resultaten på samtliga frågor och avslutningsvis presenteras en sammanfattande bild över de inkomna svaren. Svaren presenteras direkt efter varje fråga och ordnas utifrån respondenternas organisatoriska tillhörighet i projektet. Det vill säga case manager- grupp, uppdragsgivargrupp, styrgrupp, referensgrupp och chefer inom berörda organisationer. Nedanstående tabell utgör en sammanställning över antal berörda som deltog i undersökningen, antal inkomna svar och bortfall.

Fig.42

**Sammanställning: Berörda, inkomna svar och bortfall**

<b>Organisatorisk tillhörighet inom projektet</b>	<b>Antal berörda som deltog i undersökningen</b>	<b>Antal respondenter</b>	<b>Bortfall</b>
Case manager-grupp	6	5	1
Uppdragsgivargrupp	7	6	1
Styrgrupp	14	11	3
Referensgrupp	7	1	6
Chefer som inte ingår i ovannämnda grupper	6	1	5
<b>Totalt</b>	<b>40</b>	<b>24</b>	<b>16</b>

En ”filtrering” (Malterud K 1998) av respondenternas svar har mynnat ut i en matris innehållande olika meningsbärande enheter med vars hjälp respondenternas svar har organiserats. Med hjälp av denna matris har olika begrepp av betydelse för att uppmärksamma och förstå den process som de berörda organisationerna har gått igenom, ringats in.

Med hjälp av matrisen har en organiseringsprofil av projektet kunnat ”karvas ut”. Matrisen följer enkätens frågekonstruktion och har hjälpt oss att 1) få fram aspekter som respondenterna har ansett varit av betydelse för dem då de beskrivit vad som har hänt under projektets gång och vad som kommer att ske efter projektet och 2) få kunskap om respondenternas tolkning av de involverades förväntade insatser. Matrisen har också hjälpt oss att belysa ”avvikande meningar” bland respondenterna. På så sätt har olika inneboende motsägelser frilagts som exempelvis intressekonflikter, olika tolkningar av eller skilda meningar mellan det som förväntades skulle ske och hur respondenterna själva ansåg att processen eller ansvaret skulle se ut eller fördelas. Tabellerna återger inte vad de fysiska personerna svarat, en efter en då samma person ibland har valt mer än en aspekt som han/hon har velat lyfta fram. Tabellerna söker i första hand omvandla respondenternas svar till olika ”responskoder” och belysa inom vilka grupperingar som dessa har förekommit. Antal inkomna responser har summerats utifrån varje organisatorisk tillhörighet.

Fig. 43

**1) Vad kvalificerade brukarna att komma med i Case Management projektet**

	<b>CM</b>	<b>Uppdragsgivargrupp</b>	<b>Styrgrupp</b>	<b>Referensgrupp</b>	<b>Chet</b>	<b>S:a respons</b>
Dubbla diagnoser	x	x	x			3
Tydligt uppdrag	x	x				2
Behov: samordning och samverkan	x		x			2
Behov: bostad	x					1
Kontakt med psyk			x			1
Svåra att arbeta med			x			1
Oklart/vet ej					x	1
Inget svar	x					1
<b>Totalt</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>12</b>

Undersökningen visar att det finns en samstämmighet bland respondenterna beträffande vilka som skulle delta i satsningen: patienter/klienter med psykisk funktionsnedsättning, missbruk och komplexa vårdbehov. Att behovet av samordnade insatser skulle ha varit vägledande för en satsning på individuell nivå lyfts fram endast av respondenter från CM-gruppen och från styrgruppen.

Fig. 44

2) Vem beslutar om "intag"?

	CM	Uppdragsgivargrupp	Styrgrupp	Referensgrupp	Chet	S:a respons
Enhetschef	x	x				2
Enhetschef + CM	x	x	x			3
Enhetschef+ CM + PAL	x					1
Enhetschef + CM + Soc.sekr.			x			1
Enhetschef + soc.sekr		x				1
CM + PAL		x	x			2
Styrgruppen			x			1
Behandlingskonferens		x	x	x		3
Remiss från resp. org.	x	x				2
Utan samråd			x			1
Inget svar	x				x	2
<b>Totalt</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>19</b>

Beträffande bilden av vem som beslutar om intag till projektet, och i vilka konstellationer detta kan ske, visar undersökningen på förekomsten av skilda uppfattningar kring detta inom samtliga grupperingar (CM-grupp, uppdragsgivargrupp, styrgrupp, referensgrupp). Att enhetschefen (ensam eller tillsammans med CM och/eller socialsekreterare) måste involveras vid ett sådant beslut är en aspekt som lyfts fram av CM gruppen, uppdragsgivargruppen och styrgruppen. Att CM på egen hand skulle ansvara för ett sådant beslut nämns inte som ett alternativ.

Fig.45

3) Planeras de brukare som är aktuella nu i projektet att behöva case management?

	CM	Uppdragsgivargrupp	Styrgrupp	Referensgrupp	Chet	S:a respons
Ja	x	x	x	x		4
Sannolikt		x	x			2
Oklart	x		x		x	3
Inget svar	x		x			2
<b>Totalt</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>11</b>

Samtliga grupper lyfter fram att de brukare som är aktuella i projektet har behov av en case manager. Ingen gruppering uppger uttryckligen att insatsen inte har behövts för de patienter/klienter som har varit aktuella. Att det är oklart om insatsen har behövts lyfts fram av case management- gruppen, styrgruppen och representanten från chefsgruppen.

Fig. 46

4) *Hur hanteras biståndsansvaret under case management-projektet?*

	CM	Uppdragsgivargrupp	Styrgrupp	Referensgrupp	Chet	S:a respons
Kvar hos handläggare	x	x	x			3
Inom ordinarie verk.			x	x		2
Vet ej	x	x	x	x	x	5
Inget svar	x		x			2
<b>Totalt</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>12</b>

Nästan samtliga grupperingar lyfter fram att under projektets gång har ansvaret för själva biståndet funnits kvar inom ordinarie verksamhet och där hos respektive socialsekreterare/handläggare. Samtidigt har det lyfts fram att det inom grupperingarna respondenter finns de som inte vet vem som har biståndsansvaret. Av undersökningen framkommer att ansvarig handläggare/socialsekreterare inte har lämnat ifrån sig sitt ansvar för patienten/klienten till CM- gruppen under patientens/klientens medverkan i projektet.

Fig. 47

5) *Hur hanteras vårdansvaret under case management-projektet?*

	CM	Uppdragsgivargrupp	Styrgrupp	Referensgrupp	Chet	S:a respons
Gemensamt	x	x	x			3
Uppdelat		x	x	x		3
PAL	x	x	x			3
Inget svar	x	x	x			3
Vet ej					x	1
<b>Totalt</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>13</b>

När det gäller vårdansvaret framför nästan samtliga grupperingar (utom representanter från CM- gruppen och chefsgruppen) att ansvaret för patienten/klienten är en angelägenhet för varje organisation för sig där varje huvudman ansvarar för sitt område. Att patientens/klientens ansvarige läkare, PAL/landstinget, är den som har kvar vårdansvaret för patienten/klienten under projektets gång lyfts fram av CM-gruppen, uppdragsgivargruppen och styrgruppen. Att vårdansvaret skulle vara en fråga om gemensamt vårdansvar är en aspekt som lyfts fram av CM gruppen men även av uppdragsgivargruppen och styrgruppen, ett ansvar som i så fall delas mellan kommun och landsting utifrån en samverkansaspekt.

Fig. 48

## 6) Hur vet man när case management skall avslutas?

	CM	Uppdragsgivargrupp	Styrgrupp	Referensgrupp	Chef	S:a respons
Alla väsentliga kontakter finns runt klienten	x					1
Inga direkta behov kvarstår	x	x	x			3
Fri från/stabil i sitt missbruk och psykiska tillstånd	x	x	x			3
Har fått den hjälp och det stöd som behövs		x				1
Pat/klienten själv inte vill vara kvar		x				1
Andra faktorer: långvarig inläggning, pat./klienten flyttar, radikal förbättring		x				1
Pat/klienten hittat ett sammanhang/ fungerande tillvaro		x	x			2
När det förankras i vårdplaneringsmötet			x	x		2
Oklart/vet ej			x		x	2
Inget svar	x					1
<b>Totalt</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>17</b>

Utifrån vilket scenario en avslutningsfas skulle kunna initieras finns det skilda uppfattningar om. Samtliga grupperingar utom referensgruppen och representanten från chefsgruppen framför att patientens/klientens medverkan i projektet kan avslutas när behovet av stöd inte längre kvarstår och att klienten/patienten har en fungerande tillvaro och finns i ett sammanhang. Att det skulle kunna vara en fråga att lyfta fram vid ett gemensamt vårdplaneringsmöte är en aspekt som ringas in av styrgruppen och referensgruppen. Att det kan finnas andra faktorer som kan spela en roll vid ett eventuellt avslut nämns endast av uppdragsgivargruppen. Att case managern skulle kunna vara den som markerar att en avslutningsfas kan initieras framkommer inte som ett explicit alternativ av respondenternas svar.

Fig. 49

## 7) Vem beslutar om "avslut"?

	CM	Uppdragsgivargrupp	Styrgrupp	Referensgrupp	Chet	S:a respons
Enhetschefen	x					1
Enhetschef + socialsekreterare			x			1
Enhetschef + CM		x				1
Enhetschef + CM + PAL	x					1
Enhetschef + CM + socialsekreterare			x			1
Enhetschef + CM efter samråd med psykiatri	x					1
Enhetschef + CM efter samråd med övriga verksamhetspartner			x			1
Enhetschef + CM efter parsamtal landsting och uppdragsgivargrupp		x				1
CM + handläggare		x				1
Samråd kommun + landsting + CM		x	x			2
Patienten + nätverket	x					1
Behandlingskonferens		x		x		2
Vet ej/ oklart			x		x	2
Inget svar	x					1
Totalt	5	5	5	1	1	17

Beträffande frågan om vem som beslutar om avslut framkommer det att det är någon som är i chefsposition som fattar beslutet antingen på egen hand eller i samarbete med case managern eller handläggare/socialsekreterare. Detta är en aspekt som case management-gruppen, styrgruppen och uppdragsgivargruppen lyfter fram. Att managern på egen hand skulle ansvara för ett sådant beslut nämns inte. Att patienten själv skulle besluta om avslut nämns inte heller som alternativ.

Fig. 50

## 8) På vilket biståndsbeslut är case management grundat?

	<b>CM</b>	<b>Uppdragsgivargrupp</b>	<b>Styrgrupp</b>	<b>Referensgrupp</b>	<b>Chef</b>	<b>S:a respons</b>
Inget beslut	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>			3
Behöver mer stöd än det han kan få av socialsekreterare	<b>x</b>					1
Behöver mer hjälp än normalt/omfattande		<b>x</b>	<b>x</b>			2
Behov av stöd av flera myndigheter			<b>x</b>			1
Uppfattas av den uppsatta målgruppen för insatsen		<b>x</b>				1
Vet ej	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		<b>x</b>	4
Inget svar	<b>x</b>			<b>x</b>		2
<b>Totalt</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>14</b>

Det har funnits oklarheter kring patientens/klientens väg in i projektet och om det har föregåtts av ett formellt beslut eller inte. CM-gruppen, styrgruppen och uppdragsgivargruppen lyfter fram att det har saknats ett biståndsbeslut, och samtliga grupperingar har lyft fram att de inte vet om det har funnits ett sådant beslut. På den punkten har det från referensgruppen inte lämnats något svar.

Fig. 51

9) Om det saknas beslut om bistånd, hur kommer brukare att rekryteras till case management-gruppen efter projektets slut?

	CM	Uppdragsgivargrupp	Styrgrupp	Referensgrupp	Chet	S:a respons
Avgörs av enhetschefer	x					1
Avgörs av enhetschef+soc.sekr.			x			1
Troligtvis genom remiss från ansvarig handläggare/berörda huvudmän	x	x	x			3
Om det föreligger behov av samordningsfunktion		x				1
Via aktualisering vid gemensamma konferenser			x			1
Som tidigare			x			1
Oklart/vet ej	x	x	x	x	x	5
Inget svar	x	x	x			3
Totalt	4	4	6	1	1	16

Det råder en oklarhet beträffande hur eventuella beslut om bistånd skulle kunna fattas framledes vid eventuell fortsatt CM-verksamhet. Samtliga grupperingar lyfter fram att de inte vet hur klienter/patienter kommer att aktualiseras till en case management-grupp. Att det blir en fråga om ett remissförfarande lyfts fram av CM-gruppen, uppdragsgivargruppen och styrgruppen. Vem som skulle kunna vara initiativtagare till ett beslut om CM-stöd framgår inte av de inkomna svaren. Att det skulle vara en fråga för ansvarig handläggare eller enhetschef att ansvara för är en aspekt som lyfts fram av CM-gruppen och styrgruppen. Att frågan om rekrytering skulle skötas av en samverkande arbetsgrupp, exempelvis som den som har varit aktiv under projektets gång var 6:e vecka, nämns inte.

Fig. 52

10) Vilken planering finns det, efter den 1 januari 2007, för de brukare som ingår i projektet?

	CM	Uppdragsgivargrupp	Styrgrupp	Referensgrupp	Chef	S:a respons
Ingen planering	x					1
Arbeta vidare inom ramen för den struktur som projektet har skapat		x				1
Individuell bedömning		x	x			2
Fortsätter 2007			x			1
Resurser avgör			x			1
Fortsatt kontakt med soc.sekr./boendestödjare			x			1
Förändras ej			x			1
Vet ej/oklart	x	x	x		x	4
Inget svar	x			x		2
<b>Totalt</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>14</b>

Samtliga grupperingar lyfter fram att de inte vet hur framtiden kommer att se ut för de brukare som ingår i projektet eller hur brukare kommer att rekryteras vid händelse av en eventuell fortsättning. Uppdragsgivargruppen och styrgruppen lyfter fram att det blir en fortsättning och därmed en oförändrad verksamhet men att det är en fråga om ekonomiska resurser. Styrgruppen lyfter även fram att det blir en fortsatt kontakt med boendestödjare eller med socialsekreterare i stället. Uppdragsgivargruppen och styrgruppen ringar in att det kan bli en fråga om en individuell planering för varje patient/klient där tillgång till bistånd i form av case manager inte nämns explicit som tänkt insats.

**Sammanfattning: Organisation och framtid**

Undersökningen visar på förekomsten av en mängd olika uppfattningar och tolkningar avseende hur den ställda frågan skulle kunna besvaras. De frågeställningar som utmärker sig är fråga nr 1 där det inom case management-gruppen anges fem olika svar på frågan (i en grupp bestående av 6 medlemmar). Samma företeelse uppmärksammas inom uppdragsgivargruppen och styrgruppen avseende fråga nr 2. Där har samtliga respondenter från uppdragsgivargruppen (6) inkommit med sex olika tolkningar eller förslag på vem som beslutar om intag till projektet och hälften av alla de respondenter inom styrgruppen (6) lämnar in sex olika svar eller tolkningar på samma fråga. Förekomsten av höga antal diskrepanser lyser också igenom i frågeställning nr 6 och frågeställning nr 7. Respondenterna visar på förekomsten av skilda uppfattningar kring vetskapen om när CM-stödet kan avslutas och vem som beslutar om "avslut". När det gäller framtiden för de berörda klienterna/patienterna lyfts det även här diskrepanser bland de inkomna svaren. Det finns olika uppfattningar kring hur en eventuell fortsatt rekrytering skulle kunna se ut och hur en planering kring en eventuell fortsättning skulle kunna te sig för den berörda målgruppen.

## 4.7 Sammanfattning av utvärderingens resultat

I detta avsnitt återkopplar vi resultaten till det inledande syftet och till de frågor som vägledde utvärderingen. Dessa var: ”Har case management-insatsen förändrat brukarnas psykiska hälsa, omfattning av missbruk samt livskvalitet?” ”Hur värderar brukarna case management- insatsen?” ”Hur beskriver case management-gruppen arbetsprocessen avseende organisation, arbetsroll och klientkontakter?” och ”Hur uppfattas projektets insatser av sina samverkanspartner?”

### *Hur värderar brukarna case management-insatsen?*

Brukarenkäten är den undersökning som ger det mest entydigt positiva resultatet. Bortfallet är också lågt, 40 inkomna svar av 44 möjliga. Brukarna anser att de fått mycket stöd avseende psykisk hälsa, missbruk och kontakt med myndigheter och kontakt med sjukvård. De anser också att de fått stöd avseende arbete och sysselsättning, ekonomi, bostad, fritid och vänner och familj. Beträffande tandvård uppskattades stödet som minst. Brukarnas värdering av insatsen på en 10-gradig skala är i medelvärde 8,4 och median 9,0.

### *Har case management-insatsen förändrat brukarnas psykiska hälsa, omfattning av missbruk samt livskvalitet?*

Beträffade skattningar med ASI (problemdagar), GAF, Audit, Dudit och Mansa var bortfallet närmare 50%. I de fall där uppföljande skattningar gjorts är tendensen att den psykiska hälsan, missbruket samt livskvaliteten förbättrats under projekttiden. Samtliga skattningar avser klienternas/patienternas självskattningar.

### *Hur beskriver case management-gruppen arbetsprocessen avseende organisation, arbetsroll och klientkontakter?*

Resultatet av fokusgruppintervjun samt de enskilda intervjuerna ger en bild av en engagerad och kreativ arbetsgrupp. En god relation och en hållbar arbetsallians med klienten uttrycks som kärnan i verksamheten. Deltagarna upplever också att det finns hinder mot samverkan inom både vården och socialtjänsten. Dessa hinder har minskat allteftersom projektet fortskridit. Fyra case managers intervjuades i grupp och två medarbetare intervjuades enskilt.

### *Hur uppfattas projektets insatser av sina samverkanspartner?*

Resultaten av e-postenkäten som behandlade samarbetet (bilaga 2), visar att landstingets företrädare skattar värdet av projektet högre än kommunernas företrädare. Bortfallet var högt, 13 svar inkom från totalt 31 berörda. Responsen på den e-postenkät som behandlade organisation och framtid (bilaga 3) visar att det finns många olika uppfattningar om projektets funktion och om planeringen för framtiden.

Utvärderingens syfte var dels att beskriva och värdera resultatet av samverkan inom projektets ramar och dels att värdera hur insatsen case management har påverkat de deltagande patienternas/klienternas hälsa, omfattning av missbruk samt livskvalitet. I de följande avslutande reflektionerna diskuteras resultaten av utvärderingen i relation till forskningen på området. Vi för också en kort diskussion om projektet som arbetsform.

## 5. DISKUSSION

### 5.1 Resultatet i relation till tidigare forskning

Resultaten av den internationella forskningen pekar på att den multiprofessionella modellen Assertive Community Treatment (ACT) är den metod som fungerar bäst och att resultaten blir bättre på lång sikt. Den modell som projektet använt har stora likheter med ACT och Intensive case management (ICM). Man har arbetat med omkring 10-15 patienter/klienter per case manager och bedrivit ett intensivt arbete med det professionella och privata nätverket. Liksom i den internationella forskningen är brukarnas egen skattning av insatsen mycket positiv. I internationella studier har ett samband mellan lägre kostnader och lägre vårdutnyttjande och ACT fastställts. I denna studie har inga ekonomiska kalkyler för insatsen i förhållande till ordinarie vård, beräknats.

I internationell forskning har man inte kunnat visa att klienternas/patienternas psykiska hälsa, sociala situation och livskvalitet påverkats av ACT, jämfört med ordinarie case management-verksamhet eller ordinarie öppenvård för gruppen. Tendenser till förbättring avseende psykisk hälsa, arbete, missbruk och livskvalitet kan avläsas i detta projekt för den grupp på 14 – 22 individer där uppföljningar genomförts. Beträffande mätningar av alkoholmissbruk (Audit  $p = .003$ ) och drogmissbruk (Dudut  $p = .002$ ) visar mätningarna på signifikanta skillnader mellan mättillfällena. Avseende psykiska symptom (GAF-S) är skillnaden också signifikant ( $p = .007$ ). Eftersom dessa mätningar ofta avser mindre än 50 % av hela undersökningsgruppen på 44 personer, kan man ännu inte betrakta detta som ett entydigt positivt resultat för projektet. För att kunna dra säkrare slutsatser krävs att fler uppföljningar rapporteras.

Rollen som case manager har utforskats i en svensk avhandling (Järkestig Berggren 2006). Mycket av det som beskrivs i avhandlingen, medlandet mellan de medicinska och sociala kulturerna och att yrkesrollen ännu inte har full acceptans bland andra yrkesgrupper beskrivs också av case manager-gruppen i projektet.

### 5.2 Projektet som arbetsform

#### *Projektets förutsättningar: Samverkan över gränserna*

Case management-gruppen beskrivs genomgående i dokumenten som en sammanlänkande enhet mellan olika myndigheter. Målsättningen med projektet var att utveckla en arbetsmodell som kan tydliggöra vars och ens "gemensamma och unika ansvar" för att kunna erbjuda den tilltänkta målgruppen optimala insatser. Tanken bakom organisationen av det aktuella projektet är grundat i kunskaper och erfarenheter hos initiativtagarna om målgruppens situation, den höga förekomsten av otillfredsställda behov, ett ökat akut vårdutnyttjande och en ökad marginalisering av de aktuella klienterna (Palmstierna 2004). Brister i samordning mellan de berörda organisationerna ansågs skapa svåröverskådliga kostnader samt motverka stabilisering av patienternas levnadsvillkor. I det här fallet var projektet organisatoriskt avgränsat från den reguljära verksamheten genom bildandet av case manager-gruppen och ekonomiskt genom finansiering med Miltonmedel. Avgränsningen gäller också tiden. Projektvillkoren innebär på

förhand planerade tidpunkter för att påbörja och avsluta en verksamhet (Sahlin I. 1996).

Organisationsformen med styrgrupp, uppdragsgivargrupp samt referensgrupp skapades för att säkerställa att det avgränsade projektet inte isolerades från besluts- och informationsvägar inom de ordinarie verksamheterna.

### *Formell ordning och unika lösningar*

Organisationer kan använda sig av olika metoder för att samordna individuella insatser och gruppinsatser (Bolman L. & Deal T.E. 2005). Det kan inom en organisation eller en projektorganisation skapas två kanaler för att utöva eller åstadkomma samordning och kontroll. Dels genom a) den formella "befälsordningen" med någon/några som besitter formell makt och dels genom b) möten, kommittéer, skapandet av samordningsroller och nätverk. I det här fallet anförtroddes uppdragsgivargruppen den formella makten för möjliggörandet av en samverkansinsats och fick till uppgift att möjliggöra samverkan över verksamhetsgränserna. Samtidigt som fanns det en uttalad förväntan på att case management-gruppen skulle vara den sammanlänkande enheten. Detta markerades genom att case managerna fick en samordningsroll beträffande planering och val av adekvata insatser kring patienten/klienten. Det finns alltså en överlappning mellan två sätt att organisera samordning och kontroll. Detta kan vara en förklaring bakom oklarheten kring vem/vilka som förväntades göra vad och hos vem ansvaret skulle finnas under projektets gång (se fråga 2 och frågorna 4 till och med 9 i matrisen). I intervjuerna med arbetsgruppens medlemmar framkom det att denna arbetsform gav möjligheter, men innehöll också i många fall "osynliga" hinder. Det framkom också att arbetsgruppens medlemmar arbetade med trögheten i den ordinarie organisationen, att förankra arbetsmodellen och att få legitimitet för sitt arbete.

I dokumenten som beskriver projektets tillkomst, nämns ofta behovet av att hitta en (varaktig) modell för samverkan mellan organisationerna. Behovet av detta artikuleras inte särskilt tydligt (enkätundersökning nr 1). Inslaget med vårdplaneringsmöten var 6:e vecka kan ses som ett exempel på en ny samverkansform. Dessa möten fungerade som mötesarenor och beskrevs av projektets initiativtagare som hjälpmedel för samverkan och som en variation i sättet att hantera och administrera ett case management-stöd. Respondenterna nämner inte dessa arenor som en möjlig arbetsform vid en eventuell fortsättning av case management-verksamheten. Resultatet av fokusgruppintervjuerna med arbetsgruppen ger snarare en bild av att arbetsrollen formas av varierande rutiner inom landstinget och de olika stadsdelarna. I intervjuerna framkom det också att svårigheterna med att hantera organisationernas formella rutiner, minskade efter hand. Det är rimligt att anta att de inblandade aktörerna behöver konkreta erfarenheter av fördelarna med ett nytt arbetssätt innan det skapas acceptans för det nya.

### *Beslutsprocesser*

Undersökningen visar också att de inblandade organisationerna behöll sitt ansvar över patienten/klienten. Med andra ord behöll man sina invanda roller och därmed sin beslutanderätt över patienten/klienten under projektets gång. Av gruppens arbetsbeskrivning från 2005-05-02 framkommer det att case managern skulle "ha det samlade ansvaret för att behandlingsinsatser, stödinsatser och praktisk hjälp till klienten/patienten genomförs". Detta förutsätter omgivningens artikulera förtroende för eventuella beslut eller förslag till beslut som managern

kan bidra med. Beskrivningen av case manager-rollen pekade snarare på att arbetsgruppen medlade mellan olika beslut som fattas av landstinget respektive socialtjänsten.

Undersökningen pekar också på förekomsten av två olika beslutsprocesser inom projektets ramar: en instrumentell rationell och en målrationell (Abrahamsson B. 2000). Case managern har i rollen en inbyggd förväntan om att undersöka alternativa vägar för att nå målet, optimerat stöd till klienten/patienten. Detta förutsätter ett handlande där case managern genomför en ”samlad kalkyl” (a.a. sid. 103) där hänsyn tas till mål, medel och eventuella sekundära konsekvenser av handlandet. Detta är en beslutsprocess som skiljer sig från den beslutsprocess som äger rum inom ramen för ett administrativt system, i det här fallet moderorganisationerna med sina ansvariga handläggare. En tjänsteman som fattar beslut inom en byråkrati ”utvecklar ofta ett beteende där disciplin blir ett omedelbart värde i sig” (Abrahamsson B. 2000:103). Med andra ord, organisationens ursprungliga mål (att case managern skall ha det samlade ansvaret för att behandlingsinsatser, stödinsatser och praktisk hjälp till patienten/klienten genomförs) tenderar att ”underordnas tjänstemannens lojalitet till reglerna” (a.a.). Något som fungerar som ett hinder mot flexibilitet och nytänkande och kanske också mot nya okonventionella förslag (Merton R. K 2000). Problemet måste betraktas som ”inbyggt” i konstruktionen och inte orsakat av de inblandade parterna.

### *Projektets förankring i organisationerna*

De flesta av respondenterna uppger att det finns ett behov av stöd för målgruppen i form av case manager. Sammanställningen av enkät nr 2 (samarbetet) visar på en genomgående positiv uppfattning av projektet som en värdefull insats. Vidare framkommer det att det finns fler patienter/klienter som väl skulle vara i behov av att få komma i kontakt med verksamheten. Undersökningen visar samtidigt att de medverkande inte har samma bild av planeringen för framtiden (e-postenkät: Organisation och framtid) eller en gemensam förberedelse för en eventuell fortsättning. Samtliga respondenter var överens om att projektet var i första hand till för den tilltänkta målgruppen, patienter/klienter med dubbeldiagnos, men det rådde oklarheter om vad som skulle ske med dem efter projektets avslut eller med själva projektet. Sammanfattningsvis kan man säga att en förändring till patienternas/klienternas fördel är den uttalade viljan hos de medverkande, men det är en lång väg att gå i verkligheten eftersom de befintliga organisationernas rutiner är fast förankrade i större organisationskomplex.

## **5.2 Avslutande reflektioner**

Utvärderingen har haft en bred ansats. Det finns både fördelar och nackdelar med att välja den modellen. Fördelen är att man får en helhetsbild av insatsens betydelse: för klienterna, arbetsgruppen och de inblandade organisationerna. Nackdelen är att man inte får så djupgående kunskaper om projektets olika delar. De mest positiva resultaten av projektet går att finna i klienternas/patienternas bedömningar av insatsen. Arbetsgruppen (case managers) ger också en övervägande positiv bild av arbetsformens möjligheter. Uppföljningarna av klienternas/patienternas hälsa, sociala situation, missbruk och livskvalitet visade också tendenser i positiv riktning. Tyvärr är det för stort bortfall och även för kort

tid för att uttala sig om betydelsen av det positiva resultatet för klienterna/patienterna. Resultaten av samverkansparternas uppfattningar om projektets betydelse och framtid gav en mer splittrad bild och ett intryck av att uppfattningarna om projektet berodde på vilken organisation man arbetade i. Sammanfattningsvis kan man uttrycka det som att ju längre bort från det konkreta arbetets centrum deltagarna befann sig desto otydligare var uppfattningarna om värdet av insatsen och hur projektet fungerade.

Den internationella forskningen ger ett intryck av en markant professionalisering av yrket case manager, särskilt under de senaste 20 åren. Rollen som case manager är ett arbete mellan psykiatrisk vård och socialt arbete. Ju närmare det medicinska fältet rollen definieras desto högre är kraven på evidens och standardiserade arbetsformer. ACT, ICM och CCM representerar sådana väl beskrivna arbetsformer som möjliggör jämförelser. Arbetsrollen är ny i Sverige. Den konkurrerar också med den svenska modellen Personligt ombud och är ännu inte fullt ut förankrad i landets kommuner och landsting. Det speciella med både case manager-rollen och personligt ombud är att den professionelle företräder klienten/patienten i en vård- och omsorgsorganisation som inte fungerar för målgruppen. Den rollen i kombination med ansvarsfördelningen mellan psykiatrisk vård och socialtjänsten som genomfördes med psykiatrireformen ger de yrkesverksamma case managerna och personliga ombuden en speciell, och för svenska förhållanden, ovanlig position.

Projektarbete är en speciell arbetsform som är organisatoriskt skör men som samtidigt ger möjligheter att arbeta upp nya arbetsmetoder utanför invanda rutiner. I det aktuella projektet har man värnat om projektets överlevnad genom att förankra projektet i styrgrupp, uppdragsgivargrupp och referensgrupp med deltagare från alla samverkansparter. Detta har fört med sig den kanske ofrånkomliga konsekvensen att man arbetat med parallella och otydliga beslutsvägar. Projektet har idag permanentats.

Avslutningsvis vill vi framföra att de förbättringar och tendenser till förbättringar som uppföljningarna visade bör följas upp med flera uppföljningar. Trots att case management enligt ACT och närbesläktade modeller har varit framgångsrika internationellt så är det fortfarande ovanligt att man kunnat visa på effekter avseende klienternas/patienternas psykiska hälsa, missbruk och sociala situation. Detta samt kunskapen om att resultaten avseende målgruppen tenderar att bli bättre på lång sikt är starka skäl för att följa tendenserna i just detta projekt. Vidare vill vi, med hänsyn till resultaten i internationella studier, rekommendera att man också beaktar eventuella kostnadsminskningar genom en retrospektiv studie av deltagarnas vårdkonsumtion före och efter projektet.

## 6. REFERENSER

- Abrahamsson, Bengt (2000) *Organisationsteori*. Studentlitteratur. Lund (andra upplagan)
- Ary, F., Juréen-Benedich, M., Armelius, K., Johansson, L., Petersson, C., Petersson, U., Jendteg, S., Persson, M. (1998) *Utvärdering av samordnad rehabilitering av psykiskt långtidsjuka I case managementsystemet I Växjö*. SoSDnr 1471:1555 Höst 94-02, Växjö rehabcenter
- Babor, T. F., Higgins – Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2004) *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. 2:nd ed. WHO. Dept. of Mental Health and Substance Dependence
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., Schlyter, F. (2003) *DUDIT-E. The Drug Use Disorders Identification Test-E. Manual*. Version 1.0, Mars 2003. Karolinska Institutet. Inst. för neurovetenskap. Sekt. För klinisk alkohol- och narkotikaforskning.
- Björkman, T. (2000) *Case management for individuals with severe mental illness. A process-outcome study ten pilot services in Sweden*. Lund University: Med. Diss. Dept of Clin. Neuroscience, Div. of Psych
- Björkman, T. , Hansson, L. (2000) "What do case managers do? An investigation of case management interventions and their relationship to client outcome". in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35: 43-50
- Björkman, T., Hansson, L., Sandlund, M. (2002). "Outcome of case management based on the strenghts model compared to standard care. A randomised controlled trial". in *Social Psychiatry Epidemiology April;37(4):147-152*
- Bolman Lee G., Deal Terrence E. (2003) *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Studentlitteratur Lund
- Bond, G. R., Miller, L. D., Krumwied, R. D., Ward, R. S. (1988) "Assertive case management in three CMHCs: A Controlled Study". In *Hospital Community Psychiatry* 39:411-418
- Burns, T., Fioretti, A.,Holloway, F. Malm, U., Rössler, W. (2001) "Case management and Assertive Community Treatment in Europe". In *Psychiatric Services*. 52: 631-636
- Samele, C. et al. 2002 *Patients' Perceptions of Intensive Case Management Psychiatric Services* November 2002 Vol 53 No 11
- Clark, R.E., Teague, G. B., Ricketts SK, Bush PW, Xie, H., McGuire, T. G., Drake, R. E., MCHuho, G.J., Keller, A. M., Zubkoff, M. (1998) "Cost-effectiveness os assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders" in *Health Services Review, Dec;33 (5 Pt 1):1285-1308*

- Efvergren, R. (1999) *Begreppet Case management och dess tillämpning inom psykiatrisk arbetsterapi*. Linköpings Univ: Uppsats 61-80 p Inst. för nervsystem och rörelseorgan.
- Eriksson-Zetterquist, U. et al. (2005) *Organisation och organisering*. Liber AB Kristianstad
- Falloon I., Fadden G., Borell P., Kärräng L., Ivarsson B. och Malm U.: 1997, *Integrerad psykiatri*, Värnamo: Psykologia.
- Falloon et al. i Nordenfelt Kerstin 2005 *Mobilt omvårdnadsteam. De anörigas upplevelser av psykiatrisk hemsjukvård* Rapport – Forsknings- och utvecklingsenhetens för Närsjukvården i Östergötland 2005:1
- Felton, C. J., Stastny, P., Shern, D. L., Blanch, A., Donahue, S. A., Knight, E., Brown, C. (1995) “ Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on clients outcomes”. in *Psychiatric Services* 46:1037-1044
- Fisher, T. (1996) “Roles and functions of a case manager”. In *The American Journal of Occupational Therapy*. 50: 452-454
- Franklin, J. L., Solovitz, b., Mason, M., Clemons, J. R., Miller, G. E. (1987) ” An evaluation of case management” in *American Journal of Public Health, Vol 77, Issue 6: 674-678*
- Holloway, F., Carson J. (1998) “Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial” in *British Journal of Psychiatry Jan;172: 19-22*
- Intagliata, J. (1982) “ Improving the quality of community care for the shronically mentally disabled: the role of case management”. in *Schizophrenia Bullentine 1982;8 (4): 655-674*
- Järkestig Berggren, U. ( 2006). *Personligt ombud. Social praktik i medicins diskurs*. Lic. avh. Växjö Univ. Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete. Rapport nr 2, 2006.
- Kanter, J. (1989) “Clinical Case management: Definition, Principles, Components” (1989)
- Klasson, E. M. (1989) “ A model of the Occupational therapist as case manager. Two case studies of chronic schizophrenic patients living in the community”. in *Occupational Therapy in Mental Health. 9:63-90*
- Lindgren, J., von Wachenfeldt, L. 2005 *Förstudie om stadsdelarnas kunskaps – och samverkansbehov i arbetet med psykiskt störda missbrukare* Rapport Stockholms stad Kompetensfonden
- Malterud, K. (1998) *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Studentlitteratur Lund
- Marcias, C., Kinney, R., Farley, W. O., Jackson, R., Vos, B. (1994) “The role of case management within a community support system: Partnership with psychosocial rehabilitation”. in *Community Mental Health Journal* 30: 323-339

Marshall, M. Gray. A., Lockwood, A. (1998). "Assertive Community Treatment for people with severe mental illness" (Cochrane Review). *Cochrane Library*, no 3. Oxford, update service

Marshall, M., Lockwood, A. (2000) "Assertive Community treatment for people with severe mental disorders" in *Cochrane Database Systematic Reviews 2000; (2): CD001089*

Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., Green R. (2000) "Case management for people with severe mental disorders". *Cochrane Database Systematic Review 2000; (2):CD000050*

Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D., Trusty, M. L., Gerber, F., Smith, R., Tempelhoff, B. Ahmad, L. (1997) "An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons" in *Psychiatric Services 48:497-503*

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" in *Schizophrenia Bulletin 1998;24 (1): 37-74*

Palmstierna, T. 2004 *Behandling av personer med komplexa vårdbehov pga. psykisk störning och missbruk*. Rapport. Stockholms läns landsting Beställarkontor vård

Payne, M. (2000) The politics of case management and social work. *International Journal of Social Welfare*. 9:82-91.

Payne, M. (2002) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur

Philips, S. D., Burns, B. J., Edgar, E. R., Mueser, K.T., Linkins, K. W., Rosenheck, A. R., Drake, R. E., Mac Donald, E. C.. (2001) "Moving Assertive Community Treatment into standard practice". *Psychiatric Services 52: 771-779*

Piuva, K. (2005) *Normalitetens gränser – En studie om 1900-talets mentalhygieniska diskurser*. Stockholm: Inst. för socialt arbete, Stockholms Universitet

Preston, N. J. (2000) "Predicting community survival in early psychosis and schizophrenia populations after receiving intensive case management" in *Australian New Zealand Journal of Psychiatry Feb;34(1):122-128*

Projektplan Case Management projekt 2005-03-25

Rosen, G. (1968) *Madness in Society*. London: Routledge & Kegan Paul

Rössler, W., Löffler, W., Fätkenheuer, B., Reicher-Rössler, A. (1992). "Does Case Management reduce the rehospitalization rate?" *Acta Psychiatr Scand 86:445-449*

Sands, R. G. (2001). *Clinical Social Work Practice in Behaviour Mental Health. A Post-modern Approach to Practice with Adults*. Boston: Allyn & Bacon

- Sahlin, I. (1996) *Projektets paradoxer* Studentlitteratur Lund
- Scott, J. E., Dixon L. B. (1995) "Assertive community treatment and case management for schizophrenia." In *Schizophr. Bull.* 21 (4): 657-668
- Socialstyrelsen (1999) *Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer.* Psykiatriuppföljningen 1999:3
- Socialstyrelsen (2004) *Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder*
- Socialstyrelsen (2005) *Personligt ombud- på klientens uppdrag*
- Solomon, P, Draine, J. (1994) "Satisfaction with mental health treatment in a randomized trial of consumer of case management". in *Journal of nervous and mental disorder* 182: 179-184
- SOU 1992:73 *Välfärd och valfrihet. Störda. Service, stöd och vård för psykiskt störda.* Slutbetänkande av Psykiatriutredningen. Stockholm: Allmänna förlaget
- Strandberg, L. (1997) *Vardagen som psykiatrisk behandling.* Västra Stockholms sjukvårdsområde: FOU-enheten rapport nr 10
- Surber, R. (1994) *Clinical case management.* London- New Delhi: Thousand Oaks
- Söderberg, P., Tungström, S., Armelius, B-Å (2004) *GAF-skalan's reliabilitet i kliniskt arbete.* Umeå: Umeå universitet: Forskningsrapport Nr 6, 2004
- Wasylenki, D. A. (1995) "The cost of schizophrenia". *Canadian Journal of Psychiatry* 39 (9 suppl. 2):S65-69
- Vedung, E. (1998) *Utvärdering i politik och förvaltning.* Lund: studentlitteratur
- Vendsborg, P. B., Nordentoft, M., Hvenegaard, A., Sogard, J. (1999) *Obsøgende psykøsteam – Assertive Community Treatment.* En medicinsk teknologivurdering Köpenhamn: DSI-institut for Sundhetsvaesen
- Åberg – Wistedt, A., Cresell, T., Lidberg, Y., Liljenberg, B., Ösby, U. (1995) "Two-year outcome of four team-based intensive case management for patients with schizophrenia". *Psychiatric Services* 46:1263-1266

## Enkät: Case Management-projektet

Case Management-projektet utvärderas av Ersta Sköndal högskola. Denna enkät är ställd till Dig som omfattas av projektets insatser. Som en del av utvärderingen av Case Management-projektet är vi intresserade av Er uppfattning av det stöd Ni får. Du är garanterad full konfidentialitet, dvs. det kommer inte att framgå vem som fyllt i enkäten. Vi som gör utvärderingen heter Katarina Piuva och Cecilia Lobos. Om du har frågor om enkäten och om utvärderingens syfte kan du vända Dig till Ersta Sköndals högskola 08-55505000 eller 08-55505126, fråga efter Cecilia Lobos.

Med vänlig hälsning

Katarina Piuva, fil. dr. socialt arbete, Cecilia Lobos, fil. mag. socialt arbete

1) Hur länge har du haft en Case Manager?

.....  
.....

2) Hur ofta träffar Du din Case Manager? (Välj det alternativ som stämmer bäst)

Varje dag

Flera gånger i veckan

Någon gång per vecka

Varannan vecka

En gång i månaden

3) Var träffas Ni?

.....  
.....

4) Begärde Du själv att få en Case Manager? Ja  Nej

5) Vem/vilka hjälpte till med att ordna en Case Manager?

.....  
.....  
.....  
.....

6) Hur bor du nu? Egen bostad/kontrakt  Bostadsgrupp

Annat alt.  Vad:.....

Nu kommer några frågor som berör hur du upplever insatsen Case Manager.  
Efter varje fråga ges också utrymme för fler synpunkter

7) Upplever du att Case Managern är ett stöd för dig beträffande bostaden?

Ja, ett stort stöd       Ja, till en del       Inte så mycket       Inte alls

Om du upplever att du får stöd, vad består stödet av?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

8) Vilket stöd anser du att du har av din Case manager beträffande ekonomiska frågor?

Ett stort stöd       Till en del       Inte så stort       Inte alls

Övriga kommentarer om ekonomi

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

9) Är Case Managern ett stöd för Dig beträffande arbete eller sysselsättning?

Ja, mycket       Ja, till en del       Inte så mycket       Inte alls

Övriga kommentarer om arbete och sysselsättning:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

10) Är Case Managern ett stöd för Dig i frågor som rör din fysiska hälsa?

Ja, mycket       Ja, till en del       Inte så mycket       Inte alls

Övriga kommentarer om fysisk hälsa:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

11) Är Case Managern ett stöd för Dig i frågor som rör din psykiska hälsa?

Ja, mycket       Ja, till en del       Inte så mycket       Inte alls

Övriga kommentarer om psykisk hälsa:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

12) Är Case Managern ett stöd för Dig i frågor som rör Ditt missbruk?

Ja, mycket       Ja, till en del       Inte så stort       Inte alls

Övriga synpunkter om missbruk:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

13) Är Case Managern ett stöd för Dig i frågor som rör din tandvård?

Ja, mycket       Ja, till en del       Inte så stort       Inte alls

Övriga synpunkter om tandvård:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

14) Är Case managern ett stöd för Dig i kontakten med olika myndigheter? (ex. Försäkringskassan, Kronofogden, Socialtjänsten)

Ja, mycket       Ja, till en del       Inte så mycket       Inte alls

Övriga kommentarer om kontakter med myndigheter:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

15) Är Case managern ett stöd för Dig i kontakten med hälso- och sjukvården? (ex. Psykiatrin, Beroendevården, Vårdcentralen)

Ja, mycket       Ja, till en del       Inte så mycket       Inte alls

Övriga kommentarer om kontakter med myndigheter:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

16) Är Case Managern ett stöd för Dig avseende Dina fritidsintressen?

Ja, mycket       Ja, till en del       Inte så mycket       Inte alls

Övriga synpunkter om fritid:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---



## BILAGA 2

### E-post Enkät

### Samordningen av vården/omsorgen i Case Management-projektet

---

1) Jag är anställd inom

Landstinget    Befattning: \_\_\_\_\_

Kommunen    Befattning: \_\_\_\_\_

(markera det alternativ som stämmer för Dig)

---

2) Har Du något samarbete med Case Management-teamet kring patienter/klienter med sammansatt missbruks- och psykisk problematik?

Ja

Nej

Om Ja, gå vidare

---

3) Med hur många patienter/klienter Har Ni ett *aktuellt* CM-samarbete?

.....(ange antal)

---

4) Med hur många patienter/klienter har Ni ett *avslutat* CM-samarbete?.....(ange antal)

---

5) Anser Ni att Case Management-stödet har påverkat patienten/klientens medicinska vård

Ja, i mycket positiv riktning

Ja, i någon grad positivt

Nej, endast i ringa omfattning

Nej, inte alls

Kommentar: (skriv direkt här efter parenteserna om Ni vill kommentera eller ge exempel)

---

6) Anser Ni att Case Management-stödet har påverkat patientens/klientens sociala situation?

Ja, i mycket positiv riktning

Ja, i någon grad positivt

Nej, endast i ringa omfattning

Nej, inte alls

Kommentar: (skriv direkt här efter parenteserna om Ni vill kommentera eller ge exempel)

---

---

7) Anser Ni att Case Management-stödet har påverkat patientens/klientens missbruksproblem?

Ja, i mycket positiv riktning  
Ja, i någon grad positivt  
Nej, endast i ringa omfattning  
Nej, inte alls

Kommentar: (skriv direkt här efter parentesen om Ni vill kommentera eller ge exempel)

---

8) Anser Ni att Case Management-stödet påverkat Er kontakt med klienten/patienten?

Ja, i mycket positiv riktning  
Ja, i någon grad positivt  
Nej, endast i ringa omfattning  
Nej, inte alls

Kommentar: (skriv direkt här efter parentesen om Ni vill kommentera eller ge exempel)

---

9) Anser ni att Case Management-stödet har påverkat administrationen kring patienterna/klienterna (svårigheter och omfattning av administrativt arbete)

Ja, i mycket positiv riktning  
Ja, i någon grad positivt  
Nej, endast i ringa omfattning  
Nej, inte alls

Kommentar: (skriv direkt här efter parentesen om Ni vill kommentera eller ge exempel)

---

10) Anser Ni att bedömningen av patientens/klientens sammansatta sociala, medicinska och psykologiska behov har påverkats av Case Management-stödet?

Ja, i mycket positiv riktning  
Ja, i någon grad positivt  
Nej, endast i ringa omfattning  
Nej, inte alls

Kommentar: (skriv direkt här efter parentesen om Ni vill kommentera eller ge exempel)

---

11) Finns det ytterligare klienter/patienter som Du känner till och som har behov av Case Management?

Ja  
Nej

Om Ja, hur många? .....(ange antal)

Kommentar: (skriv direkt här efter parenteserna om Ni vill kommentera eller ge exempel)

---

12) Vilken är Din samlade bedömning av Case Management- projektet. I bedömningen ingår Din uppfattning av vård- och omsorgskvalitet för patienten/klienten, samordningen av medicinska och sociala insatser samt arbetsmetoderna kring patienterna/klienterna. Ange på skalan nedan (mellan 1 – 10) där 1 = lågt värde, 10 = Mycket stort värde (markera det värde (den siffran) du väljer med valfri väl synlig och avvikande färg)

Min uppfattning om vård- och omsorgskvaliteten för patienterna/klienterna:

---

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Min uppfattning om hur samordningen mellan medicinska och sociala insatser fungerar:

---

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Min uppfattning om arbetsmetoderna i Case management-projektet:

---

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Kommentar: (skriv direkt här efter parenteserna om Ni vill kommentera eller ge exempel)

---

13) Finns det något i Case Management- projektet som behöver utvecklas förbättras. I så fall vad? (skriv direkt här efter parenteserna om Ni vill kommentera eller ge exempel)

---

Tack för Din medverkan

Katarina Piuva  
[Katarina.piuva@socarb.su.se](mailto:Katarina.piuva@socarb.su.se)

Cecilia Lobos  
[cecilia.lobos@esh.se](mailto:cecilia.lobos@esh.se)

## BILAGA 3

### E- POST ENKÄT

Ersta Sköndal Högskola och Norrmalms stadsdelsförvaltning har träffat ett samverkansavtal avseende utvärdering av projektet Case Management för personer med psykisk funktionsnedsättning i kombination med komplexa vårdbehov. Utvärderingen genomförs av fil.dr. Katarina Piuva och fil. mag. Cecilia Lobos.

Vi vill ställa några frågor till Er för att försöka ringa in organisationens roll i projektet. Vi är också intresserade av vilka olika ansvarsområden Ni har. Vår förhoppning är att vi med er hjälp skall kunna få fram ett underlag för en analys över hur era organisationer har använts under den här processen med att skapa en Case Management grupp för den tilltänkta målgruppen.

Frågorna är som ni ser framtagna i form av öppna frågeställningar för att ni skall ha möjlighet att kunna lämna lite mer utförligare och uttömmande svar. Enkätformulären sänds till er i form av ett word dokument där ni fritt kan gå in i dokumentet (texten flyttas automatiskt).

Vår förhoppning är att svaren e-mailas tillbaka till undertecknade senast den 7 december. I sammanställningen av svaren kommer organisatorisk hemvist att sammanställas på grupp nivå. Era namn kommer naturligtvis inte att redovisas i anslutning till redovisningen av e-post enkäten. Som ni ser handlar det om öppna frågeställningar och tanken är att själva uppgiften med att fylla i svaren ej skall behöva ta mer än några minuter av er tid i anspråk.

Tack för er medverkan!

Med vänliga hälsningar

Katarina Piuva  
[katarina.piuva@socarb.su.se](mailto:katarina.piuva@socarb.su.se)

Cecilia Lobos  
[cecilia.lobos@esh.se](mailto:cecilia.lobos@esh.se)

***Var snäll och stryk under, eller markera med annan färg, det alternativ som gäller för dig:***

I)

- a) Jag deltar i styrgruppen
- b) Jag deltar i uppdragsgivargruppen
- c) Jag deltar i referensgruppen
- d) Jag deltar i CM gruppen

II)

- e) Jag är anställd inom kommun
- f) Jag är anställd inom landsting

**Här kan ni gå in direkt i texten och svara efter varje fråga (10 frågor)**

- 1) Vad kvalificerade brukarna att komma med i Case Management projektet?
- 2) Vem beslutar om ”intag”?
- 3) Planeras de brukarna som är aktuella nu i projektet att behöva Case Management?
- 4) Hur hanteras biståndsansvaret under Case Management projektet?
- 5) Hur hanteras vårdansvaret under Case Management projektet?
- 6) Hur vet man när Case Management skall avslutas?
- 7) Vem beslutar om ”avslut”?
- 8) På vilket biståndsbeslut är Case Management grundat?
- 9) Om det saknas beslut om bistånd, hur kommer brukare att rekryteras till Case Management gruppen efter projektets slut?
- 10) Vilken planering finns det, efter den första januari 2007, för de brukare som ingår i projektet?