



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

STUDIES IN SOCIAL SCIENCES

DET RÄCKER INTE MED EN BRA IDÉ

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

MATS EKERMO
LINDA BECKMAN

ARBETSRAPPORT 2008:1

Det räcker inte med en bra idé

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

Mats Ekermo
Linda Beckman

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

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

STUDIES IN SOCIAL SCIENCES

Mälardalens högskola

Ove Karlsson och Göran Sidebäck, redaktörer

ove.karlsson@mdh.se, 016-15 34 56

goran.sideback@mdh.se, 021-10 70 06

ISSN 1654-0603

ISBN 978-91-86135-03-4

© Mälardalens högskola och författaren/-arna, 2008

Tryck: Arkitektkopia, Västerås

INNEHÅLL

FÖRORD	7
SAMMANFATTNING	9
INLEDNING	15
SKL:S METODUTVECKLINGSARBETE	17
Upprinnelsen	17
Syfte och mål	18
Implementeringsorganisation och projektaktiviteter	19
Svåra psykiska problem och samtidigt missbruk	20
Deltagarförteckning	22
TEORETISKA PERSPEKTIV	25
Case management	25
Case management i SKL:s metodutvecklingsarbete	27
Implementeringsteori	30
Vad visar implementeringsforskningen?	34
Reflektioner kring de teoretiska perspektiven	35
UPPLÄGG OCH GENOMFÖRANDE	37
Uppdraget – en utvärdering i två steg	37
Utvärderingens syfte och frågor	38
Metod och empiriskt material	39
Etiska frågor och hänsyn	39
RESULTAT – UTVECKLINGEN I TRE REGIONER	41
Norrbotten	41
Kort historik	41
Mål och visioner	42
Lägesbild våren 2008	43
Case manager och klientarbete	43
Avtal	44

Inventering av klienter	45
Primärteam	45
Erfarenheter av implementeringen	46
Sjuhärad	47
Kort historik	47
Mål och visioner	48
Lägesbild våren 2008	48
Case manager och klientarbete	49
Avtal	50
Inventering av klienter	50
Primärteam	51
Erfarenheter av implementeringen	51
Jönköping	52
Kort historik	52
Mål och visioner	54
Lägesbild våren 2008	54
Case manager och klientarbete	55
Avtal	56
Inventering av klienter	57
Primärteam	57
Erfarenheter av implementeringen	58
Kommentarer kring utvecklingen i regionerna	59
En summering	59
Förhållanden som skapar osäkerhet i implementeringen	61
Att arbeta som case manager	65
Förändrad attityd från omgivningen	65
Svårt att beskriva en typisk arbetsdag	66
Tillfredsställande att få arbeta med helheten	66
Krav på kunskap och kompetens för att arbeta som CM	68
Handledningens betydelse och dokumentationsfrågan	68
Primärteamen	69
En ännu ej färdigutvecklad arbetsform	69
Primärteamens sammansättning	69
Arbetsformer och erfarenheter av klientarbete	71
Några kommentarer till primärteamet	74
Case management som tillämpad arbetsmodell	74
Moderorganisationer	75
Styrningsdokument och styrgrupper	75

Ledningsgrupp i stället för primärteam	76
Case manager	77
Klienten och dennes nätverk eller resursgrupp	78
Det går inte att förändra mig över en natt	78
Metod, urval och tillvägagångssätt	79
Klienternas situation då och nu	80
Vad innehåller klienternas berättelser?	85
Vad är verksamt i CM-kontakten?	89
Några avslutande kommentarer till klientstudien	91
DISKUSSION	93
Ett metodutvecklingsarbete som kräver långsiktighet	93
Case management på svenska	94
Vävstolen ännu ej färdigbyggd	95
Den praktiska tillämpningen jämförd med ACT:s grundmodell	98
Implementeringsproblem och metodutveckling	99
Regionala skillnader i implementeringen	99
Implementeringsorganisationens betydelse	101
Metodutvecklingsarbetet utifrån implementeringskriterier	103
Några avslutande kommentarer	108
Nya organisatoriska strukturer är under uppbyggnad	108
Fortsatt stöd behövs till metodutvecklingsarbetet	109
CM som ensamarbete bör undvikas	109
Implementeringsorganisationen på lokal nivå behöver tydliggöras	110
REFERENSER	111

Förord

Föreliggande rapport utgör den andra och sista delen av det utvärderingsuppdrag Mälardalens utvärderingsakademi vid Mälardalens högskola åtog sig efter en förfrågan från Sveriges Kommuner och Lands-ting (SKL). Uppdraget har inneburit att utvärdera ett metodutvecklingsarbete vars mål varit att implementera case management enligt ACT i tre regioner i landet. Utvärderingen har genomförts i två steg. I en första rapport våren 2007 summerades implementeringens utfall i omedelbar anslutning till SKL-projektets avslutning. Våren 2008 genomfördes en uppföljande studie med syfte att fånga upp implementeringens utfall ett år senare. Resultatet av denna uppföljning redovisas i det följande och utgör utvärderingens slutrapport.

Utvärderingens genomförande har inneburit att ett antal personer i metodutvecklingsarbetet har tagit sig tid att lämna information, ställt upp på intervjuer och besvarat enkäter. Ett tack riktas till alla. Utan er medverkan hade utvärderingen inte kunnat genomföras. Vi vill också tacka universitetsadjunkt Kjell Ericsson för synpunkter och kommentarer vid ett avslutande seminarium på Mälardalens högskola.

Eskilstuna, oktober 2008

Mats Ekermo

Fil.dr. i socialt arbete

Linda Beckman

Fil.mag. i folkhälsovetenskap

Sammanfattning

Våren 2005 gick Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ut med en intresseanmälan till landets kommuner och landsting att delta i ett metodutvecklingsarbete. Utvecklingsarbetet var inriktat på målgruppen människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk, dubbeldiagnoser eller samsjuklighet. Metoden som skulle införas var case management enligt ACT, en teambaserad behandlingsmodell med en s.k. case manager (CM) som spindeln i nätet. Deltagande landsting och kommuner erbjöds utbildning, handledning och stöd i implementeringen av det nya arbetssättet. Ett stort antal intresseanmälningar kom in. Den urvalsprocess som följde resulterade i att tre landsting med samarbetande kommuner kom att ingå i projektet: Norrbotten, Jönköpings län och Västra Götaland/Sjuhärad. Metodutvecklingsarbetets projektdel startade i september 2005 och pågick fram till årsslutet 2006. Implementeringsorganisationen har därefter bestått och givit fortsatt stöd åt deltagande landsting och kommuner som i sin tur tagit nya initiativ i metodutvecklingsarbetet.

Utvärderingen av SKL:s metodutvecklingsarbete har genomförts i två steg. I en delrapport våren 2007 summerades processen och uppnådda resultat (Ekermo & Zovko 2007). Föreliggande rapport utgör utvärderingens slutrapport och summerar och analyserar utvecklingen fram till och med våren 2008. Utvärderingen har genomförts av forskare vid Mälardalens utvärderingsakademi vid Mälardalens högskola: Mats Ekermo, fil.dr. i socialt arbete och Linda Beckman, fil.mag. i folkhälsovetenskap. Utvärderingen baseras på ett brett material som insamlats genom enkäter och intervjuer med deltagande aktörer i projektet, fokusgrupper, deltagande observation, studier av dokument och skriftliga handlingar samt klientintervjuer. Utöver teoribildning kring

case management utgörs utvärderingens teoretiska perspektiv av implementeringsteori.

Delrapporten våren 2007 visade genom sin titel "Att utbilda vävare och bygga vävstolar samtidigt" att metodutvecklingsarbetet är en komplicerad process som omfattar ett stort antal delar som måste komma på plats för att arbetsmetodiken ska kunna tillämpas. Vävaren i metaforen motsvaras av en CM och vävstolen av den organisatoriska stödstruktur ACT-modellen kräver. Denna innebär en nära samverkan mellan landsting, kommun, psykiatri, socialtjänsten, primärvården, frivården, försäkringskassan med flera organisationer och ett multidisciplinärt team med psykiatrisk-, medicinsk-, beroendexpertis och social expertis som spelar en central roll och funktion som stöd till CM. Slutrapportens titel "Det räcker inte med en bra idé" innebär att fokus riktas på implementeringsprocessen i metodutvecklingsarbetet, hur uppnådda resultat avseende tillämpning av det nya arbetssättet kan förstås i ljuset av lokala förutsättningar och hur implementeringen genomförts.

SKL:s metodutvecklingsarbete som inleddes 2005 omfattar tre regioner, tre landsting och totalt sju kommuner; två i Norrbotten, nio i Sjuhärad och sex i Jönköpings län. Utvärderingen visar att metodutvecklingsarbetet kommit olika långt i de tre regionerna. I Norrbotten har implementeringen kommit längst och case managementverksamheten framstår våren 2008 som en relativt integrerad del i organisationernas ordinarie verksamhet. I Norrbotten tecknades tidigt en samverkansöverenskommelse mellan landstinget, Luleå och Boden kommun om att införa det nya arbetssättet. Detta avtal visade på en vilja och skapade en tydlighet i organisationerna som stöd i implementeringsprocessen. En samarbetstradition mellan organisationerna och en tidsmässig "timing", att metodutvecklingsarbetet hösten 2005 upplevdes stämma med en lokal utvecklingsprocess, har också underlättat implementeringen. Att metodutvecklingsarbetet avgränsades till två näraliggande kommuner och relativt få aktörer har också bidragit till att implementeringen varit relativt överskådlig och kontrollerbar när det gäller att hålla ihop och ge stöd till processen.

I Sjuhärad har processen inte kommit lika långt våren 2008. Case management som tillämpad metod har ännu inte implementerats och fått fotfäste på samma sätt som i Norrbotten. Metodutvecklingsarbetet omfattar ett större antal kommuner och lokala processer vilket har in-

neburit att implementeringen varit mer komplex och samtidigt ställt större krav på implementeringsorganisationen. Till detta kommer att flera kommuner är relativt små med organisatoriska och personalmässiga begränsningar. Detta har medfört nya frågor om arbetsmetodiken och hur den ska "översättas" till småkommunförhållanden. Avtal eller bindande samverkansöverenskommelser saknas fortfarande våren 2008 på både regional och lokal nivå vilket skapat osäkerheter bland deltagande aktörer rörande den organisatoriska förankringen och politiska viljan att införa det nya arbetssättet. En regional handlingsplan beräknas antas politiskt hösten 2008 vilken förväntas ge det fortsatta metodutvecklingsarbetet en skjuts framåt.

I Jönköpings län ger metodutvecklingsarbetet en splittrad bild över utvecklingen. Sedan flera år tillbaka tillämpas en case managementinspirerad arbetsmetodik i den landstings- och kommungemensamma BoP-verksamheten i Jönköping. I övriga länet har metodutvecklingsarbetet omfattat ett antal mindre och mellanstora kommuner där implementering nått olika långt, från att inte kommit igång alls till att arbetsmetodiken tycks ha fått fotfäste. Processen har inledningsvis åtföljts av frågor rörande metodutvecklingsarbetets förankring och moderorganisationernas vilja att införa det nya arbetssättet, i synnerhet gäller det landstingets vilja och engagemang. Vid halvårsskiftet 2007 tecknades ett regionalt avtal mellan landstinget och länets samtliga kommuner som klargör att case management ska införas som arbetsmetod i kommunerna. Avtalets tydlighet visar att den regionala processen har tagit viktiga steg framåt i Jönköpings län. Bryter någondera part avtalet utgår ett vitesbelopp. Det regionala avtalet ska åtföljas av lokala avtal på kommunnivå, vilket också tecknats i tre kommuner. Betraktat ur ett klientperspektiv visar klientintervjuerna i utvärderingen att metodutvecklingsarbetet är mycket angeläget och välmotiverat. En annan slutsats ur klientmaterialet är att case management kräver uthållighet och ett flerårigt engagemang från både CM och team för att bestående förbättringar och stabiliseringar i klienters liv ska uppnås.

När det gäller case management som arbetsmetodik, så långt som den kommit att utvecklas och tillämpas på olika håll, visar utvärderingen på skillnader och avvikelser från vad case managementteorin säger om ACT-modellen. Grundtanken med ett multidisciplinärt beslutsmyndigt team sammansatt av psykiatrisk-, somatisk-, beroendexpertis och social expertis, i metodutvecklingsarbetet benämnt primär-

team, har varit svår att få till stånd där teamet tagit ett samlat ansvar för all vård, behandling och sociala insatser. I mindre kommuner har fullvärdiga teamsammansättningar ej kunnat inrättas på grund av att kompetens saknats inom befintliga verksamheter. Till detta kommer att medlemmarna i teamen på flera håll ej haft mandat att fatta beslut. Primärteamets roll, som på lokal nivå omdöpts till "kommunbundet team", "ledningsgrupp" och motsvarande, har utvecklats till något annat: till en instans som tar emot remisser och beslutar vilka klienter som erhåller CM, och som i övrigt huvudsakligen fungerar som ett forum för diskussioner och stöd till CM. CM framstår därmed i ännu högre grad som innehavare av huvudrollen i arbetsmetodiken. Det faller på CM att arbeta nätverksinriktat och till varje klient samla och arbeta med klientens nätverk, vilka på lokala håll även benämns behandlingsteam och resursgrupp. Dessa unika team eller resursgrupper kring varje klient består från fall till fall av inblandad psykiatrisjuksköterska, läkare, behandlare, socialsekreterare med flera inklusive klientens personliga nätverk i form av anhöriga och vänner. CM:s roll blir att med klientens samtycke samordna och utveckla dessa nätverk så att de svarar upp mot klientens behov av olika och samtidigt vård och stödsatser. Småkommunproblematiken aktualiserar i övrigt ett antal frågor om CM som ensamarbete och nödvändigheten av samarbete i flerkommunkonstellationer för att skapa stabilitet och långsiktighet.

Utvärderingen visar att implementeringen av case management kräver ett långsiktigt perspektiv både när det gäller att få metoden på plats i de organisatoriska strukturerna och när det gäller förväntade effekter på klientnivå. En slutsats från utvärderingen är att implementeringsorganisationen behöver stärkas på den lokala nivån där processer på sina håll stannat upp till följd av oklarheter i ansvar och att ingen internt i organisationerna tycks vilja ta i frågan om case managements implementering. Uppnådda resultat i form av arbetsmodeller får på flera håll betraktas som relativt sårbara och behöver fortsatt stöd. Den nya utbildningsomgången 2007-08 till CM omfattande 28 nya personer innebär en förstärkt satsning i de tre regionerna på case management och behöver följas av ett förstärkt implementeringsstöd på lokal nivå.

I vilken grad är tillämpade arbetsmodeller programtroga ACT-modellen? För att göra en sådan bedömning behöver metodutvecklingen vinna ytterligare stadga och tillämpade arbetsmodeller studeras med ett större förstoringsglas än vad som gjorts i denna utvärdering. Oav-

sett detta kan konstateras att metodutvecklingsarbetet inneburit att regionala och lokala vård- och stödstrukturer har byggts upp, eller är under uppbyggnad, som innebär en ökad uppmärksamhet och fokus på klienter med den dubbla problematiken svåra psykiska problem och samtidigt missbruk. Detta i sig innebär ett steg framåt när det gäller att lösa rundgångsproblem och "svarte petterspel" med klienter som ingen vill ta ansvar för.

Inledning

Denna rapport är upplagd på följande sätt. Inledningsvis ges en samlad beskrivning av SKL:s metodutvecklingsarbete, dess innehåll och uppläggning. Därefter presenteras utvärderingens teoretiska perspektiv som utöver case management består av implementeringsteori. Teoribildningen tillhandahåller redskap för att analysera processen när det gäller införandet av en ny metod i det psykiatriska arbetet, och i SKL:s projekt handlar det således om case management enligt ACT. Därefter följer ett metodavsnitt där utvärderingens syfte och frågor preciseras och hur utvärderingsarbetet lagts upp och genomförts. Resultatredovisningen följer därpå. En samlad beskrivning av utvecklingen inom de tre deltagande regionerna presenteras avseende införandet av det nya arbetssättet case management enligt ACT, hur långt man kommit och vilka problem och svårigheter som implementeringen varit förenad med. Efterföljande avsnitt ägnas på motsvarande sätt åt en beskrivning och analys av rollen som case manager och åt teamet, det s.k. primärteamet, som fyller en central funktion i ACT-modellen. Därpå följer en närmare beskrivning och analys av hur case management som arbetsmodell kommit att tillämpas. Därefter följer ett avsnitt om metodutvecklingsarbetets betydelse ur ett klientperspektiv. Rapporten avslutas med en diskussion om SKL:s metodutvecklingsarbete med hjälp av case managementteori och implementeringsteori.

Som framhållits har utvärderingen av SKL-projektet genomförts i två steg. Föreliggande slutrapport har föregåtts av en rapport våren 2007 (Ekermo & Zovko 2007). Det betyder att denna slutrapport innehåller en del textavsnitt som utgör mer eller mindre upprepningar från den första rapporten. Slutrapporten är skriven med ambitionen att kunna läsas och förstås i sin helhet oavsett om man läst rapporten från 2007

eller inte. Med detta följer av nödvändighet ett visst antal upprepningar för att läsaren ska få en hel bild av vad SKL:s metodutvecklingsarbete handlar om.

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

SKL:s metodutvecklingsarbete

I det efterföljande ges en sammanfattande beskrivning av SKL:s metodutvecklingsarbete vars fullständiga benämning är ”Metodutveckling för arbete med personer med s.k. dubbeldiagnoser”. Beskrivningen är baserad på intervjuer med ansvariga initiativtagare vid SKL samt tillgänglig dokumentation. En mer utförlig beskrivning av historiken finns att läsa i den första utvärderingsrapporten (Ekermo & Zovko 2007).

Upprinnelsen

Den psykiatriska vården har under de senaste årtiondena rört sig i riktning från institutionsvård till mer samhällsbaserade öppna vård- och stödformer. Utfallet av den svenska psykiatrireformen har kritiserats till följd av fragmentariska och dåligt sammanhållna vård- och stödinsatser. Människor med psykiska problem har hamnat mellan stolarna och blivit utan vård och hjälp. Flera tragiska fall under senare år, bland annat mordet på utrikesminister Anna Lindh år 2003, bidrog till att en Nationell psykiatrisamordning kom att tillsättas våren 2004 med uppgift att se över arbetsformer, samverkan, personal och kompetensfrågor inom vård, social omsorg och rehabilitering av personer med allvarlig psykisk problematik och samtidigt missbruk (SOU 2006:100). Det är med medel från den nationella psykiatrisamordnaren som SKL:s metodutvecklingsarbete möjliggjorts.

Initiativet till metodutvecklingsarbetet kommer från SKL och förklaras av den ansvarsförskjutning som 1990-talets psykiatrireform medfört från landstingens psykiatrivård till kommunerna och socialtjänsten, ett ansvar som kommunerna i olika grad inte lyckats axla och där bristen på samverkan kommuner-landsting, socialtjänst-psykiatri kommit att

utgöra ett centralt problem. Ett antal studier har visat att människor med svår psykisk problematik och ett samtidigt missbruk kommit att hamna mellan stolarna i vård- och hjälpsystemet. Olika projektverksamheter har bedrivits runtom i landet för att komma till rätta med detta (Socialstyrelsen 1999; 2004). SKL:s metodutvecklingsarbete är ytterligare ett exempel på ett projekt som söker lösningar på denna problematik för målgruppen människor med svår psykisk problematik och ett samtidigt missbruk.

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

Våren 2005 sökte och beviljades SKL medel från den Nationella psykiatrisamordningen till projektet. En inbjudan gick därpå ut till landets kommuner och landsting att delta i metodutvecklingsarbetet. Tre regioner med tillhörande landsting och kommuner: Norrbotten, Jönköpings län och Västra Götaland/Sjuhärad, (fortsättningsvis Sjuhärad) kom slutligen att ingå. Projektet, den av Nationella psykiatrisamordnaren finansierade verksamhetsdelen, pågick från hösten 2005 fram till årsslutet 2006, med andra ord drygt femton månader. Projektets implementeringsorganisation har därefter bestått för att ge fortsatt stöd åt metodutvecklingsarbetet.

Syfte och mål

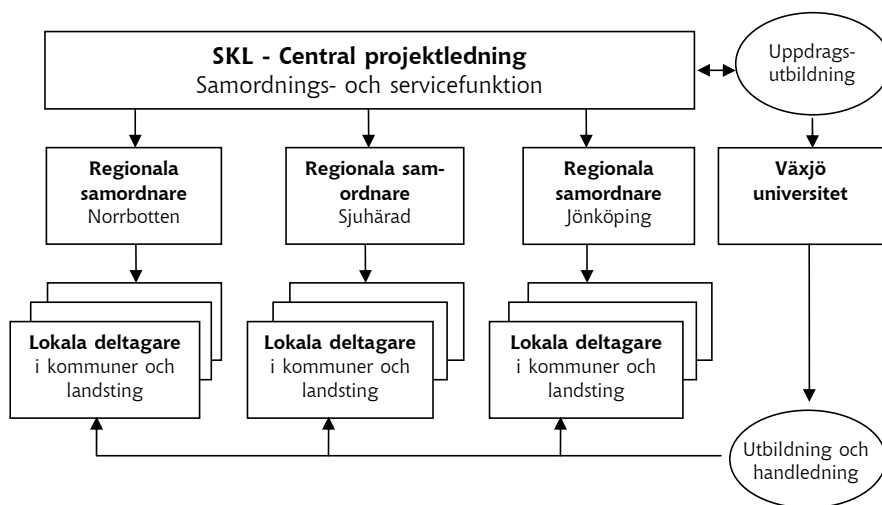
SKL:s metodutvecklingsarbete handlar om att implementera case management i den kommunala och landstingskommunala vård- och stödstrukturen för människor med svår psykisk problematik och samtidigt missbruk. Argumenten för just Assertive Community Treatment (ACT) hämtar SKL från studier som visar att ACT är en verkningsfull metod i arbetet med målgruppen (SBU 2001). Det övergripande syftet med metodutvecklingsarbetet är att utvinna kunskaper och erfarenhe-

ter ur projektet som kan ligga till grund för fortsatt metodutveckling med fokus på målgruppen.

Det långsiktiga målet är att case management ska komma att införas som metod i den kommunala och landstingskommunala vård- och stödstrukturen. De projektansvariga betonar att implementeringen av ACT-modellen inte ska betraktas som ett mekaniskt införande av en i detalj föreskriven arbetsmetod. Snarare handlar det om en grundidé som måste anpassas till lokala villkor och förutsättningar i kommuner och landsting. För målgruppens räkning, människor med svåra psykiska problem och ett samtidigt missbruk, är det långsiktiga målet att människors livssituationer ska förbättras. Forskningsstudier har visat att genom individuellt sammansatta och samtidigt koordinerade vård-, hjälp- och stödinsatser, vilket utgör kärnan i case management enligt ACT, kan positiva resultat uppnås (SBU 2001).

Implementeringsorganisation och projektaktiviteter

Metodutvecklingsarbetets projektorganisation, tillika dess implementeringsorganisation, illustreras i figur 1.



Figur 1: Implementeringsorganisation.

Implementeringsorganisationen består på central nivå av projektansvariga vid SKL, expertis inom psykiatri- och missbruksområdet från Be-

roendecentrum i Stockholm samt en representant från Växjö universitet, ansvarig för uppdragsutbildningen i projektet. Till detta kommer en representant från den nationella psykiatrisamordningen. De projektansvariga har framhållit att projektledningsgruppen inte bör ses som ett traditionellt styrningsorgan, utan snarare som en samordnings- och servicefunktion till de regionala samordnarna och lokala deltagarna. De regionala samordnarna motsvaras av två personer från varje län representerande kommun och landsting.

Metodutvecklingsarbetet har innehållit ett flertal projektaktiviteter såsom särskilda informationsinsatser riktade till lokala politiker och ansvariga chefstjänstemän, utbildning och handledning av case managers samt information till och handledning av medlemmar i primärteamen. Genom informations- och förankringsmöten riktade till politiker och chefstjänstemän har den centrala projektledningen velat åstadkomma en förståelse för och förankring av case management på ledningsnivå bland deltagande organisationer. Som ett led i utbildningen till case managers (CM) genomgick 22 personer med olika yrkesbakgrund inom vården och socialt arbete under tre terminer (hösten 2005-hösten 2006) en distansbaserad högskolekurs vid Växjö universitet, ”Integrerad behandling – missbruk och svår psykisk störning”, (22.5 högskolepoäng). Parallellt med utbildningen erhöll deltagarna, de blivande CM, handledning i samband med att case managementkunskaperna började praktiseras. När det gäller medlemmarna i primärteamen har dessa erhållit särskilt riktad information om case management samt handledning som erbjudits vid ett par tillfällen per termin under projektperioden. Syftet med dessa informations- och handledningsinsatser har varit att ge teamens medlemmar kunskaper så att de kan fullfölja uppgifterna i sina respektive team. Mer om utbildningen finns att läsa i utvärderingens första rapport (Ekermo & Zovko 2007) samt i en utvärdering som gjorts vid Växjö universitet (Jenner 2008).

Svåra psykiska problem och samtidigt missbruk

I metodutvecklingsarbetets utbildningsmaterial (Palmstierna 2004) beskrivs målgruppen för SKL:s metodutvecklingsarbete i termer av klienter som ”faller mellan stolarna” mellan rättspsykiatrisk vård, kriminalvård, beroendevård, sjukvård och socialtjänst. I gruppen återfinns människor med personlighetsstörningar, schizofreni, psykostillstånd,

affektiva tillstånd och ångesttillstånd. Målgruppen för metodutvecklingsarbetet kan enligt Palmstierna sägas motsvara följande kategorier;

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

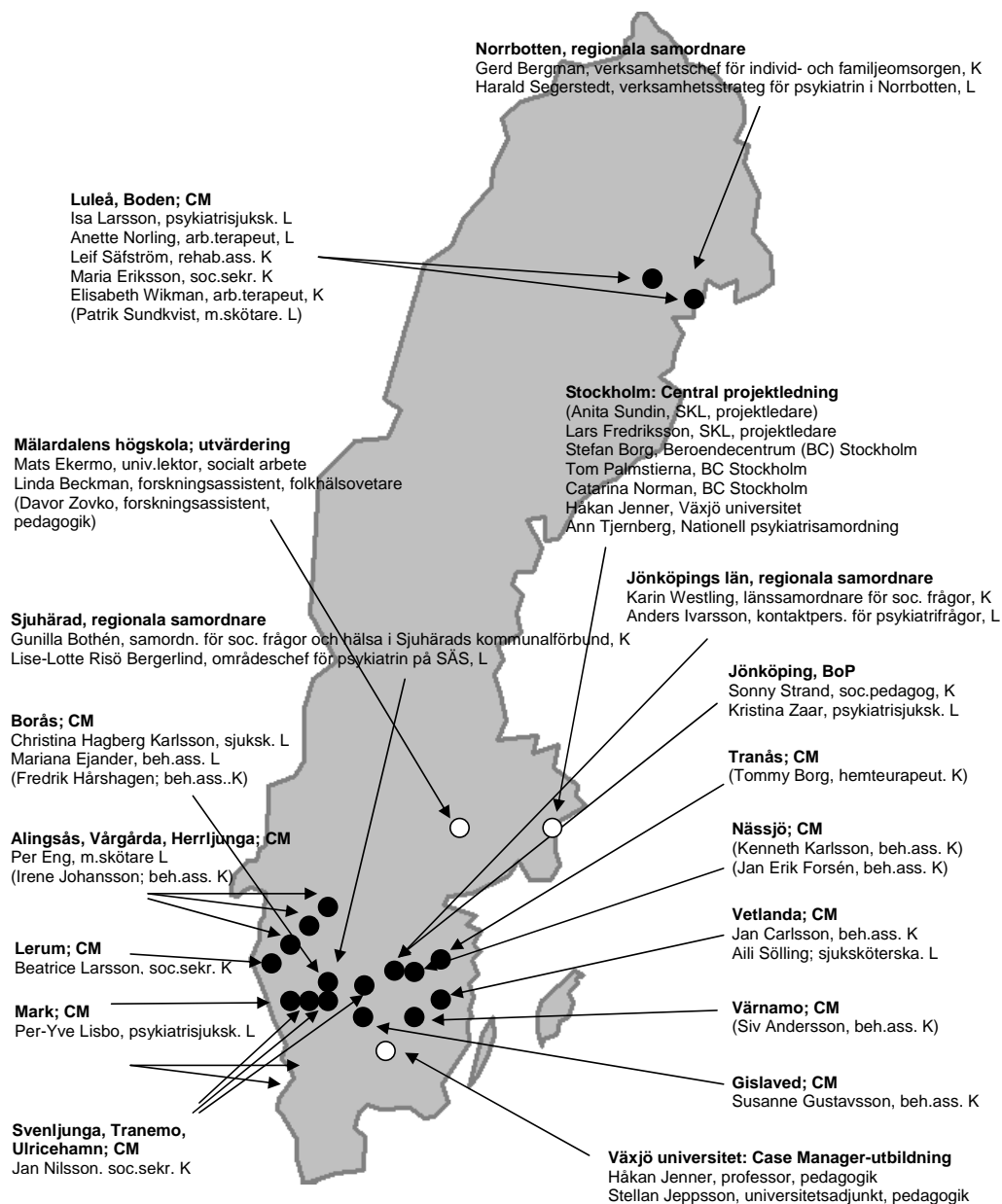
Metodutvecklingsarbetets målgrupp motsvaras således av människor med svår psykisk problematik och samtidigt missbruk, där olika sjukdoms- och kristillfällen riskerar att få allvarliga och katastrofala konsekvenser för den egna livssituationen. Det samhälleliga vård- och stöd-systemets tillkortakommanden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

I ljuset av ovanstående framträder SKL:s metodutvecklingsarbete som ett angeläget projekt. Samtidigt kan konstateras att SKL:s metod-

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

Deltagarförteckning

På följande Sverigekarta, figur 2, presenteras en bild av deltagande aktörer i SKL:s metodutvecklingsarbete från projektperioden 2005-2006. Personer inom parentes betyder att man våren 2008 när slutrapporten skrivs ej är verksam i metodutvecklingsarbetet, av olika skäl. När det gäller personer som genomgått utbildningen till case manager (CM) betyder parentesen att man antingen slutat eller ännu inte kommit igång med CM-verksamhet. (I Sverigebilden ingår således inte de deltagare som tillkommit under 2007-2008 genom den förnyade utbildningsomgången till CM).



Figur 2: Ursprungliga aktörer i SKL:s metodutvecklingsarbete 2005. Namn inom parentes betyder att vederbörande våren 2008 har slutat alt. ej är aktiv eller ej kommit igång med CM-verksamhet. K=Kommun, L=Landsting.

Teoretiska perspektiv

De teoretiska utgångspunkterna för utvärderingen utgörs av teoribildningen kring case management samt implementeringsteori. Vad dessa innebär utvecklas i det nedanstående och innebär till stora delar samma text som presenterats i den första rapporten (Ekermo & Zovko 2007). Det som tillkommit är ett avsnitt om implementeringsorganisations utformning samt en redovisning av vad implementeringsforskningen visar.

Case management

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

Case management handlar om att organisera olika vård- och sociala stödinsatser till en fungerande helhet för den enskilde. Genom att utse en särskild person, en case manager, med uppgift att samordna systemets insatser till en för klienten behovsanpassad helhet ska problemet med vårdens fragmentisering lösas. Case management är dock inte något entydigt begrepp och utvecklingen sedan 1970-talet har inneburit

att man idag talar om sex olika modeller (Mueser et al. 1998, Holloway & Carson 2001, Björkman 2005).

Tidigt identifierades två standardmodeller, en mäklarmodell (Brokerage) och en klinisk (Clinical) modell. I mäklarmodellen ingår behovsbedömning, att upprätta vårdplan, samordna, förmedla och följa upp kontakter med vårdgivare. Case managern är kontorsbunden med många klienter, över 50 förekommer, och med begränsade kontakter "ansikte mot ansikte". I den kliniska modellen tillkommer att case managern har en behandlande relation till klienten med egna vård- och stödinsatser såsom krisinterventioner, social träning och familjestöd. Två intensiva modeller av case management kan också urskiljas där klientantalet begränsas till cirka tio klienter per case manager. Jämfört med föregående modeller innebär Assertive Community Treatment (ACT), att man går längre i ambitionen att integrera case management med vård och stödinsatser. En svensk översättning av ACT saknas, ett näraliggande begrepp är integrerad psykiatri (Malm 2002). Målgruppen avgränsas till människor med svår psykisk problematik och hög vårdkonsumtion, exempelvis personer med dubbla diagnoser i form av psykisk sjukdom och missbruk. I ACT-modellen har case managern tillgång till ett tvärdisciplinärt team med olika specialistkompetenser. Utöver detta kännetecknas ACT-modellen av uppsökande arbete, tillgänglighet dygnet runt, krisstöd, familjestöd och insatser i hemmiljö. En näraliggande modell är den intensiva case managementmodellen (ICM) som i första hand skiljer sig från den förra genom att den enskilda case managern är ansvarig gentemot klienten. En femte modell är resursmodellen (the Strengths Model) som betonar det friska hos klienten, klientens resurser, självbestämmande och relationen case manager-klient och dess betydelse (Rapp 1998). Holloway och Carson (2001) betraktar denna modell mer som en filosofi än en systematisk arbetsmodell. Rehabiliteringsmodellen ligger nära den föregående och betonar klientens personliga mål och delaktighet i rehabiliteringen. Modellen förknippas med den s.k. Bostonmodellen (Anthony, Cohen & Farkas 1996) som är inriktad på att stärka sociala och instrumentella färdigheter så att klienten ska klara sig själv i samhället. Klientantalet för case managern i de två sistnämnda modellerna är fler än i de två intensiva modellerna och varierar uppemot 20-30 personer enligt Holloway och Carsson (2001).

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

Case management i SKL:s metodutvecklingsarbete

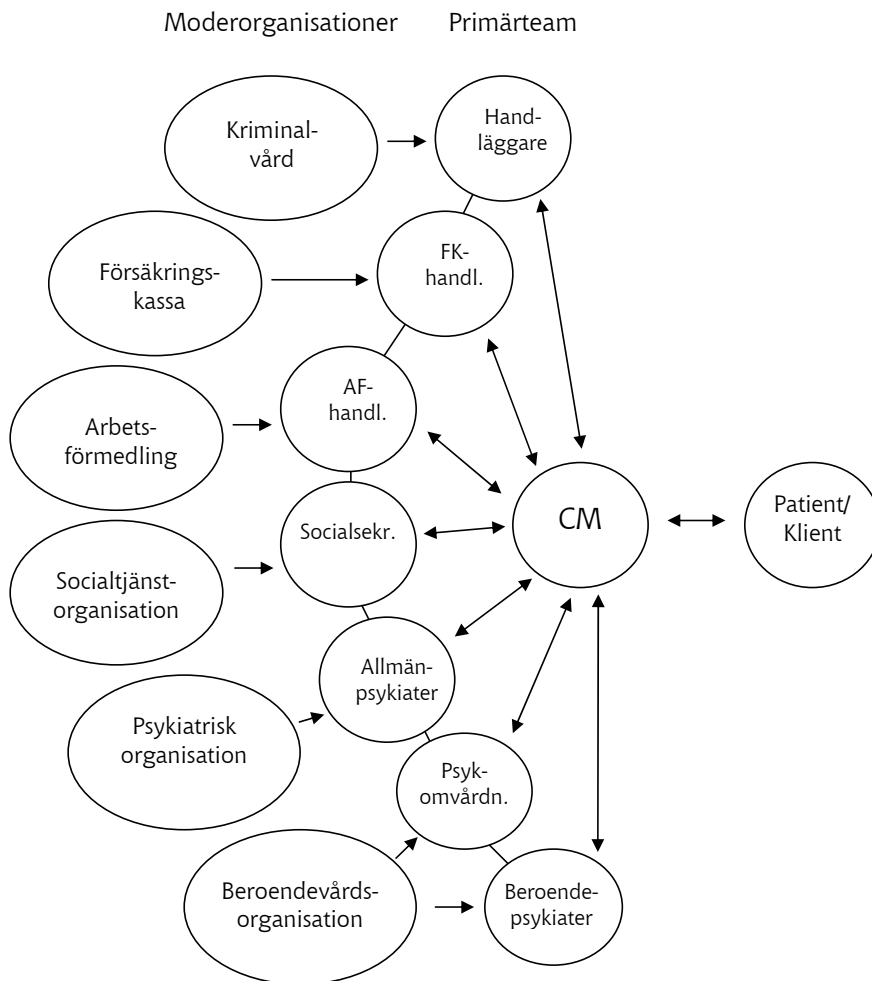
Forskning om ACT-modellen har visat på ett antal faktorer som framstår som viktiga för ett framgångsrikt resultat. Nedanstående faktorer framhålls i den litteratur som ingår i SKL-projektets utbildningsdel, och tjänar således som riktlinjer för hur en case managementmodell bör utformas (Malm 2002, Palmstierna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

- Insatserna genomförs huvudsakligen i klienternas miljöer och inte på en mottagning
- Verksamheten är uppsökande
- Verksamheten har hög intensitet, insatser genomförs vid behov samt tillgänglighet dygnet runt
- Varje case manager har få klienter, högst tio
- Det är viktigt med kontinuitet i personalgruppen
- Verksamheten är teambaserad, ett team runt klienten har ansvar för allt arbete med klienten (benämns primärteam i metodutvecklingsarbetet)
- Teamets sammansättning är multidisciplinär, minst en psykiatriker och en sjuksköterska ingår i teamet
- Arbetet genomförs i nära samarbete med klientens sociala stödsystem, t.ex. familj, hyresvärd, arbetsgivare och andra vård- och stödinsatser

Arbetsuppgifterna för case managern (CM) är att:

- Ansvara för planering och uppföljning av insatser
- Inför teamet ansvara för diskussion och beslut om de insatser som ska göras för klienten
- Säkerställa kontinuiteten i klientens kontakter
- Ha det samlade ansvaret för att behandlingsinsatser, stöd och praktisk hjälp till klienten genomförs
- Vara ombudsman för klienten och bevaka dennes samhälleliga rättigheter
- Lokalisera och hålla kontakt med de sociala, medicinska och psykiatriska insatser som inte kan erbjudas inom teamet, och som kan vara aktuella för klienten

Palmstierna (2006), en tongivande idégivare i metodutvecklingsarbetets ledningsgrupp, sammanfattar vad case management enligt ACT handlar om med hjälp av en modell, som i figur 3 är något modifierad. Palmstierna betonar att case managern (CM) har ett personligt ansvar för patienten/klienten vilket innebär att CM ska söka upp klienten och aktivt förmedla och delta i vården, hjälpen och stödet. CM ingår i och stöds av ett team, det s.k. primärteamet, bestående av ”specialistkompetens” i form av socialsekreterare, allmänpsykiater, psykiatrisjuksköterska och beroendeläkare. Även andra kompetenser kan ingå från kriminalvården, försäkringskassan, arbetsförmedlingen med flera. Av central betydelse är att primärteamets medlemmar har ett individuellt ansvar och mandat från sina respektive moderorganisationer att kunna fatta beslut, exempelvis beviljande av ekonomiskt bistånd, social stödinsats eller inläggning på klinik. Genom att primärteamet är beslutsmyndigt undviks ”svarte petterspel”, det vill säga att ärenden dras i långbänk och klienten ”faller mellan stolarna”.



Figur 3: ACT-modellen (vidareutveckling av Palmstierna 2006).

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

1. Att det finns kunskap om och förståelse för case management inom moderorganisationerna så att arbetssättet därmed är legitimerat och sanktionerat.

2. Att samarbetsavtal tecknas mellan moderorganisationerna som klargör huvudmännens ansvarstaganden och säkrar ett långsiktigt åtagande.
3. Att heltäckande multidisciplinära team finns på plats med beslutsmandat.
4. Att utbildade CM finns på plats som arbetar heltid. CM-rollen låter sig inte delas med andra yrkesroller eller myndighetsutövande funktioner.
5. Att klientinventeringar har gjorts där målgruppen identifierats. "Rätt" klienter innebär i sammanhanget människor med svår psykisk problematik och samtidigt missbruk samt att alla andra insatser prövats utan framgång.

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

Implementeringsteori

Implementering av ny metod i en verksamhet kan i teoretiska termer beskrivas med hjälp av Vedung (1998) i en teori om offentliga insatsers resultat. Implementeringsteori erbjuder verktyg med vars hjälp implementeringen av case management och uppnådda resultat kan analyseras. Programteorin utgör en del av implementeringsteorin och anger vilka vägar man tänkt sig nå ett satt mål, något normativt, ett önskvärt tillstånd. Vedung (1998) anger åtta faktorer som har betydelse för utfallet när en insats, ett beslut eller en ny metod ska implementeras i offentlig verksamhet. I det nedanstående omnämns även en nionde faktor som enligt Smith (i Alexandersson 2006) också påverkar implementeringsprocessen:

1. Insatsens historiska bakgrund, faktorer och processer som lett fram till beslutet om att införa den nya metoden
2. Själva insatsens tydlighet, tekniska komplexitet och programteorins giltighet
3. Hur själva implementeringen går till

4. Adressaternas/mottagarnas vilja, förståelse och organisering
5. Kontrollens organisering
6. Andra insatser av andra aktörer
7. Marknadens reaktion
8. Den övriga omgivningens stöd eller motstånd
9. Den implementerande organisationens självständighet

1. Insatsens historiska bakgrund

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

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

2. Själva insatsen och programteorin

En insats behöver nödvändigtvis inte vara helt klar och tydlig för att implementeringen ska lyckas. Oklarhet kan främja kreativitet, samverkan och deltagares stöd i implementeringen. Samtidigt kan oklarhet verka hämmande, skapa svårigheter att se mål och mening och öppna för olika konflikter. Ju mer tekniskt komplex insatsen eller metoden är

som ska implementeras, desto svårare. En programteori består av tre delar: (1) en kausalitetshypotes: ”vi tror att vi har hittat en insats som löser problemet”, med andra ord en relation mellan ett problem och en insats, (2) insatsens förverkligande genom ett antal aktiviteter och (3) det önskade framtida tillståndet. Programteori handlar således om verksamhetslogiken i ett projekt, hur den ”kognitiva kartan” ser ut, hur man tänkt kring själva problemet, insatsen/åtgärden och det önskade framtida tillståndet, att målet nås. Om slutmålet inte nås kan olika förklaringar ges: antingen har man tänkt fel (teorifel) eller så har problem uppstått i själva genomförandet (genomförandefel).

3. Själva implementeringen, att förstå, vilja och kunna

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

4. Slutmottagarnas belägenhet

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

5. Kontrollens organisering

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

6. Andra insatser av andra

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

7. Marknadens reaktion

Vedung är statsvetare och talar även om marknadens eller konsumenternas reaktion eller vad beslutsfattarna förväntar sig av denna, som en viktig faktor som påverkar implementeringens utfall. Om en insats exempelvis är förenad med etiska frågor så kan det påskynda en implementering. Genom att köpa en produkt eller genom att ansluta sig till och delta i ett sammanhang kan det skapa en god image för den enskilda organisationen. En sådan förväntad vinst kan påskynda insatsens implementering.

8. Den övriga omgivningen

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

9. Den implementerande organisationens självständighet

Enligt Smith (i Alexandersson 2006) är den implementerande organisationen i sig, personalens kvalifikationer och dess relation till den organisation inom vilken implementeringen avses genomföras, också av betydelse för implementeringens utfall. En implementeringsorganisation kan vara mer eller mindre självständig i förhållande till den organisation inom vilken implementeringen avses ske och kan antingen ha hela eller delar av implementeringsansvaret. Ett beslut av en statlig myndighet att införa ett nytt arbets sätt i den lokala verksamheten kan innebära att myndigheten via länsstyrelsen tar på sig ett externt implementeringsansvar. Om ett beslut fattas av organisationen själv inne-

bär det sannolikt att organisationen tar på sig implementeringsansvaret internt. Ett delat implementeringsansvar kan bli följden när förändringar genomförs som resultat av samverkansprocesser mellan flera organisationer.

När det gäller organisationen som genomför implementeringen aktualiseras frågor om hur implementeringen förberetts och med vilken omsorg den genomförts. Vanligtvis inrättas en särskild projektorganisation och nya arbetsformer prövas ofta först i projektform. Om projektet bedrivs inom ordinarie verksamhet kan det beskrivas som fast knutet till eller integrerat i organisationen och en tillfälligt inrättad projektorganisation kan beskrivas som löst knuten, löst kopplad till ordinarie verksamhet (Johansson et al. 2000).

Vad visar implementeringsforskningen?

Implementering av ett nytt program eller en metod innebär komplexa processer där flera förhållanden i en organisation, interna som externa, avgör om implementeringen blir framgångsrik eller inte. Redan tidig implementeringsforskning av Pressman och Wildavsky (1973) såväl som nutida (Johansson 2004) påvisar att faktorer som svagt och bristande ledarskap och otydliga mål inom en organisation är negativt för implementering. För en framgångsrik implementering krävs att de personer som ska arbeta med det nya programmet eller metoden också tror på och upplever det nya programmet som viktigt och angeläget och inte föredrar och hellre skulle vilja arbeta med ett annat program, en annan metod. Dessutom, menar Pressman och Wildavsky, att det program som ska implementeras inte bör krocka med andra åtaganden som personalen redan har. Programmet bör även överensstämma med lagar och förordningar för att implementeringen ska fungera på bästa sätt. Johansson (2004) har i sin studie av implementering av ett nytt arbetssätt i en större organisation, utredningsmetodiken BBIC (Barnens behov i centrum) inom socialtjänsten, påvisat en rad faktorer som viktiga för implementeringsutfallet. Brist på delaktighet hos de som ska arbeta med den nya metodiken, brist på förankring hos berörda politiker och chefer på olika nivåer i organisationen, brist på information och kunskap på både lokal och regional nivå, brist på tydlighet från ledning och avsaknad av tillräckliga resurser såsom till exempel lokaler

och material kan också utgöra problem i en implementering, framhåller Johansson.

En implementering och dess insatser bör planeras ordentligt från grunden. Om de tänkta insatserna i en implementering, vanligtvis insatser som information, utbildning och träning, genomförs integrerat i kombination med varandra är de mer effektiva tillsammans än var för sig (Fixsen 2005, Guldbrandsson 2007). Ett bättre implementeringsresultat kan därmed uppnås genom att t.ex. kombinera riktlinjer för nya rutiner, erbjuda utbildning till de involverade, praktisk träning i metoden, rådgivning och stöttning, återkoppling och möjlighet till konsultation. Just återkoppling från personer inom samma profession har visat sig vara positivt i implementeringssammanhang (Van den Hombergh et al. 1999). Något som Greenhalgh med flera (2005) påvisat är vikten av att redan i planeringsskedet av ett projekt involvera de aktörer som ska utföra den faktiska implementeringen. På detta sätt kan för- och nackdelar med metoden diskuteras och potentiella problem och farhågor identifieras och hanteras tidigt. Dessa personer bör sedan finnas kvar i organisationen för att stötta och inspirera även efter en inledningsfas.

Greenhalgh med flera (2005) belyser ytterligare en viktig aspekt; den enskilde individens roll i implementeringen. Av central betydelse är de personer som ska arbeta med och tillämpa den nya metoden, att de tidigt involveras och introduceras i den nya praktiken och får kunskap om den. De anställda måste vara införstådda i hur den egna arbetssituationen kan komma att påverkas. Redan från början bör de anställda få fortlöpande information, träning och stöd i det dagliga arbetet.

Reflektioner kring de teoretiska perspektiven

Case management som idé är inte någon ny företeelse utan har sedan 1970-talet varit ute på en omfattande internationell "resa". Som angavs inledningsvis återfinns upprinnelsen i USA och ett amerikanskt samhälle som i olika delar skiljer sig från det svenska. En fråga är varför inte case management enligt ACT har fått något egentligt fotfäste i Sverige. Hansson (Burns 2005) ställer likt Björkman (2005) den frågan och efterlyser en diskussion kring detta. Lindström (2002) gör detsamma och ger själv några möjliga svar till varför metodiken inte används oftare inom vård och behandling. Det finns en tveksamhet inför ACT-

erfarenheternas generaliserbarhet, att de skulle gälla i en bredare implementering. De multidisciplinära teamen innebär förhållandevis höga initiala kostnader som kanske skrämmer. Det finns också en allmänt bristande kunskap om metodikens effektivitet och dess goda resultat i förhållande till övriga öppenvårdsbehandlingar menar Lindström.

Att implementera något nytt, ett program eller en ny metod, inom offentliga organisationer som landsting och kommuner innebär komplexa processer där implementeringen handlar inte om en enkel linjär orsak-verkan-process. Stora offentliga organisationer som det är frågan om i SKL:s metodutvecklingsarbete utgör inte några homogena aktörer. Det handlar snarare om ett antal grupper, avdelningar och enheter på olika hierarkiska nivåer som är mer eller mindre "löst kopplade" till varandra, som kan agera oberoende av varandra utifrån olika mål. Några i organisationen kan önska sig förändring men har inte det inflytande som behövs, andra kanske känner sig hotade av samma förändring. Andra kan vara ointresserade av att delta för att inte brister i den egna organisationen eller avdelningen ska uppenbaras.

Ur ett implementeringsperspektiv framträder SKL:s metodutvecklingsarbete som ett top-down-projekt. Initiativet kommer uppifrån med ambitionen att metoden ska införas och tillämpas inom kommuner och landsting på en "basnivå" av vård- och socialarbetare i den direkta klient-/patientverksamheten. Case management enligt ACT kommer uppifrån och presenteras, tas emot och möter reaktioner från den lokala nivån. Den nya idén case management kan således förväntas bli föremål för tolkningar och anpassningar där utformning och tillämpning av det nya arbetssättet anpassas till lokala förutsättningar. Implementeringen av case management kan med andra ord betraktas som en översättningsprocess.

Upplägg och genomförande

Uppdraget – en utvärdering i två steg

SKL:s metodutvecklingsarbete består i att implementera en metod, case management enligt ACT, där kärnan utgörs av samverkan mellan den kommunala och landstingskommunala organisationsstrukturen för vård, stöd och behandling av människor med svåra psykiska problem och ett samtidigt missbruk. Utgångspunkten för SKL:s projekt är evidens som styrker att case management enligt ACT är en användbar och verkningsfull metod för målgruppen. SKL:s utgångspunkt, och för den delen även den Nationella psykiatrisamordningens, är också utvärderingens. Denna utvärderings syfte ligger således inte i att söka evidens på nytt.

SKL:s uttryckliga ambition med utvecklingsarbetet är att det inte ska stanna vid ett tidsbegränsat projekt. Kunskaper och erfarenheter som erhållits från utvecklingsarbetet ska tillvaratas, spridas och stimulera till fortsatt utvecklingsarbete inom fler kommuner och landsting med fokus på personer med s.k. dubbla diagnoser. Utvärderingen utgör därför ett viktigt inslag i SKL:s långsiktiga utvecklingsambition. I utvärderingens syfte ligger att förstå ett implementeringsförlopp och vad det resulterar i för utfall i form av arbetsmodeller, nya roller och arbetsätt.

Utvärderingsarbetet har genomförts i två steg. Den första rapporten från utvärderingsarbetet behandlade utvecklingen i projektet fram till projektavslutet vid årsskiftet 2006/2007. Hösten 2007 påbörjades arbetet med denna slutrapport som inbegriper utvecklingen fram till våren 2008, vad som hänt efter det formella projektets upphörande, hur det fortsatta metodutvecklingsarbetet sett ut.

Utvärderingens syfte och frågor

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

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

I resultatkapitlet redovisas utvecklingsförloppet i de tre regionerna Norrbotten (sid. 41ff), Sjuhärad (sid. 47ff) och Jönköpings län (sid. 52ff), och hur arbetet med implementeringen av metoden har fortlöpt (sid. 59ff). Förhållanden som både försvårat respektive underlättat implementeringen redovisas.

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

I rapporten från våren 2007 redovisades olika lokala modeller av case management som vuxit fram. I resultatkapitlet (sid. 74ff) behandlas och diskuteras denna fråga på nytt.

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

I resultatkapitlet (sid. 65ff) presenteras CM- rollen, hur den utformats och vilka erfarenheter deltagarna har. Både möjligheter och svårigheter som deltagarna upplevt med den nya rollen presenteras.

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

I resultatkapitlet (sid. 69ff) presenteras primärteamen, hur de utformats och utvecklats, samt vilka erfarenheter medlemmarna i primärteamen har av teamarbetet i case management.

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

I resultatkapitlet (sid. 78ff) presenteras några intervjuer med klienter som även intervjuades våren 2007. Genom klientintervjuerna diskuteras case management ur ett klientperspektiv.

Metod och empiriskt material

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

- Intervjuer/tematiserade samtal med
 - projektansvariga centralt (2 personer)
 - utbildare/handledare (1 person)
 - regionala samordnare (6 personer)
 - case managers (5 personer)
 - klienter (4 personer)
- Enkäter via mail till
 - samtliga case managers (21 enkäter, 20 besvarade)
 - primärteammedlemmar (73 enkäter skickades ut varav 33 besvarades)
- Fokusgruppintervjuer
 - case managers (3 grupper med 3-5 deltagare)
- Studier av dokument och handlingar
 - avtal, handlingsplaner och program
 - arbetsbeskrivningar
 - informationsmaterial/föreläsningmaterial
- Närvaro/deltagande observationer vid
 - sammankomster med projektledningsgrupp och regionala samordnare
 - handledningssammankomster

Sammantaget har ett brett material inhämtats. Det empiriska materialet har insamlats december 2007–mars 2008. När det gäller intervjuer med case managers (CM) har ett strategiskt urval gjorts där hänsyn tagits till metodutvecklingsarbetets geografiska spridning för att därmed få en variation i det empiriska materialet. När det gäller klientintervjuerna motsvarar dessa samma klienter som intervjuades våren 2007.

Etiska frågor och hänsyn

Gängse forskningsetiska krav har beaktats i utvärderingsarbetet. Det betyder att samtliga berörda fått information och varit införstådda med

utvärderingens syfte och uppläggning, att informerat samtycke har inhämtats, att det empiriska materialet hanterats så att anonymitet och konfidentialitet säkerställts när det gäller klientintervjuerna, samt att insamlade uppgifter endast används i utvärderings- och forskningssyfte. Klientintervjuerna har varit omgärdade av särskilda villkor och förutsättningar, vilka redovisas i anslutning till resultatredovisningen (sid. 78ff).

Kan någon komma att lida skada av utvärderingen och den här presenterade rapporten? Det är den centrala etiska frågan. De professionella deltagarna i metodutvecklingsarbetet är till antalet begränsade. Vilka de är framgår också av rapporten. Detta motiveras med att metodutvecklingsarbetet har ett stort allmänintresse och att enskilda läsare kan vara intresserade av att komma i kontakt med aktörer i projektet för att få veta mer. Eftersom utvärderingen bygger på lokala bilder och jämförelser går det i vissa textavsnitt att identifiera eller räkna ut vilka de enskilda uppgiftslämnarna är. Dessa avsnitt är dock skrivna så att de inte bör få någon negativ effekt för de berörda. När andra bedömningar gjorts har vissa uppgifter utelämnats i texten för att säkra anonymitet.

Resultat – utvecklingen i tre regioner

I följande avsnitt redovisas utvecklingsförloppet i de tre regionerna Norrbotten, Jönköping och Sjuhärad, och hur långt respektive region kommit i implementeringen av case management. En bild av läget i kommunerna samt förhållanden som både försvårat respektive underlättat implementeringen redovisas.

Norrbotten

Kort historik

De regionala samordnarna i Norrbotten motsvaras av en verksamhetsstrateg för psykiatrin inom landstinget och verksamhetschefen för individ- och familjeomsorgen i Luleå kommun. I tidigt skede av metodutvecklingsarbetet inrättades en särskild styrgrupp för SKL:s metodutvecklingsarbete.

Vid tidpunkten för SKL:s projektinitering hade redan ett antal projektaktiviteter med hjälp av utvecklingsmedel från Nationella psykiatrisamordningen startats varav ett flertal med inriktning på dubbeldiagnosproblematiken. Ett av projekten handlade om att se över och vidareutveckla MOB-enheten (Missbruks- och Beroendeenheten), en verksamhet inom landstinget med psykiatrin som huvudman och primärvården, Luleå och Boden kommuner som medaktörer. Detta projekt hade startats innan SKL:s metodutvecklingsarbete med case management aktualiserades vilket bidrog till att SKL:s inbjudan sågs som en möjlighet till vidareutveckling av det inledda arbetet kring MOB-enheten. Dessa tidigare satsningar medförde att de regionala samordnarna redan i början av utvecklingsarbetet kunde konstatera att tre saker var

mycket viktiga för att en implementering av case management skulle få genomslagskraft:

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

I rapporten från våren 2007 konstaterades det att Norrbottens region var den region som då hade kommit längst med implementeringen. Ett samverkansavtal upprättades tidigt vilket bidrog till möjligheten att tidigt frikoppla CM från sina ordinarie tjänster. De regionala samordnarna menar att de bland annat fick en bra skjuts i början på grund av att politikerna i regionen var med och drev att metodutvecklingsarbetet skulle verkställas. En av de regionala samordnarna jämför utvecklingen i Norrbotten med de två andra deltagande regionerna och säger:

Ett skäl kan ju vara att vi var lite färre, vi spretade lite mindre när vi började. Men sen hade vi alla med oss (...). Jag sa att det här är nog en valgrej, men då sa ju X att det var ju inte ens valår. Men det känns lite grand att det här ville politikerna.

I samtalet med samordnarna framhåller dessa att projektet kom vid rätt tidpunkt och att detta var något som politikerna verkligen ville få till stånd.

Mål och visioner

Ett mål med Norrbottens deltagande i metodutvecklingsarbetet var att metoden case management skulle ingå i ordinarie verksamhet från och med januari 2007. Våren 2008 kan konstateras att CM-verksamheten tycks ha befästs i de deltagande kommunerna Boden och Luleå och målet därmed ha uppfyllts. CM-verksamhetens omfattning vad gäller antalet CM ligger på samma nivå som 2007 och finansieringen sker genom huvudmännens ordinarie verksamhetsbudget. Ett mer långsiktigt mål med metodutvecklingsarbetet var att case management skulle utvecklas i länets alla kommuner och utgöra standard för behandling av klienter

i målgruppen. Detta mål utgör fortfarande en vision. Dock kan noteras att det under 2007 skett en geografisk spridning av metodutvecklingsarbetet, se nedan.

Lägesbild våren 2008

SKL:s metodutvecklingsarbete har hittills bedrivits i Boden och Luleå, två av länets totalt fjorton kommuner. Eftersom MOB omfattade kommunerna Luleå och Boden avgränsades SKL:s metodutvecklingsarbete inledningsvis till psykiatri och dessa två kommuner. Under 2007 har två nya kommuner, Haparanda och Kalix tillsammans med Psykiatri i Östra Norrbotten anslutit till metodutvecklingsarbetet genom att sända sex personer till en ny CM-utbildningsomgång 2007-2008. I denna deltar också två nya personer från Vuxenpsykiatri i Piteå och en ny person från Luleå kommun. En lägesbild över de ursprungliga deltagarna i metodutvecklingsarbetet i Norrbotten våren 2008 presenteras i Tabell 1.

Tabell 1: Lägesbild Norrbotten våren 2008, gäller ursprungliga deltagare 2005-2006.

Region/ort	Case manager (CM) Boden kommun (BK) Luleå kommun (LK) Landsting (L)	Arb.tid som CM	Klienter i case management	Avtal	Inventering mål grupp	Primär- team
Luleå/ Boden	Soc.sekr., BK Psyk.sjuksk., L Arbetsterapeut, L Arbetsterapeut, LK Rehab.ass. LK (Mentalskötare, L, slutat 080401, ersatt av ny m-skötare, L)	Heltid Heltid Heltid Heltid Heltid Heltid	Ja Ja Ja Ja Ja Ja	Ja	Ja	Ja
Summa Norrbotten	3 (K) 3 (L)	6 heltid	5-10 kl/CM, i enskilda fall arbetar CM 2+2	Samverkans- överens- kommelse	Genomförd 2006	Ja

Case manager och klientarbete

Fram till våren 2008 var alla deltagare som gick den första CM-utbildningen 2005-2006 kvar i sina funktioner som CM. Den 1:a april 2008 slutade en CM på grund av tjänst på annan ort men ersattes i nästan direkt anslutning av en ny person med bakgrund som mentalskötare inom landstinget. Denne ersättare deltar dock inte i den nya CM-utbildningsomgången 2007-2008.

Tabell 1 (sid. 43) visar att våren 2008 arbetar sex personer heltid som CM och att dessa är helt frikopplade från tidigare yrkesfunktioner. Det kan jämföras med våren 2007 då två personer fortfarande inte var helt frikopplade och endast arbetade sexton timmar per vecka som CM. Klientantalet per CM har samtidigt ökat under året som gått och varierar mellan fem till tio personer per CM. Ambitionen är att man ska vara två CM per klient för att reducera sårbarheten vid frånvaro, sjukdom och semester. I enskilda fall arbetar dock CM ensam. Det finns även en säkerhetsaspekt då klienter kan vara oroliga och svåra att arbeta med. Målet är att varje CM ska arbeta med cirka tio klienter.

Hösten 2007 avsåg sig Norrbottens CM-grupp den handledning som erhållits genom utbildningen 2005-2006 och som fortgått sedan dess. I takt med utvecklingen bedömde CM-gruppen att handledningsbehovet hade förändrats från rådgivning i metodfrågor rörande case management till en mer klientfokuserad handledning. I mars 2008 startade den nya handledningen med en legitimerad psykolog som handledare.

Avtal

Den överenskommelse om samverkan som ingicks 2005 mellan Luleå kommun, Bodens kommun, vuxenpsykiatri och primärvården inom landstinget har inte förändrats från det att den upprättades. Dokumentet, "Samverkansöverenskommelse: Metodutveckling i arbetet med personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk störning och missbruk", utgör en gemensam avsiktsförklaring med syftet att "tydliggöra och förstärka behovet av samlade insatser från kommun och landsting för denna målgrupp inom ramen för metodutvecklingen". I dokumentet redovisas grundtankarna i case management enligt ACT och sammansättningen av medlemmar som ingår teamet anges. Vidare beskrivs CM:s och primärteamets uppdrag samt involverade parter, kommunernas och landstingets ansvar.

Som redan framkommit tillskriver flera deltagare avtalet en central betydelse för metodutvecklingsarbetet. Avtalet har underlättat utvecklingsarbetets genomförande och givit inblandade aktörer en trygghet och tydlighet vad som gäller. En CM hänvisar till avtalets betydelse i samband med att närmast överordnade chefer inte var beredda att frigöra CM från tidigare arbetsuppgifter.

Faktum är att cheferna, då menar jag högre upp, inte visste vad de gav sig in i när vi påbörjade utbildningen. Efter hand kom det fram att det faktiskt innebär att man förbundit sig att implementera case management i den ordinarie verksamheten så när det kom till kritan så hade man inget annat val än att frigöra oss och låta oss arbeta som case managers.

Inventering av klienter

En inventering av målgruppen människor med svår psykisk problematik och samtidigt missbruk gjordes under 2005-2006. CM-gruppen var själva inte delaktiga i inventeringen utan den samordnades mellan psykiatri, primärvården och socialtjänsten på båda orterna. Ett antal klienter identifierades där några bedömdes som prioriterade. Prioriteringen innebär ett antal fall där man konstaterat att "alla andra former av behandlingsinsatser prövats utan framgång". Norrbottens CM upplever att de haft användning av inventeringen när CM verksamheten startade för att se vilka som var i störst behov av CM-insatser. Under våren 2008 har inventeringen gått igenom vid ett tillfälle för att se om den fortfarande var aktuell (t.ex. om någon sitter på kriminalvårdsanstalt, behandlingshem eller har flyttat). Vid detta tillfälle beslutade CM-gruppen att inte använda klientinventeringen av målgruppen vid fler tillfällen eftersom kvarvarande klienter på listan inte längre bedömdes vara högprioriterade för CM-insats. I stället bestämdes det att personer som framöver kommer ifråga för CM-insats aktualiseras/remitteras via primärteamet.

Primärteam

I Norrbotten har kommunerna ett gemensamt primärteam bestående av enhetschefer från olika verksamheter med beslutsmandat samt personer med god kännedom om målgruppen (se Tabell 5, sid. 70). Ett par personförändringar har skett i primärteamet sedan våren 2007. Dels slutade och ersattes en psykiatrisjuksköterska, dels slutade överläkaren januari 2007 och ersattes av en ST-läkare från psykiatri i nästan omedelbar anslutning.

Vad gäller primärteamet så upplever flera CM att det fortfarande är ett sökande efter rutiner och arbetsformer, där primärteamet och CM-gruppen inte upplevs "arbeta parallellt", som en CM uttrycker sig. Inom primärteamet är sårbarheten ett problem som snabbt kan bli

kännbart för CM, till exempel om den patientansvarige läkaren åker på semester eller slutar med kort varsel.

CM-gruppen upplever att primärteamets roll har urvattnats något på sistone. Detta är, menar man, ett resultat av att CM under hösten 2007 haft ”småmöten” med endast PAL (patientansvarig läkare) istället för att träffa hela primärteamet. Detta ledde till att övriga medlemmar i primärteamet började ifrågasätta sina roller och sammansättningen av primärteamet. Som en följd av detta har man under våren 2008 försökt återgå till rutinerna med träffar med hela primärteamet samlat för att inte tappa den samverkan och förståelse för varandra som byggts upp genom de gemensamma mötena. Läkarnärvaron i primärteamet har dock varit problematisk, en CM säger:

Det som hände under våren var att våra konsultationer med PAL upphörde med en förhoppning att han skulle delta på primärteamsträffarna, och att vi kunde konsultera honom under dessa. Dessvärre var han inte med någon gång. Det innebär att vi inte hade samma tillgång för snabb handläggning och åtgärder.

CM och primärteam befinner sig under våren 2008 i en situation där man behöver se över sina arbetsformer och relationer och hur man arbetar och på bästa sätt kan dra nytta av varandra. Samtidigt anser CM-gruppen att de i sitt klientarbete inte är i lika stort behov av primärteamet som tidigare eftersom klientnära frågor i första hand behandlas i klientens nätverk. Om något inte fungerar som önskat i nätverket eller att det är svårt att komma fram till lösningar tar CM upp frågan med primärteamet för att försöka hitta andra infallsvinklar.

Erfarenheter av implementeringen

Själva implementeringen av case management har de regionala samordnarna upplevt som förhållandevis problemfri. Begreppet ”rätt tidpunkt” framhålls som ett nyckelord i implementeringsprocessen. Politikerna har varit engagerade och en nybildad styrgrupp förstärkte stödet i metodutvecklingsarbetet.

Jag tror att tid är ett nyckelord, det kom rätt i tid. Det sammanföll ganska exakt med att man etablerade en så kallad länsstyrgrupp med representanter från socialtjänsten, socialchefen och landstingets divi-

sionschefer, som hade precis börjat, tror jag, hittat varandra så då blev nästan det här lite grand som en pilot, uppfattade jag, att länsstyrgruppen väldigt ambitiöst tog tag i det här. Det blev ett stöd för oss också.

Ytterligare ett stöd i implementeringen har varit det samverkansavtal som upprättades i ett tidigt skede av processen. De regionala samordnarna understryker värdet av att metodutvecklingsarbetet i tidigt skede blev väl förankrat på politisk nivå. CM-gruppen framhåller även de regionala samordnarnas engagemang som betydelsefullt. En CM berättar hur de regionala samordnarna tagit ett helhetsansvar för implementeringsprocessen genom att ”både bygga båten och sjösätta den”. Flera CM betonar vikten av detta engagemang och menar att det har hjälpt dem till att bli mer självgående och klara sig utan ledsagning. Samtidigt anser CM-gruppen att mycket av förändringsarbetet fortfarande, våren 2008, vilar på deras axlar och att de ibland inte vet var de ska lyfta vissa frågor.

Sjuhärad

Kort historik

I Sjuhärad utgörs de regionala samordnarna av områdeschefen för psykiatri inom Södra Älvsborg och en samordnare för sociala frågor och hälsa vid Sjuhärads kommunalförbund. Sjuhärad gick 2005 in i SKL:s metodutvecklingsprojekt med nio kommuner, varav en större, Borås kommun, och åtta mindre: Alingsås, Vårgårda, Herrljunga, Lerum, Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn. Dessa kommuner ingick sedan tidigare i ett projekt benämnt ”Integrerad Psykiatri Dubbeldiagnoser” där man inlett ett utvecklingsarbete i samarbete med Vuxenpsykiatriska kliniken och Primärvården vid Södra Älvsborgs sjukhus när SKL-projektet aktualiserades. Samordnarna såg SKL:s projekt kring case management som en möjlighet till fördjupning av det redan inleda utvecklingsarbetet.

Rapporten från våren 2007 visade att Sjuhäradsregionen inte hade kommit särskilt långt i implementeringsprocessen inom de nio kommunerna, med något undantag. Bland annat hade inga avtal kommit till stånd. Flertalet av deltagarna som genomgått CM-utbildningen var ännu ej frikopplade från tidigare arbetsuppgifter och primärteam hade

på flera håll ännu ej bildats. Med andra ord saknades nödvändiga strukturer och förutsättningar för case management enligt ACT. För att driva på implementeringsarbetet hade två personer projekthanterats på regionnivå under år 2006-2007 för att ta fram en regional handlingsplan för arbete med målgruppen människor med psykisk problematik och samtidigt missbruk. I handlingsplanen ingick case management enligt ACT som en viktig del.

Mål och visioner

Det långsiktiga målet med deltagandet i metodutvecklingsarbetet i Sjuhärad är att case management ska bli en del av ordinarie verksamhet i moderorganisationerna; landstingspsykiatri, primärvården och den kommunala socialtjänsten.

Lägesbild våren 2008

En lägesbild över de deltagande kommunerna som gick in i metodutvecklingsarbetet 2005-2006 presenteras i Tabell 2, sid. 49. Sedan dess har nya deltagare tillkommit som påbörjat den nya utbildningsomgången till CM 2007-2008, sammanlagt åtta personer från Sjuhärad. Dessa nya deltagare kommer samtliga, såväl som på en person från Bollebygd, från redan deltagande organisationer och kommuner, vilket således kan betraktas som en förstärkning av satsningen på case management.

Tabell 2. Lägesbild Sjuhärad våren 2008, gäller ursprungliga deltagare 2005-2006.

Region/ort	Case manager (CM) Kommun (BK) Landsting (L)	Arb.tid som CM	Klienter i case management	Avtal	Inventering mål grupp	Primär- team
Borås	Sjuksköterska, L	6 tim/v	2 klienter	Nej	Nej	Ja
	Sjuksköterska, L (Behandlingsass., K slutat, ej ersatt)	8 tim/v	2+2 klienter			
Vårgårda, Herrljunga, Alingsås	(Soc.sekr., K. slutat, ej ersatt) Skötare, L*	0 tim/v	Nej	Nej Nej Nej	Nej Nej Nej	Nej Ja** Ja**
Lerum	Soc.sekr., K	Heltid	4 klienter	Nej	Ja	Ja
Mark	Psyk.sjuksk., L	20 tim/v	3 klienter	Nej	Ja	Ja
Ulricehamn Svenljunga, Tranemo, (UST)	Soc.sekr., K Skötare, L*	Heltid 15 tim/v	9 klienter 3 klienter	Nej	Nej Nej Nej	Ja Ja Ja
Summa Sjuhärad	2 (K) 4 (L)	2 heltid 4 deltid	Mestadels 2-4 klienter per CM	Regional handl. plan förväntas antas h 2008	2 kommuner har ge- nomfört in- venteringar	Team på alla orter utom i Vårgårda

* CM "utlånad" 15 tim/v till UST-området, inga timmar i Vårgårda/Herrljunga/Alingsås.

** Primärteam finns enligt uppgift inrättat men CM-verksamheten har inte kommit igång ännu.

Case manager och klientarbete

När CM-utbildningen startade hösten 2006 var de åtta deltagarna lika fördelade mellan landstinget och kommunen, fyra från vardera huvudman. Under 2007 har två deltagare, båda med kommunal tillhörighet, slutat på grund av annan tjänst. Av Tabell 2 framkommer att implementeringssituationen våren 2008 inte skiljer sig särskilt mycket från läget våren 2007. Endast två CM arbetar heltid, i Lerum och i Ulricehamn-Svenljunga-Tranemo (UST) och är helt frikopplade från tidigare arbetsuppgifter. Det betyder att flera CM ännu inte har frigjorts från sina ordinarie tjänster och att klientverksamheten är mycket begränsad. I Mark arbetar CM 50 procent och i Borås finns CM "mest på pappret" med sina sex respektive åtta timmar i veckan, vilket inte upplevs räcka i praktiken. De två CM i Borås har två klienter tillsammans och därtill har en CM ytterligare två klienter. I Vårgårda/Herrljunga/Alingsås har i praktiken inget CM-arbete kommit igång. Av ursprungliga två CM har en slutat och kvarvarande CM är frikopplad 15

timmar/vecka som i sin tur är ”utlånade” till UST-kommunerna för arbete tillsammans med UST:s heltidsanställda CM.

Avtal

Våren 2008 har det fortfarande inte kommit till stånd några avtal eller bindande dokument som reglerar deltagande organisationers åtaganden gällande case management. Den ännu ej antagna regionala handlingsplanen förväntas dock fylla en viktig funktion i sammanhanget. När handlingsplanen, som anger att case management ska verkställas i kommunerna, är tagen ska den följas upp av överenskommelser på kommunnivå där lokala psykiatriråd har ansvar för hur arbetet utförs på lokal nivå. Bland annat anges i den föreslagna handlingsplanen att en kartläggning av dubbeldiagnosgruppen ska genomföras i kommunerna och att lokala handlingsplaner ska tas fram som förbättrar kvalitén i arbetet med målgruppen. I förslaget till handlingsplanen sägs bland annat följande när det gäller arbetets organisering och ansvarsfördelning:

- *En delregional styrgrupp bildas för psykisk ohälsa i Sjuhärad/Södra Älvsborg. Denna ansvarar för att planen genomförs och för att inriktning och kvalitet upprätthålls.*
- *De lokala psykiatriråden ansvarar för lokala klientinventeringar samt att det på kommunnivå tas fram en lokal plan för boende, boendestöd, sysselsättning, vård och uppsökande verksamhet.*
- *Primärteam för dubbeldiagnoser enligt ACT-modellen med Case Managers skall finnas i kommunerna.*

En person har under 2008 projektanställts för att arbeta med den regionala handlingsplanen och dess uppföljning. I uppdraget ingår också att fungera som särskilt stöd till och samordnare av CM-verksamheten i regionen.

Inventering av klienter

Av Tabell 2 framgår att klientinventeringar av målgruppen fortfarande saknas på flera håll bland deltagande kommuner. Ansvaret på klientin-

venteringarna ligger lokalt på varje kommun och hittills, våren 2008, har endast Lerum kommun sammanställt en inventering. Inventeringen i Lerum genomfördes tillsammans med primärvården av CM efter att enkät och formuleringar godkänts av projektledare och styrgruppen i Sjuhärad. Enkäten skickades till Vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagning, Individ och familjeomsorgen och Vård och omsorgssektorn där bland annat LSS- handläggarna arbetar.

I Mark kommun har det också genomförts en klientinventering vars slutliga sammanställning återstår att göra och få bekräftad av berörda parter.

Primärteam

Den samlade bilden av Tabell 2 visar att det finns primärteam på alla orter förutom i Vårgårda. I Herrljunga och Alingsås finns primärteam inrättade trots att CM- verksamheten inte startat upp ännu. Likaså är Tranemos primärteam förhållandevis nybildat. Den övergripande bilden är att primärteamen fortfarande är under utveckling och att arbetsformerna relativt oprövade. Ofta sitter samma personer med i olika samverkansgrupper, som i Lerum t.ex. Detta har ibland skapat förvirring hos deltagarna och osäkerhet om vad de ska göra inom ramen för metodutvecklingsarbetet. I UST-området har primärteamen genomgått förändringar och omformats under våren 2008. Önskan har varit att få in fler chefer med beslutsmandat för att tydliggöra primärteamens roll och öppna upp för diskussioner av mer övergripande frågor. Då primärteammedlemmar parallellt varit involverade i klientarbetet som behandlare inom kommunen och vården har primärteamsmöten fått karaktär av återrapportering i enskilda klientärenden. Samtidigt har en problematik med dubbla roller och oklarheter över funktionen i primärteamet uppstått.

Erfarenheter av implementeringen

Av det föregående framgår att implementeringen av case management gått förhållandevis trögt i Sjuhärad. Till frågan vad som försvårat implementeringen framhåller flera aktörer avsaknaden av avtal som en starkt bidragande orsak. I Sjuhärad motsvaras avtalet av den kommande regionala handlingsplanen. Avsaknaden av bindande dokument för deltagande kommuner och landstinget har enligt CM inneburit en lång

väntetid som fördröjt implementeringen av case management. En CM berättar;

Nu är det istid fram till att avtalet är påskrivet, det händer ingenting, vi väntar, vi väntar till avtalet är påskrivet, vi väntar.... nu är det istid.

Avsaknad av avtal och klargöranden av ”vad som gäller” har skapat osäkerheter kring frågan om nödvändigheten av CM:s frikoppling från tidigare arbetsuppgifter. Från CM och medlemmar i primärteamen framhålls också att bristande förankring och svagt stöd från ledningsnivå påverkat implementeringen negativt. De regionala samordnarna har försökt åtgärda detta genom fler regelbundna gemensamma möten inom de olika organisationerna. Flera CM känner sig dock ensamma och utlämnade i implementeringsarbetet och menar att implementeringsansvaret till alltför stor del vilat på deras axlar och varit beroende av deras egen goda vilja och engagemang.

De regionala samordnarna är dock nöjda med implementeringsresultatet fram till våren 2008. I kontakter med kommuner har samordnarna fått signaler som bekräftar en positiv utveckling när det gäller metodutvecklingsarbetet.

Kommunerna säger idag att de tycker det är mycket lättare att få sina patienter inlagda.(...) Det är ju inte bara att man pratar om det, detta har inneburit en ny syn på hela målgruppen som har underlättat för kommunerna.(...) Det har blivit en sådan spin-off effekt som vi hoppades på.

Jönköping

Kort historik

I Jönköpings län utgörs de regionala samordnarna av en kontaktperson för psykiatrifrågor inom landstinget och en samordnare för socialtjänstfrågor i Jönköpings kommun, kommuner i samverkan. Till samordningen av metodutvecklingsarbetet finns en särskilt inrättad regional styrgrupp bestående av verksamhetschefer från psykiatrin inom landstingets tre sjukvårdsområden (Värnamo, Högländet, Jönköping) och tre socialchefer.

Sedan mitten på 1990-talet har ett utvecklingsarbete bedrivits i Jönköpings län med inriktning på människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk (se Socialstyrelsen 1999; 2004). Detta har bland annat resulterat i verksamheten BoP (Beroende och Psykiatri) i Jönköping och ett s.k. DD-nätverk i länet med en särskild styrgrupp. Jönköpings läns intresse för SKL:s metodutvecklingsarbete ligger enligt de regionala samordnarna i linje med tidigare utvecklingsarbete och ses som en möjlighet till förstärkning av en redan påbörjad utveckling med ambitionen att få med fler kommuner och samtliga tre sjukvårdsområden. I metodutvecklingsarbetet anslöt 2005 sex av länets tretton kommuner tillsammans med landstinget: Jönköping, Tranås, Nässjö, Vetlanda, Värnamo och Gislaved.

Beträffande framställningen som följer redovisas inte BoP-verksamheten, istället hänvisas till den första utvärderingsrapporten (Ekermo & Zovko 2007). BoP utgör en etablerad verksamhet i Jönköping sedan flera år tillbaka där man arbetar utifrån en case managementinspirerad metodik med målgruppen människor med svår psykisk problematik och samtidigt missbruk. I utvärderingsrapporten från 2007 framkom att BoP:s deltagande i metodutvecklingsarbetet begränsades till deltagande i utbildningsdelen. Arbetsformerna i BoP ansågs vara välfungerande och därför uttrycktes i utvärderingsrapporten 2007 inga ambitioner att förändra dessa. Av dessa skäl lämnas BoP-verksamheten utanför den fortsatta redovisningen.

Utvärderingsrapporten från våren 2007 visade att man inom Jönköpings län inte kommit särskilt långt i implementeringen av case management. Några avtal hade inte kommit till stånd, primärteam fanns bara delvis inrättade, klientinventeringar saknades och vid sidan av BoP hade endast CM i två kommuner delvis frikopplats för CM-arbete, i övriga tre kommuner hade inget utrymme frigjorts för CM-arbete. Vid årsskiftet 2007-2008 projektanställdes en centralt placerad ”coach” för att driva implementeringsarbetet framåt och vara en stöttande resurs för det lokala CM-arbetet. De regionala samordnarna hoppas mycket på coachen och tror att arbetet med implementeringen kommer att underlättas. Beträffande vad man hittills uppnått i Jönköpings län säger en av samordnarna:

När den förra rapporten kom så kände jag att vi redan då kommit mycket mycket längre. Men det är tungt och det kommer inte att leva

vidare av sig själv. Just nu är det fortfarande så sårbart innan man har byggt upp hela den här organisationen med casare.(...) Det stora problemet är sårbarheten, det är överskuggande, det andra har vi löst ganska bra. Så ekonomi och sårbarhet är det stora.

Mål och visioner

SKL:s metodutvecklingsarbete betraktas av samordnarna som en möjlighet att tillvarata erfarenheter från tidigare utvecklingsarbeten i länet och sprida case managementmetodiken över hela länet. Målet med utvecklingsarbetet är att utveckla en hållbar metod för arbete med målgruppen, människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk, som består i länet över tid.

Lägesbild våren 2008

Metodutvecklingsarbetet har från 2005 bedrivits i Gislaved, Värnamo, Vetlanda, Nässjö, Tranås och Jönköping och involverat åtta personer som gått CM-utbildningen, med en kraftig övervikt på kommunalt deltagande. Av de åtta deltagarna som genomgått CM-utbildningen kommer sju från kommunerna. I nedanstående Tabell 3 redovisas utvecklingen avseende dessa orter och deltagare. Till detta kommer att regionen deltar med tio deltagare i den nya CM-utbildningen 2007-2008. När det gäller deltagandet i den nya utbildningsomgången så består snedrekryteringen, åtta av tio nya har kommunal bakgrund. Deltagarna kommer både från "gamla" kommuner; Jönköping/BoP-verksamheten, Vetlanda, Gislaved och från "nya" kommuner; Sävsjö, Aneby, Eksjö vilket således innebär en geografisk spridning av metodutvecklingsarbetet.

Tabell 3: Lägesbild Jönköpings län våren 2008, gäller ursprungliga deltagare 2005-2006

Region/ort	Case manager (CM) Kommun (BK) Landsting (L)	Arb.tid som CM	Klienter i case management	Avtal	Inventering mål grupp	Primär- team
Gislaved	Beh.ass.(K)	Heltid	8 klienter	Gislaved - Värnamo - Psykiatrin	Se nedan	Ja
Värnamo	(Beh.ass. K.slutat, ersättare fr augusti -08)	(Heltid)	Nej	Värnamo - Gislaved - Psykiatrin	Se nedan	Ja
Vetlanda	Beh.ass.(K) Ssk. (L)	Heltid Heltid	9 klienter	Psykiatrin - Vetlanda	Se nedan	Ja
Nässjö	Beh.ass.(K) Beh.ass.(K)	0 tim/v	Nej Nej		Se nedan	Ja
Tranås	(Hemterapeut, K)	0 tim/v	Nej		Se nedan	Nej
Jönköping (BoP)	Soc.ped.(K) Psyk.ssk.(L)	Heltid Heltid	10-15 klienter på två CM	BoP del av ord. org.	Se nedan	Nej, ist. PAL+ MY
Summa Jönköpings län	6 (K) 2 (L)	6 heltid	8-9 klienter/CM	Länsövergr. avtal, lokala avtal i 3 kommuner	Länsövergr. inventering m uppgifter komm.nivå	Team el. motsv. på alla orter, ej i Tranås

Case manager och klientarbete

Jämfört med våren 2007 visar Tabell 3 på en utveckling i Jönköpings län som ger ett splittrat intryck. På några håll har CM kommit att frikopplas helt från att våren 2007 endast ha varit delvis frikopplade från tidigare arbetsuppgifter, det gäller för Gislaved och Vetlanda. I Gislaved och Vetlanda har metodutvecklingsarbetet pågått enligt planerna. I Värnamo däremot har implementeringsprocessen och därmed klientarbetet stannat upp som en följd av att CM slutat vid årsskiftet 2007-2008 på grund av annan tjänst. Ersättaren i Värnamo tillträder sin CM-tjänst först från och med augusti 2008. Ersättaren har ingen CM-utbildning och erhåller hjälp med inskolningen och handledning från Gislaveds kommuns CM. I Tranås och Nässjö har man fortfarande inte, våren 2008 kommit igång med case managementarbete. I Nässjö har man dock inlett ett förberedelsearbete och beräknar komma igång med CM-arbete till hösten 2008.

Avtal

Som en följd av metodutvecklingsarbetet tecknades vid halvårsskiftet 2007 ett treårigt samverkansavtal mellan samtliga kommuner i Jönköpings län och Jönköpings läns landsting. Avtalet, ”Case management – metodutvecklingsprogram” är ett ramavtal och förutsätter att lokala avtal tecknas mellan respektive kommun och landsting i sjukvårdsområdena. I avtalet förbinder sig parterna att införa case management som arbetsmetod i den ordinarie verksamheten: ”Kommuner och landsting ska i samverkan utveckla gemensamma team för att ge integrerad samhällsbaserad behandling med stöd av case managers till målgruppen”. I avtalet tydliggörs landstingets respektive kommunens ansvar, CM:s och primärteamets uppgifter (i avtalet benämnt ”kommunbundet team”). Ett antal utgångspunkter presenteras som grund för utvecklandet av det lokala arbetet, bland annat ska barnens situation särskilt beaktas. Ledning och samordning på lokal nivå innebär att en styrgrupp/ledningsgrupp inrättas i varje kommun där samverkande parter ingår. Inom varje sjukvårdsområde finns en ledningsgrupp och på länsnivå svarar den regionala styrgruppen för ledning och samordning. Den regionala styrgruppen motsvaras av tre socialchefer, tre verksamhetschefer för psykiatri från de tre sjukvårdsområdena samt de regionala samordnarna. Om någon av parterna bryter mot det ingångna avtalet utgår vitesföreläggande med 500 000 kronor.

I linje med det länsövergripande avtalet träffades i december 2007 ett lokalt samverkansavtal mellan psykiatri, Värnamo och Gislaveds kommun med innebörden att införa case management och där organisation och arbetsformer specificeras. En gemensam arbetsgrupp har bildats för införandet och i avtalet öppnar man upp för kommunerna Vaggeryd och Gnosjö att ansluta sig till de primärteam (i det lokala avtalet benämnd ”ledningsgrupp”) som inrättas.

Även i Vetlanda har ett avtal tecknats mellan psykiatriska öppenvårdsmottagningen och kommunens Vuxensektion där införandet av case managementverksamheten regleras på en konkret nivå gällande arbetstider för CM, lokaler, dokumentation, tillgång till fordon med mera och hur kostnaderna fördelas mellan huvudmännen.

Inventering av klienter

På uppdrag av landstinget och kommunerna i Jönköpings län har två personer under hösten 2006 till våren 2007 genomfört en inventering av personer med samtidigt förekommande missbruk/beroendeproblematik och psykisk störning. Inventeringen omfattar samtliga kommuner i Jönköpings län. Syftet med inventeringen har varit att öka kunskapen om målgruppens storlek och karakteristika. Uppgifter om målgruppen inhämtades via enkäter och skattningsinstrument. Först skickades enkäter ut till berörd personal inom bland annat socialtjänst, psykiatri och primärvård i Jönköpings län för att ringa in målgruppens storlek och inhämta information om målgruppens diagnos, missbruksbild och konsekvenser av missbruket. Därefter utfördes s.k. ASI-intervjuer (Addiction Severity Index) med syfte att på individnivå få fördjupad kunskapen om problemens omfattning kännedomen kring målgruppens livsvillkor, omfattning av problem samt behov av vård och stöd (Hemgren & Nordeström 2008).

Inventeringsrapporten blev klar våren 2008 och resultatet visade att drygt 200 personer i Jönköpings län lider av samtidig missbruk/beroendediagnos och psykiatrisk diagnos. Inventeringens värde och betydelse för de lokala CM-verksamheterna framstår dock som oklar. I denna utvärdering omnämns inte den länsövergripande inventeringen av någon CM eller primärteammedlem i enkätstudien.

Primärteam

Samtliga kommuner har inrättat primärteam, förutom Tranås, där det heller inte bedrivs någon CM-verksamhet. BoPs egen verksamhet i Jönköping har som tidigare nämnts en egen organisering där begreppet primärteam inte används och där motsvarande funktion närmast motsvarar en relation till patientansvarig läkare (PAL) och till myndighetsperson (MY) vid socialtjänsten. Även Nässjö och Värnamo har primärteam, samtidigt som Tabell 3 visar att CM ännu inte kommit igång med praktiskt case managementarbete i Nässjö. Med andra ord är det bara Vetlanda och Gislaved kommuner som har primärteam och är igång med den praktiska verksamheten.

Erfarenheter av implementeringen

Samordnarna anser att det varit svårt att få med landstinget i samma omfattning som kommunerna i metodutvecklingsarbetet. Det svaga engagemanget från landstingets sida visar sig bland annat genom lågt deltagande i CM-utbildningen. Landstingets uppdelning i tre sjukvårdsområden anses ha bidragit till en mer långdragen implementeringsprocess. En lösning på denna problematik har enligt samordnarna varit att inrätta en styrgrupp inom varje sjukvårdsområde. Detta angavs som delmål för det fortsatta implementeringsarbetet våren 2007, och våren 2008 finns styrgrupper på sjukvårdsområdesnivå.

Det länsövergripande avtal som kommit till stånd under 2007 har bidragit till att Jönköpings län våren 2008 upplever att implementeringen har gått framåt och ett par lokala samarbetsavtal omfattande tre kommuner har kommit till. Dessa lokala avtal är uttryck för ett stort lokalt engagemang på ledningsnivå i kommunerna. Den politiska förankringen är således en viktig och drivande faktor i implementeringen. De regionala samordnarna har också stora förväntningar på den från årsskiftet 2007/2008 tillsatte CM-coachen vars uppgift är att ge stöd åt implementeringsprocessen och det lokala CM-arbetet, något som även CM tror ska vara till stor hjälp i metodutvecklingen.

Kommentarer kring utvecklingen i regionerna

En summering

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

Tabell 4: En samlad lägesbild våren 2008.

Region/ort	Case manager (CM), urspr. deltagare fr. 2005	Arb.tid som CM	Klienter	Avtal	Inventering målgrupp	Primärteam	Nya deltagare i CM-utbildning 2007-08
Summa Norrbotten	3 (K) 3 (L) (1 har slutat och ersatts)	6 heltid	5-10 kl/CM	Ja	Ja	Ja	Kalix: 3 (L), 2 (K) Luleå: 2(L), 1 (K) Piteå: 1(L) Haparanda: 1 (K)
Summa Sjuhärad	2 (K) 4 (L) (2 har slutat, ej ersatta)	2 heltid 4 deltid	2-9 kl/CM	Nej	Ja, i 2 av 9 kommuner	Ja, i 8 av 9 kommuner	Alingsås:1(L), 2 (K) Borås:1 (L), 1(K) Bollebygd: 1(K) Lerum: 1(L) Herrljunga: 1(K)
Summa Jönköping	5 (K) 1 (L) (1 slutat och ersatts)	6 heltid	8-9 kl/CM	Ja; regionalt + lokala avtal i 3 kommuner	Ja	Ja, i 5 av 6 kommuner	Jönköping: 1(L) 1(K) Sävsjö: 1(K) Vetlanda: 1(L), 1(K) Aneby: 2(K) Eksjö: 1(K) Gislaved: 2(K)

Den nya CM-utbildningen 2007-2008, med start hösten 2007, är som den tidigare en upphandlad uppdragsutbildning från Växjö universitet och löper över tre terminer. Den nya utbildningsomgången har tillkommit på initiativ av de tre regionerna i syfte att förstärka CM-kompetensen. Utbildningen finansieras genom anslag från länsstyrelserna. Sammanlagt 28 nya deltagare från regionerna går den nya utbildningsomgången som även kommer från ”nya” kommuner jämfört med metodutvecklingsarbetets start 2005.

Implementeringsprocessen i Norrbotten kan fram till våren 2008 sägas ha fördjupats och förstärkts under året som gått. Norrbotten och kommunerna Luleå och Boden har relativt sett kommit längst vad gäller tillämpning av det nya arbetssättet. Alla CM från första utbildnings-

omgången 2005-2006 arbetar heltid och är helt frikopplade från andra yrkesfunktioner och arbetsuppgifter. Det förändrade handledningsbehovet och initiativet till ny handledare visar på en utvecklingsprocess, liksom erfarenheterna av primärteamet och de förda diskussionerna om arbetsformer och relationen mellan CM och primärteamet. Tabell 4 och deltagandet i den nya CM-utbildningsomgången 2007-2008 visar också på en geografisk vidgning till psykiatri i Östra Norrbotten, psykiatri i Piteå samt Haparanda och Kalix kommuner.

Situationen i Sjuhärad våren 2008 skiljer sig inte nämnvärt från situation våren 2007. Brist på avtal, avsaknad av klientinventeringar, CM som ej frikopplats från tidigare arbetsuppgifter och primärteam med ännu ej utvecklade arbetsformer visar att case management ännu inte kan sägas ha fått fast fotfäste i Sjuhärad. Två av de ursprungliga åtta personerna som genomgick CM-utbildningen 2005-2006 har bytt tjänster och slutat som CM. Samtidigt kan konstateras att åtta personer påbörjat den nya CM-utbildningsomgången 2007-2008. Med undantag av en deltagare från Bollebygd kommun kommer samtliga från redan deltagande kommuner. När det gäller den fortsatta implementeringen riktas förhoppningar mot den regionala handlingsplanen som förväntas antas politiskt hösten 2008, att den ska underlätta den fortsatta implementeringsprocessen. Till detta kommer tillsättandet av en projektanställd regional samordnare med uppgift att vara stöd till de lokala CM-verksamheterna.

Implementeringssituationen i Jönköpings län ger på lokal nivå en splittrad bild där utvecklingen skiljer sig åt mellan olika kommuner. Några har våren 2008 ännu inte kommit igång med CM-verksamhet medan andra visar en utveckling där CM-verksamheten befästs genom lokala avtal och att tidigare bara delvis frikopplade CM kommit att bli helt frikopplade för CM-funktionen. Landstingets bristande engagemang utgör ett problem. Metodutvecklingsarbetets sårbarhet illustreras i Värnamo, där implementeringsprocessen lidit avbräck på grund av att den ensamvarande CM slutat och tillsättningen av ersättare dröjt. På regionnivå har sedan våren 2007 ett avtal mellan huvudmännen upprättats som innebär att länets samtliga kommuner förbinder sig att införa case management. Nästa steg är att få till stånd avtal på kommunnivå. Till detta har en central ”coach” projektanställts med uppgift att driva implementeringen framåt. I den nya CM-utbildningsomgången 2007-2008 deltar tio personer från länet som innebär att deltagandet i me-

totutvecklingsarbetet vidgas med tre nya kommuner; Eksjö, Aneby och Sävsjö.

Förhållanden som skapar osäkerhet i implementeringen

Inom de tre regionerna återfinns ett antal förhållanden som man i olika utsträckning, behöver komma till rätta med för att säkra den fortsatta implementeringen. Dessa handlar om ekonomi, arbetsvillkor för CM, CM:s frikoppling, avtalsfrågan, kunskapsbehov samt ett oklart implementeringsansvar. Vad dessa frågor närmare handlar om utvecklas i det följande.

Ekonomi ett orosmoment

Det finns en oro kring kostnader som metodutvecklingsarbetet medför. Införandet av det nya arbetssättet case management innebär mer kostnader för moderorganisationerna. Uppbyggnad av nya verksamheter med tillhörande organisatoriska och materiella förhållanden kostar pengar. Personer som utbildas och frigörs för CM-arbete behöver ersättas. Deltagande i nytilkomna team och arbetsgrupper kräver sin tid och konkurrerar med andra åtaganden, nya utbildningsomgångar i case managementmetodik behöver finansieras efter att SKL:s projektkonometri upphört. De ekonomiska konsekvenserna av metodutvecklingsarbetet framstod inte som särskilt tydliga när organisationerna en gång, våren 2005, anmälde sitt deltagande. Den ekonomiska oron uttalas särskilt i Jönköping och Sjuhärads. Särskilt Sjuhärads regionala samordnare menar att deras största problem är ekonomin på sjukvårdssidan. Trots att psykiatrin har försökts hållas utanför nedskärningar på grund av att psykiatrisektorn tidigare förfördelats genom åren, så kommer även psykiatrin att få spara miljonbelopp kommande år. Detta försvårar för CM-verksamheten. Samordnaren förklarar;

Det är den faran som jag ser, detta kommer att diskuteras, 'Är detta verkligen något vi verkligen ska lägga tid på när vi har så ont om pengar och måste spara?'. Den diskussionen kommer att komma. Det kan jag förutse.

Ekonomi tycks vara en bidragande faktor till att implementeringsarbetet bromsats på sina håll eller att man ännu inte, våren 2008, kommit igång med någon CM-verksamhet, exempelvis i Tranås och Nässjö.

När metodutvecklingsarbetet inleddes fanns inte någon möjlighet att frigöra de personer som då påbörjade CM-utbildningen. Organisationerna var helt enkelt oförberedda på konsekvenserna av vad deltagandet i metodutvecklingsarbetet innebar.

Otillfredsställande arbetsvillkor för CM

På olika håll framkommer en otillfredsställelse bland CM som rör arbetsvillkor och frågor av praktisk konkret natur som hänger ihop med CM-arbetets utförande. Det handlar om brist på materiella förutsättningar i form av lokal för CM-verksamheten, tillgång till bil, mobiltelefon, handkassa och motsvarande. På några håll upplevs orättvisor i arbetsvillkoren. Beroende på kommun eller landstingstillhörighet tillämpas olika arbetstider och möjligheter till flexitid. Lönemässigt skiljer det också. På några håll har CM fått löneförhandla efter genomgången utbildning och nytillkomna arbetsuppgifter, medan andra inte fått det. Detta har skapat irritation. Följande citat belyser CM:s känslor kring lokalfrågan och dess betydelse:

Vi CM har fortfarande ingen lokal vilket är mycket dåligt för CM-verksamheten. Ingen naturlig gemensam utgångspunkt, det tar tid av klienttid att boka möten med varandra på våra olika arbetsplatser för att synka till exempel bilanvändning och planering kring gemensamma klienter (...) Detta är uruselt, en lokal är ett måste. Nu känns det som att ingen lyssnar särskilt mycket på vad vi behöver.

Arbetsvillkor som exempelvis lokal och bil har på sina håll varit ett problem från det att metodutvecklingsprojektet startade, vilket resulterat i att arbetsmiljön blivit lidande och ett missnöje från CM. Enligt berörda CM verkar ingen vilja ta tag i detta, och frågan är vilken vikt arbetsvillkor tillmäts av CM:s omgivning. På sina håll uppfattas CM:s kritik som ”gnäll” vilket följande primärteammedlem uttrycker:

De studerande CM blir inte kreativa inspiratörer utan de blir lätt ’gnällspikar’ som bryr sig mer om sina egna anställningsförhållanden än att lobba för metoden.

Brist på avtal skapar osäkerhet

På lokal nivå råder på sina håll osäkerheter rörande huvudmännens ambition med metodutvecklingsarbetet, vad man egentligen vill och

hur seriöst man satsar på implementeringen av case management. Den osäkerhet uttrycks av flera CM och primärteammedlemmar som upplever brist på stöd och förståelse från omgivningen och den egna ledningen. Läget i metodutvecklingsarbetet våren 2008 visar att det på flera håll saknas skriftliga avtal, bindande överenskommelser, handlingsplaner och motsvarande som visar organisationernas åtaganden och ansvar i implementeringen.

Bristen på avtal skapar oro hos CM och primärteam, särskilt när case management ifrågasätts i omgivningen. En CM beskriver värdet av ett avtal i en sådan situation.

Det är när man känner att de inte tar tillvara den kunskap som finns om den här gruppen, och jag kanske känner att jag har kunskap hur vi ska bemöta det här problemet, och de säger 'nej, vi är inte intresserade av att jobba så'. Det är då man ser styrkan med ett avtal. (...) Så det är egentligen när det ställs på sin spets som vi kan ha nytta av ett avtal.

Oenighet i frågan om CM:s frikoppling

CM:s frikoppling från tidigare yrkesroller och arbetsuppgifter är en aktuell fråga i metodutvecklingsarbetet som skapat diskussioner. I CM-utbildningen förespråkas att CM helt frikopplas från andra arbetsuppgifter. På lokal nivå har det på sina håll inte varit självklart att frikoppla CM helt, utan att CM-funktionen är tänkt att utföras på deltid samtidigt med uppgifter som socialsekreterare, psykiatrisjuksköterska och motsvarande. Detta har skapat förvirring, att CM får ett budskap i utbildningen och ett annat från den egna ledningen. I Sjuhärad råder oenighet, där är CM och den regionala ledningen inte överens. Den regionala samordnaren i Sjuhärad säger följande:

Det har ju aldrig varit vår tro och mening att de här personerna ska frikopplas generellt på heltid för att göra det här jobbet. Det har vi sett att det inte finns geografiska förutsättningar för, och det är fortfarande vår uppfattning att så kommer det inte kunna bli överallt.

CM å sin sida framhåller att det inte går att ”ha en klient där och en här”. Att inte bli frikopplad från tidigare tjänst gör det svårt för CM att planera sin tid med klienterna och bedriva uppsökande verksamhet som är en central tanke i ACT-modellen. Både CM och enskilda primärteammedlemmar framhåller problemet att personal i organisatio-

nerna går en utbildning som de inte får möjligheter att förverkliga. Samtidigt ser både CM och primärteammedlemmar den praktiska svårigheten med frikoppling eftersom det innebär en ekonomisk kostnad för moderorganisationerna som man inte räknat med.

Ett ej tillfredsställt kunskapsbehov

Från flera håll i regionerna återkommer begreppet ”kunskap” när deltagare summerar erfarenheter från implementeringen. Både CM och primärteammedlemmar framhåller att kunskapen om case management, eller snarare bristen på kunskap måste åtgärdas inom moderorganisationerna och i omgivningen för att CM-arbetet ska kunna vidareutvecklas. Flertalet CM upplever sig vara ensamma med kunskap om metoden. Det är således få som är bärare av de nya kunskaperna och insikterna som CM-utbildningen givit. För att arbetsmetodiken ska kunna utvecklas och bestå på sikt behövs mer kunskap och en bredare acceptans för arbetssättet menar många, på alla nivåer inom organisationerna. Det ska satsas till hundra procent på metoden och som en CM uttrycker sig; ”inte börjar nagga den i kanten på grund av problem som att det inte finns vilja, eller pengar”.

Oklart implementeringsansvar på lokal nivå

Av föregående avsnitt framgår att det på lokal nivå finns en ensamhetsproblematik i implementeringen. Det finns flera uttryck på detta i rapporten våren 2007 och problemet aktualiseras på nytt våren 2008. CM upplever sig på hemmaplan ensamma i sin kunskap om case management. Ensamhetsupplevelsen innebär att CM hamnat i en situation där CM fått ett dubbelt uppdrag på sina axlar: dels att själv lära sig metoden och dels att lära och få med andra. När CM själva har haft frågor har man många gånger inte vetat vem man ska prata med eller vända sig till. Svar har inte gått att få, frågor som ställts har kommit tillbaka, CM har blivit hänvisad vidare, närmaste ledning har visat sig oförstående, ointresserad eller ansett att frågan ej hört till dennes bord. Ett citat från CM:

Vissa frågor kan man känna att man inte vet var man ska lyfta, för man får tillbaka dem som ett bollplank och inget har hänt. Det känns som att mycket av förändringsarbetet vilar på oss eller egentligen 80-90 procent.

CM:s ensamhetsproblem aktualiserar hur implementeringsorganisationen ser ut på den lokala nivån, eller snarare frånvaro av implementeringsansvar inom deltagande organisationer. Denna oklarhet tycks ha bidragit till utdragna implementeringsprocesser på sina håll. Att man inte kommit igång med någon CM-verksamhet i Nässjö och i kommunerna Herrljunga/Vårgårda/Alingsås förklaras av organisationsförändringar och oklarheter rörande ansvarsfrågan. Här finns en otydlighet som behöver klaras ut för att underlätta den fortsatta implementeringen.

Att arbeta som case manager

I det följande redovisas CM:s upplevelser och erfarenheter av case management. Sammantaget har CM positiva erfarenheter av rollen och visar stort engagemang i det nya arbetssättet.

Förändrad attityd från omgivningen

Genom enkäter och intervjuer framkommer att CM upplever att omgivande organisationer med tiden börjat ändra attityd och visar mer förtroende för CM, jämfört med hur det var i upptakten av metodutvecklingsarbetet. En CM uttrycker det på följande sätt:

När det gäller akutmottagningen har det hänt något. När jag var där sist så sa de 'ja det här är X och han är CM'. Jag är känd sedan tidigare, men nu var det som CM (...) Och det har med kunskap att göra. Vet akutmottagningen, vet läkaren och så vidare att patienten har en CM, då vet de att det finns en kommun kopplad, att det finns ett fungerande nätverk (...) det blir en trygghet för dem som möter oss med patienten.

Samtidigt kan CM få höra gliringar genom kommentarer som: "Har du bara tio klienter fortfarande? När ska du börja jobba heltid?" CM uppfattar sådana kommentarer närmast som uttryck för okunskap. Från tidigare kollegor kan CM också möta uttryck av lättnad och uppskattning. CM har avlastat sina kollegor och ett ständigt dåligt samvete genom att ta sig an de svåraste och mest struliga klienterna, de som alla tröttnat på och ingen vill ha med att göra.

Svårt att beskriva en typisk arbetsdag

Rollen som CM bjuder på olika dagsupplevelser. Det finns inget som heter ”en typisk dag” är det flera som berättar. Några exempel på hur dagen kan börja är att dokumentera gårdagens klientkontakter, planera dagens hembesök och/eller ta kontakt via telefon med någon klient. Nedan följer en berättelse från en CM i Norrbotten.

Jag brukar börja med att dokumentera gårdagens klientkontakter, det är lättast att hitta en ledig dator då. Varje morgon har jag telefonkontakt med en av klienterna enligt överenskommelse, utifrån dessa kan vi boka in eventuellt hembesök. Måndag-onsdag-fredagmorgon träffar CM i Luleå varandra på MOB-enheten för att delge varandra planering för dagen. Vi kan diskutera kring någon klient, om man behöver vara två på något hembesök etc. Vid 9-10 tiden börjar klientbesök fram till lunch och fortsätter sedan på eftermiddagen. Dessa kan bestå i träffar på soc., medicinhämtningar på vårdcentraler eller liknande. Vi kan även göra någon slags aktivitet eller stötta vid sysslor i hemmet. Varannan vecka har vi en behandlingskonferens med läkaren (PAL) för våra klienter. Jag har ibland ansett att vissa veckor är fyllda av diverse möten och informationsträffar, hinner nästan inte med klientkontakterna. Det är svårt att berätta om en typisk dag, jag tycker egentligen ingen dag ser likadan ut. Vi ska ju vara flexibla.

Ibland är avstånden mellan CM och klienternas boende långt, då begränsas klientbesöken till ett par klienter per dag. Mycket i CM-arbetet handlar om vardagsfungerandet, stöd kring ekonomi, boende, motive-rande samtal, att hålla sig från missbruk, framtidsprat. Utöver tiden med klienterna tillkommer personalmöten, yrkesträffar och plane-ringsdagar. Flera CM anser att det i bland blir för många möten som tar mycket tid från klienterna.

Tillfredsställande att få arbeta med helheten

För flera CM innebär den nya yrkesrollen mer fysisk rörlighet med bland annat arbete i klienternas hemmiljöer. Några CM har blivit av med tidigare dator-relaterade problem med värk i huvud, nacke, axlar och rygg. Samtliga CM upplever positiva förändringar med att ha bytt tidigare arbetsuppgifter mot CM-funktionen. Flera CM berättar hur de

uppskattar att få arbeta med helheten och inte med ”tårtbitar” i människors liv. En tidigare sjuksköterska säger så här om sitt arbete som CM:

Eftersom jag arbetat på vårdavdelning, så skiljer det sig mycket åt. Där var jag sjuksköterska med ansvar en kort period. Nu följer jag klienter i deras liv och det ger en helt annan insikt, jag får en helhetsbild av hur vardagen ser ut, vilka svårigheter och hinder som finns i det dagliga livet. Man ser även vilka ’tusenkonstnärer’ de kan vara, viktigt och roligt att få se det som faktiskt fungerar också.

Dessutom upplever flera CM att tilltron till deras kompetens kring målgruppen ökat, men att det samtidigt krävs mer av dem. En CM uttrycker det på följande vis:

Som socialsekreterare är man ju lite av spindeln i nätet, men den rollen är än större som CM. Men det är lärorikt. En annan sak är att förväntningarna på vad jag kan åstadkomma ibland kan kännas lite väl stora, men det kommer troligen bli tydligare ju längre jag jobbar. Ibland är jobbet som CM ensamman och svårare än då jag ingick i en vanlig grupp med socialsekreterare. Å andra sidan så finns det en större frihet i jobbet nu och jag kan göra mycket av det jag inte kunde tidigare med klienterna.

Ytterligare en CM med socialsekreterarbakgrund får belysa en positivt upplevd omställning från myndighetsutövning till att arbeta utifrån klientens perspektiv:

Det är stor skillnad mellan att vara myndighetsutövare som jag varit tidigare och min nuvarande roll som någon slags kombinerad stödperson/samordnare. Jag har idag friheten att utgå ifrån min klients uppfattningar och önskemål och ta små, små steg i rätt riktning. Min upplevelse är att förändringen kommer från klienten. Det upplevs ibland som en överraskning för mig, även om det gäller frågor som vi till och från diskuterat och vänt och vridit på. Jag behöver inte ”peka med hela handen” och säga att ”detta krävs av dig för att...”. Det är livgivande och ger en slags tillfredsställelse att känna att man räcker till.

En CM med psykiatribakgrund framhåller en motsvarande positiv omställning genom upptäckten av samverkansmöjligheter. CM menar att

det känns som att CM fyller en roll som ”vi åtminstone inom psykiatrin har saknat. I rollen finns mycket samverkanstanke, något som vi inte har varit bra på tidigare och som alla inom psykiatri och socialtjänst måste jobba vidare på”.

Krav på kunskap och kompetens för att arbeta som CM

De flesta CM anser att man bör ha en bred kompetens för att arbeta som CM. Som CM bör man vara drivande i sakfrågor, ha bra förmåga att planera och organisera. Det är bra om CM har förmåga att uttrycka sig i tal och skrift, vilket behövs för att kunna ”öppna dörrar” till olika instanser. Det är också viktigt att ha erfarenhet inom området och att ha arbetat med målgruppen några år eftersom det är en mycket svår grupp med särskilda behov. Ett flertal olika yrkesbakgrunder är att eftersträva, som till exempel sjuksköterska, behandlingsassistent med mera, där också en personlighet med lyhördhet och humana människovärderingar anses minst lika viktig som yrkesbakgrunden. Enligt CM går det inte att komma direkt från högskolan, och efter en CM-utbildning börja arbeta som CM utan någon erfarenhet av målgruppen. Med tanke på de breda kompetenskraven är det en klar fördel att inte arbeta ensam som CM utan ingå i en grupp med flera CM med möjlighet att rådgöra med varandra.

Handledningens betydelse och dokumentationsfrågan

Alla CM-verksamheter använder sig av handledning och betonar vikten av handledning för utveckling av CM-rollen. ”Utan handledning tror jag att vi hade blivit väldigt splittrade, utan den så hade vi nog försvunnit ut ensamma”, menar en CM.Handledningsbehovets innehåll skiftar beroende på var man befinner sig i den lokala utvecklingsprocessen. Detta illustreras i Norrbotten där CM-gruppen bytt handledare för att tillgodose ett behov av en mer klientfokuserad handledning.

En annan fråga som aktualiserats i CM-arbetet är utförandet av den dagliga dokumentationen. Landstinget och kommunen är skilda organisationer vilket medför skilda journalsystem. Problemet är att den enskilde CM inte har tillgång till båda systemen vilket skapar mycket extraarbete i det dagliga arbetet. En CM beskriver situationen;

Dokumentationen, jag som kommunanställd dokumenterar ju i 'mitt', men ibland blir det ju den andra casaren från landstinget som doku-

menterar. Men i mina papper så ser det inte ut som om jag har varit där på en månad, och hon har varit där dagligen. Så skulle det hända något, det står ju i hennes papper.

För närvarande löser CM dokumentationen på så sätt att respektive CM journalför i den egna organisationens system.

Primärteamen

I följande avsnitt redovisas primärteamen och deras erfarenheter av case management. Inledningsvis kommenteras svarsfrekvensen på den utsända enkäten och därefter följer en tabell över primärteamens sammansättning. Därpå följer en redovisning av arbetsformer och primärteamens erfarenheter av klientverksamheten.

En ännu ej färdigutvecklad arbetsform

Av sammanlagt 73 utsända enkäter till primärteammedlemmar har 43 (33+10) återsänts, trots flera påminnelser, varav tio enkäter är att betrakta som internt bortfall. Detta betyder att samtliga frågor i tio enkäter var obesvarade. Istället åtföljdes dessa med en kommentar att vederbörande inte hade något att säga till följd av alltför begränsade erfarenheter av primärteamet. Flera var relativt nya som primärteammedlemmar och/eller att primärteamet endast hade träffats ett fåtal gånger. Även i de 33 besvarade enkäterna återfanns reservationer från enskilda primärteammedlemmar med hänvisning till begränsade erfarenheter, bland annat som följd av att man kommit in och ersatt tidigare medlem.

Som tidigare framkommit har SKL:s metodutvecklingsarbete utvecklats olika långt inom deltagande regioner, landsting och kommuner. Det stora bortfallet i enkätsvaren indikerar att erfarenheterna av case management inte är så stora och att arbetsformerna ännu våren 2008 på flera håll är relativt oprovade och outvecklade.

Primärteamens sammansättning

I linje med grundtanken i case management enligt ACT ska teamet bestå med medlemmar med ”expertkunskaper” inom det psykiatriska, somatiska, beroende och sociala området. Följande Tabell 5 visar primärteammedlemmarnas fördelning avseende kompetenser.

Tabell 5: Primärteamens sammansättning avseende kompetenser våren 2008.

KOMMUN	SOCIAL EXPERTIS	PSYKIATRISK EXPERTIS	SOMATISK EXPERTIS	BEROENDE EXPERTIS	ANNAT	AN- TAL
Luleå/ Boden	Soc.sekr	ST-läkare, vux.psyk. Enh.chef närpsyk, 2 Enh.chef, soc.psyk.	Chefläk. PV Distrikt ssk	Utb. samordn. Chef missbruk		8
Ulriche- hamn	LSS handl Soc.sekr (2)	Skötare, psyk övm	Ssk VC.			5
Svenljunga	Utred. LSS Chef socpsyk Avd.chef IFO	Avd.chef psyk.övm Ssk soc.psyk	Chef VC Avd.chef h/sjv. MAS			8
Tranemo		Avd.chef psykmott. Ssk. soc.psyk	Verks.chef PV Ssk hemsjukv. MAS			5
Herrljunga	Soc.sekr.(2)	Psyk ssk	Ssk övm Ssk VC.		Ej klient- verksamhet	5
Vårgårda					Ej klient- verksamhet	
Alingsås	Avd.chef IFO	Avd.chef psyk.mott	Primärv (3)		Ej klient- verksamhet	5
Mark	Chef försörjn.st	Avd.chef psyk.mott		Chef missbruk		3
Lerum	Avd.chef IFO Avd.chef oms	Avd.chef psyk övm	Ssk (3) inriktn psyk.ohälsa			6
Borås	Soc.sekr (2)		Distrikt ssk. PV Överläkare	Avd.chef ber. enh.		5
Nässjö	Soc.sekr. (2)	Psykiater mottagn Psyk ssk tox	Distrikt ssk VC.	Ssk tox	Ej klient- verksamhet	5
Vetlanda	Soc.sekr psyk Soc.sekr, ber.	Ö-läkare, slutenvård	Distrikt ssk.			4
Gislaved	Omr.chef IFO Soc.sekr	1 pers. komm psyk Skötare psyk Psyk.läkare (PAL)		Ssk (3) beroende- enhet		8
Värnamo	Soc.sekr. Chef vux.sek.	Psyk.läkare Psyk.ssk(2)	Distrikt ssk. PV			5
Tranås					Ej klient- verksamhet	

Först en reservation till tabelluppställningen föranledd av svårigheter att entydigt inplacera befattningsinnehavares egentliga expertis i tabellens kategorier. Till exempel kan en sjuksköterska inom socialpsykiatin även ha sociala och somatiska ”expertkunskaper”. En tjänstebefattning med förvaltningstillhörighet säger inte alltid så mycket i sammanhanget. Så tabellen måste läsas med försiktighet och det fortsatta resonemanget håller sig till några övergripande intryck.

Ett första resultat som kan utläsas ur Tabell 5 är att primärteammedlemmar från försäkringskassan, frivården och arbetsförmedlingen saknas helt. Detta återspeglar tidigare omnämnda förhållande att ingen av dessa organisationer omfattas av några samarbetsavtal i metodutvecklingsarbetet.

När det gäller kompetensen visar Tabell 5 att den sociala expertisen tycks vara väl representerad i primärteamen liksom den psykiatriska och somatiska. När det gäller det sistnämnda kan samtidigt konstateras att expertis i form av läkarkompetens saknas på flera håll. Ett generellt mönster, med något undantag, tycks vara att läkarkompetens återfinns i större kommuner men saknas i mindre. När det gäller beroendeområdet kan konstateras att flera primärteam saknar expertis inom området.

Antalet medlemmar i primärteamen varierar mellan tre och åtta, CM ej inräknad. Noteras kan att enskilda orter redovisar primärteam fastän CM-verksamheten ännu ej kommit igång vilket kan förstås som att det finns beslut om sammansättning men att primärteamet befinner sig i vilande läge. Huruvida angivna sammansättning består när den praktiska verksamheten startar är en oklar fråga.

Arbetsformer och erfarenheter av klientarbete

Ett på papperet väl sammansatt primärteam är ingen garanti för att det mångdisciplinära arbetssättet fungerar i praktiken. Från några håll rapporteras att enskilda medlemmar har svårt att närvara vid primärteammöten, bland annat gäller det läkare. På sina håll rapporterar primärteam om kompetensproblem och att nya medlemmar har tillkommit för att kompetenser saknats och/eller att medlemmar slutat. I anslutning till detta aktualiseras ett kunskapsöverföringsproblem, att nya deltagare erhåller kunskap om case management.

Primärteamen beskrivs av flertalet medlemmar som ett forum för diskussioner om klienter tillsammans med CM samt som rådgivande instans för CM vid frågor och problem. Även andra frågor gällande CM-verksamheten kan lyftas upp vid behov, i Norrbotten till exempel är flera av CM:s chefer medlemmar i primärteamet vilket ger möjlighet till samlade diskussioner kring ekonomi och andra arbetsrelaterade frågor.

Återkommande beskrivningar från primärteammedlemmar och även från CM innebär i princip följande arbetsformer och gång i klientverk-

samheten: Klienter aktualiseras av medlemmar från antingen primärteamet eller CM, ofta via kontaktpersoner inom psykiatrin eller handläggare på socialtjänsten. Klienten bedöms enligt uppsatta kriterier och därefter beslutas om klienten skall tilldelas en CM. Om klienten ej blir beviljad CM diskuteras ett alternativt åtgärdsförslag fram som vidareförmedlas till aktuell instans. Om klienten får beslut om CM planeras därefter hur, var och när CM:s klientkontakt ska inledas. Efter detta blir i princip nästa steg för CM att bygga upp en förtroendefull relation till klienten. Därpå följer, efter samtycke från klienten, att CM etablerar kontakt med klientens nätverk vilket innefattar behandlingsansvariga, handläggare och myndighetspersoner med flera, ett myndighetsnätverk som till stora delar motsvarar andra personer än de som ingår i primärteamet. Hur fortsättningen därefter ser ut avgörs i CM-klientrelationen och fastställs tillsammans med klienten i överenskommelser och handlingsplaner, huruvida nätverksmöten ska genomföras och med vilka med mera. I det fortsatta arbetet har CM rollen som samordnare och tar tag i eventuella problem som uppstår. Mycket av det fortsatta arbetet äger således rum i relationen CM-klienten och dennes nätverk. CM återrapporterar därefter till primärteamet från klientarbetet. I normalfallet kopplas inte primärteamet in i det konkreta klientarbetet om inte problem tillstöter där CM efterfrågar hjälp.

Primärteamen uppfattar CM:s roll som ”spindeln i nätet”, som ska avgöra vilka personer som bör finnas kring klienten och vilka insatser som krävs. Flera primärteammedlemmar betonar att mycket ansvar läggs på CM när ett klientuppdrag påbörjas. Utifrån sin egen kunskap får CM därmed utforma hur samarbetet med klienten ska läggas upp, varvid stöd från arbetsledning och att CM erhåller handledning är viktigt. I CM-rollen ingår att skapa en förtroendefull relation med klienten så att de olika instansernas insatser och stöd förmedlas korrekt men också motivera och stötta klienten att följa den planering som upprättats. CM ska kunna representera klienten inför myndigheter och på så vis hjälpa klienten att uttrycka sig och förmedla vad han/hon har för behov och utgöra ett intensivt professionellt stöd. En medlem skriver att CM inte har några särskilda mandat, den enda skillnaden är att primärteamet finns som forum och det i sin tur gör att frågorna diskuteras mer. Dessutom tycks mandatet variera en del beroende på var CM är anställd. Vetlandas primärteam framhåller till exempel att CM har

mandat att snabbt kontakta läkare på avdelningen vid inläggning vilket, enligt en medlem, förenklar proceduren då klienten redan är känd.

Ett problem som framkommer från flera primärteam och CM är att alla primärteammedlemmar inte har mandat från sina moderorganisationer att fatta beslut. Många gånger får enskilda medlemmar därför ta med sig frågor ”hem” till sina organisationer. Medlemmar i den situationen uttrycker ett behov av chefer i teamet. På sina håll har också primärteamens sammansättning förändrats, att chefer kommit att ingå. Angående ett team som bara träffats två gånger under hösten 2007 säger den berörde CM:

Det har inte varit så stor idé att ha några träffar. Jag har inte haft något behov, för mina frågor har primärteamet i sin nuvarande konstellation inga lösningar på, utan dessa ligger på chefsnivå.

Svårigheter att fatta beslut uppstår också i situationer när ersättare för ordinarie medlem deltar. En primärteammedlem menar att sådana situationer är uttryck för att chefen visar en ovilja och ointresse för CM-verksamheten. Några primärteammedlemmar rapporterar att man erfarit positiva förändringar hos en del klienter som följd av CM-verksamheten, att klienter växt i mötessituationer och har blivit mer motiverade. Andra har inte sett några positiva förändringar, men inte heller försämringar, vilket hos denna målgrupp kan ses som ett lyckande i sig. Andra menar att det är för tidigt att uttala sig om effekter på klientnivå eftersom man hållit på så kort tid, men ser positivt på CM-verksamheten på längre sikt. När klienter beviljas CM blir möjligheten att hålla dem utanför slutenvården större menar flera. Men trots positiva ord anser en medlem att ännu har inte något ärende varit tillräckligt svårt för att sätta CM och teamet ordentligt på prov. Medlemmar i primärteamen är inte heller alltid övertygade om klienternas behov av CM.

Jag är inte alltid övertygad om att case management-insats behövs i de ärenden som blir föremål för sådan.

Även om primärteamet oftast är överens om brister i klientarbetet finns det många saker de inte kan påverka, enligt flera medlemmar. CM har, menar en medlem, egentligen inga verkliga mandat idag utöver sin grundprofession. Arbetssättet i case management upplevs som snarlik

de mobila behandlingsteam som finns i vissa kommuner, med CM som samordnande funktion grundad på en klientkontakt.

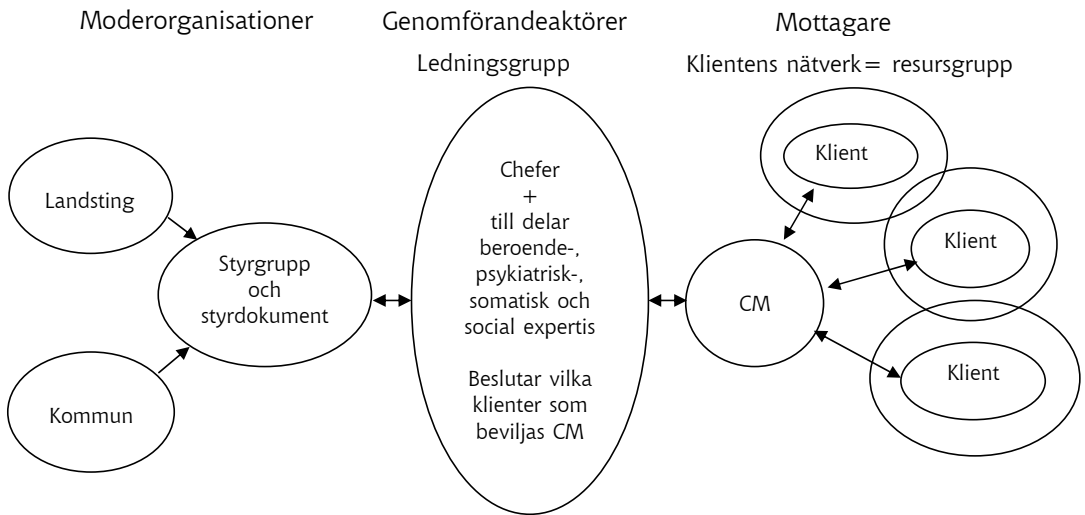
Några kommentarer till primärteamet

Fortfarande är primärteamen i regionerna mycket ojämna och arbetsrutinerna ännu relativt outvecklade på flera håll. Flera orter uppger att de fortfarande prövar sig fram till vad som är det optimala sättet att arbeta på. Fortfarande sker nyrekrytering och stabiliteten i teamen känns osäker. Några team uppger dock motsatsen och är nöjda med hur det fungerar i dagsläget, det är dock de team som varit verksamma under längst tid. "Tid" kan således betraktas som en gynnsam faktor för primärteamen.

Case management som tillämpad arbetsmodell

De deltagande landstingen och kommunerna har olika förutsättningar när man ska organisera CM-verksamheter. Geografiskt och organisatoriskt skiljer sig villkoren åt liksom när det gäller kommunstorlek, lokala kulturer och samarbetstraditioner. I rapporten från våren 2007 kunde fyra övergripande modeller av CM-verksamheter urskiljas: (1) en storstadsmodell där en storkommun och landstinget samverkar kring CM-verksamhet bestående av flera CM och ett primärteam, (2) en tvåkommunmodell där två kommuner samverkar med landstinget kring CM-verksamhet med flera CM och ett gemensamt primärteam, (3) en småkommunmodell där en mindre kommun och landstinget samverkar kring CM-verksamhet bestående av en CM och ett primärteam, (4) en flerkommunmodell där tre mindre kommuner och landstinget samverkar kring CM-verksamheten med en ambulerande CM och tre primärteam.

I det följande redovisas en figur över hur CM-verksamheten kommit att utformas i metodutvecklingsarbetet. Organiseringen omfattar olika former av stödstrukturer på regional nivå med avtal och styrgrupper, primärteam på lokal nivå som egentligen bör benämnas ledningsgrupp med tanke på hur funktionen kommit att utvecklas, och till detta CM med relationer till enskilda klienter och deras nätverk. Detta kan illustreras genom följande figur:



Figur 4: Regional modell för case management enligt ACT.

Moderorganisationer

Samverkande moderorganisationerna i metodutvecklingsarbetet är landstinget och kommuner genom primärvården, psykiatrin, socialtjänsten, missbruks- och behandlingsverksamheter med mera. Som redan kommenterats har inte på något håll i de tre regionerna Kriminalvården, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen någon formell roll och relation till CM-verksamheten.

Styrningsdokument och styrgrupper

Till utvecklingsarbetet har avtal och samverkansöverenskommelser tecknats mellan moderorganisationerna på både regional och lokal nivå (eller planeras). Dessa utgör styrdokument för arbetet, klargör organisationernas ansvar och åtaganden och i olika utsträckning preciserar ramar för CM-verksamheten. Till detta har olika styrgrupper inrättats med representanter från moderorganisationerna och samverkande parter med uppgift att följa och stödja genomförandeprocessen.

Av figur 4 framgår att det ursprungliga primärteamet/ledningsgruppen (fortsättningsvis ledningsgrupp) sorterar under olika former av styrgrupper och styrdokument. I Norrbotten deltar representanter från ledningsgruppen och CM vid styrgruppens möten vilket ger möj-

lighet att lyfta problem och frågor från CM-verksamheten som behöver lösas högre upp i organisationerna. I Sjuhärad fyller lokala psykiatriråd en styrgruppsfunktion i förhållande till ledningsgruppen. På flera håll ingår dock samma personer i både lokala psykiatriråd och i ledningsgruppen vilket skapat förvirring kring roller och funktioner. I det regionala avtalet i Jönköpings län föreskrivs en struktur med styrgrupper på tre nivåer: regional nivå, sjukvårdsområdesnivå och kommunal nivå.

Ledningsgrupp i stället för primärteam

Gemensamt för samtliga CM-verksamheter tycks vara att ledningsgruppen (primärteamet) är inkopplad när det gäller beslut om vilka klienter som ska erhålla CM. Ledningsgrupperna har endast i mycket begränsad omfattning kommit att bli inblandade i det direkta behandlingsarbetet enligt case managementteorins teamidé. CM ingår i ledningsgruppen med möjlighet att diskutera enskilda ärenden men också att lyfta större frågor kring samverkan och kring ekonomi. Ledningsgruppsmöten har i mycket fått karaktär av rapportering från klientarbetet och till detta att olika principiella frågor och diskussioner förs som stöd till CM i dennes arbete. Det egentliga behandlingsarbetet utförs huvudsakligen i klientens nätverk, som i Värnamo och Gislaved benämns ”resursgrupp”. Den ursprungliga teamfunktion som uttrycks i benämningen ”primärteam” har således kommit att utvecklas till en ledningsgrupp med en ”standby-funktion”, att man finns till hands för CM då CM stöter på problem och ej lyckas hitta lösningar i klientens nätverk/resursgrupp. Avtalet mellan psykiatrin och Värnamo och Gislaveds kommuner illustrerar primärteamets förändring till ledningsgruppsfunktion. I avtalstexten benämns också följdriktigt primärteamet ”ledningsgrupp” i Värnamo och Gislaved:

Gruppen träffas regelbundet (exempelvis en gång per månad). Dess uppgift är att övergripande leda case managementarbetet i sitt geografiska område och att som remissmottagare besluta om vilka patienter/klienter som ska knytas till en CM. Ledningsgruppen har också en funktion som konsultationsforum, där andra patienter/klienter med dubbeldiagnos kan diskuteras.

Case manager

CM befinner sig i en position mellan ledningsgruppen och klienten. Formellt administrativt sorterar CM under sina ursprungliga moderorganisationer. Övergången till nya arbetsuppgifter har inte medfört någon ändrad förvaltningsstillhörighet för CM. Inga nya särorganisationer har bildats i metodutvecklingsarbetet med motivet att undvika nya ”organisatoriska stuprör”.

CM:s uppgift är att utgå från klienten och se till att dennes behov av vård, hjälp och stöd tillgodoses, driva på och bevaka att åtgärder och behandlingar också faktiskt fullföljs, till exempel att beslutade behandlingar blir genomförda. Även här illustrerar avtalet i Värnamo och Gislaved hur CM-arbetet tycks utformas. I avtalet presenteras en struktur för hur det individuella case managementarbetet organiseras i ett antal punkter:

- *Remiss skickas till CM, som aktualiserar ärendet i ledningsgruppen. Ledningsgruppen beslutar, och CM meddelar remittenten gruppens beslut.*
- *Kontakten mellan patient/klient och CM kan med fördel inledas med hembesök. Första gången deltar två från personalgruppen.*
- *Att skapa en god arbetsallians är avgörande. Närstående ses som resurs och samarbetspartner.*
- *Patienten/klienten och närstående inbjuds till nätverksmöte.*
- *ASI ska användas som bedömningsinstrument. Om möjligt ska denna skattning vara gjord redan före remissbedömning.*
- *En skriftlig personlig utvecklingsplan med målformulering ska finnas.*
- *En krisplan (eller ”tidiga teckenavtal”) ska upprättas. I denna formuleras skriftligt vem som gör vad vid försämring.*
- *Att lära sig stresshantering och hur stress kan undvikas är en viktig del av modellen.*
- *Patienterna/klienterna sätts, efter skriftligt samtycke, upp på en lista. Denna lista ska finnas tillgänglig på bl.a. de psykiatriska mottagning-*

arna. När patienten/klienten aktualiseras vid en mottagning ska CM kontaktas, om denna inte redan är involverad i besöket.

Klienten och dennes nätverk eller resursgrupp

I den konkreta verksamheten arbetar CM tillsammans med klienten och dennes nätverk, som utöver ”resursgrupp” även på sina håll benämns ”lokalt behandlingsteam” och ”resursteam”. I klientens nätverk är det CM som är samordnare och den som står klienten närmast och kallar till nätverksmöten. Nätverksarbete framhålls av CM som en central metod i CM-verksamheten. En CM säger:

Det var väl det stora arbetet när man började egentligen, att bygga nätverket.(...) Det här nätverket det tar ju tid, men när man väl har fått det uppbyggt så är det ju mycket lättare med alla de här kontakterna. Man vet vem man ska ringa (...) Det är ju personliga grejer med individen, nätverk, att man jobbar med det, att man bygger de här nätverken. Det kommer alltid att ligga på individnivå. Det kommer ju inte automatiskt.

I klientens resursgrupp inräknas förutom involverade professionella aktörer som sjuksköterska, läkare, socialsekreterare, kontaktman, boendestödjare, kontaktperson inom frivården, hyresvärd med flera, även personer i klientens personliga nätverk i form av anhöriga och vänner. Nätverksarbete förutsätter klientens samtycke och innebär att CM arbetar både i direktkontakt med enskilda personer i nätverket och även sammankallar till möten där delar av eller hela nätverket samlas tillsammans med CM och klienten. De flesta klientproblem och behov har hittills kunnat lösas av CM inom ramen för klientens nätverk. Enligt flera CM och primärteammedlemmar har klientarbetet ännu inte kommit till något ”skarpt läge” som gjort att CM behövt koppla in primärteamet för ett direkt beslut i behandlingsarbetet.

Det går inte att förändra mig över en natt

I följande avsnitt redovisas klientstudien. Syftet med klientstudien är att låta målgruppen i form av de slutliga ”mottagarna” av metodutvecklingsarbetet, människor med psykiska problem och samtidigt miss-

bruk, komma till tals. Hur ser de på sin tillvaro? Vilka erfarenheter har de av det nya arbetssättet case management?

För drygt ett år sedan gjordes sex klientintervjuer med Kristina, Maria, Kennet, Göran, Niklas och Birgit (fingerade namn) som nu följs upp. Då, för ett år sedan, intervjuades klienterna om hur de då såg på sina liv och vilka erfarenheter de hade av CM. Eftersom metodutvecklingsarbetet våren 2007 var nystartat hade de begränsade erfarenheter av CM. Genom denna uppföljande studie görs ett återbesök hos klienterna för att ta reda på hur det ser ut ett år senare, hur året har förlöpt och vad CM gjort och betytt i händelseutvecklingen.

Metod, urval och tillvägagångssätt

Av de sex klienterna som intervjuades för ett år sedan, december-januari 2006/2007, har fyra intervjuats på nytt under februari-mars 2008. Vid det första intervjutillfället inhämtades klienternas samtycke att få återkomma ett år senare, med möjlighet för klienten att då ta ställning till en ny intervju. Birgit lät via sin CM meddela att hon inte ville bli intervjuad på nytt. Något närmare skäl till varför angavs inte. Niklas gick överhuvudtaget inte att få kontakt med. CM hade avslutat kontakten och visste ej var Niklas fanns. Övriga fyra: Kristina, Maria, Kennet och Göran har således intervjuats på nytt.

De fyra intervjuerna har från fall till fall genomförts hemma hos klienten, i CM:s lokaler, vid behandlingshem och psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Likt förra gången har vedertagna forskningsetiska principer följts. Det betyder bland annat att information lämnats om studiens syfte, att klienterna informerats om sin rätt att när som helst avbryta intervjun utan att behöva ange skäl. Genomförandet av intervjuerna var även denna gång fylld med vissa problem och en anspänning från enskilda klienters sida. Kristina infann sig inte till avtalad mötestid, men genom CM:s hjälp kunde kontakt nås och en senarelagd intervju genomföras. Intervjun med Göran fick genomföras med tre avbrott på grund av att han upplevde samtalet påfrestande.

I det följande redovisas först korta summeringar av de fyra klienternas livssituationer, både hur det såg ut för ett år sedan och hur utvecklingen därefter sett ut. Därefter följer en diskussion kring klienternas livssituation och om CM:s roll och betydelse.

Avsikten med klientstudien är att få in ett klientperspektiv på metodutvecklingsarbetet. Underlaget är begränsat till fyra klientintervjuer

och motsvaras närmast av fallstudier. Det innebär att några mer generella slutsatser för målgruppen, människor med psykisk problematik och samtidigt missbruk, inte går att dra. Avsikten med klientintervjuerna är ej heller detta, utan istället att få metodutvecklingsarbetet belyst utifrån ett klientperspektiv.

Klienternas situation då och nu

Med ”då” avses situationen vid intervjutillfället 2006/2007, för drygt ett år sedan alltså, och med ”nu” avses situationen vid intervjutillfället våren 2008.

Kristina

Då: Kristina livssituation innehöll det mesta man kan tänka sig av problem och elände, inget tycktes saknas: fysiskt och psykiskt lidande, kronisk smärta, drogmissbruk, ekonomi och boendeproblem, våld och misshandel, vård och behandlingsprogram som inte fullföljts med mera. Kristina upplevde sig sviken av vården, hennes kritik mot myndigheternas agerande uttryckte närmast ett hat. Kristina upplevde att ingen ville ha med henne att göra. Hon hade till och med blivit avvisad av personligt ombud när hon sökt hjälp. Kristina hade haft kontakt med CM i tre månader och hon väntade närmast på att komma in i ett subutexprogram som sedan länge utlovats, men som inte blivit av till följd av att hon saknade fast bostad. Kristina menade att en fungerande medicinsk behandling och ett ordnat boende var viktiga förutsättningar för att hon skulle få ordning på sitt liv.

Nu: Kristina sammanfattar sin situation med att först säga att läget är nästan sämre nu jämfört med för ett år sedan. Inget subutexprogram har kommit till stånd och hon använder mer droger. Samtidigt tycker hon att hon blivit lite starkare i sig själv ”för jag har tappat respekten mer och mer för de här myndighetspersonerna som jag har trott på innan”. Hon har under året som gått fått hjälp av CM att skaffa en annan lägenhet som ännu inte blivit fullt möblerad. Kristina berättar att hon varit inlagd på behandlingshem för avgiftning under en åttaveckorsperiod. Därpå lades hon in på psykiatrisk klinik för att få subutexbehandling insatt. Men istället för subutex sattes annan medicinering in. Kristina kände sig sviken, mårde inte bra av den nya medicinen och ville lämna klini-

ken, med följderna att hon blev kvarhållen enligt LPT fyra veckor. Kristina har under året blivit vägrad behandling på lasarett och vård på akutmottagningen för en benskada, det sistnämnda som en följd av att hon motsatte sig lokalbedövning. Hon ville själv ha morfin istället. ”Jag får ingen behandling när jag kommer och söker akut.” Kristina har kvar sitt myndighetshat och har fortsatt upplevelser av att bli behandlad som en ”studsboll” mellan vården och olika myndigheter. När socialtjänsten vägrar henne matpengar letar hon mat i containrar. CM har genomfört ett nätverksmöte med ett antal socialsekreterare för att få till stånd ett bättre samarbete dem emellan, och inom kort väntar ett uppföljande nätverksmöte. Hon tycker att hon har fått hjälp av CM men samtidigt att CM kunde arbeta fortare och ställa upp tydligare på hennes sida i konflikter med läkare och myndigheter. För framtiden tycker Kristina att subutex- eller metadonbehandling fortfarande måste till för att hon ska få ett bättre liv, ”för det är där som grundproblematiken ligger, det är detta att jag har ett beroende och min värkproblematik tar överhand, så mitt psykiska mående blir sämre. Och då pallar jag inte alla de andra vardagsproblemen”. Kristina säger att hon är så trött på livet hon lever, men att hon har inget annat val än att ta droger, för hon fungerar inte utan dem.

Maria

Da: Marias berättelse handlade om ett liv fyllt av oro, svårigheter i sociala kontakter, självskadebeteende, ekonomiska problem, boendeproblem och missbruk. ”Det har ju varit mycket med mitt missbruk, det har det ju. Och den psykiska biten med.” Hennes tidigare strategi att försöka flytta från sina problem hade inte hjälpt, utan problemen hade bara följt efter. Hennes kontakt med CM var några månader gammal. Samtidigt hade hon känt CM i flera år i rollen som behandlingsassistent. Med hjälp och stöd från CM och ett behandlingshem hade hon just flyttat ut från ett skyddat boende till egen lägenhet och fått ett arbete i ett skolkök. Hennes närmaste förhoppning var att bli mer trygg i boendet och att kunna behålla sitt halvtidsarbete och på sikt få det utökad.

Nu: Marias livssituation har under det senaste året gått både upp och ner med bland annat inläggning på sjukhus till följd av ett anfall i samband med alkoholmissbruk. Maria har tagit sex till sju återfall

under året vilket har varit en bidragande orsak till att hon blivit vräkt. ”Jag var i bråk med grannar och andra på gården, så jag blev av med min bostad. Tyvärr, för det var inte första gången. Det hade varit en incident innan också. Jag vet ju inte riktigt vad jag gör när jag dricker, då kan jag bli väldigt elak och dum. Och det hade jag blivit”. Maria har kvar sitt halvtidsarbete och har prövat att gå upp till fem till sex timmar per dag för att sedan komma fram till att fyra timmar är vad hon orkar med. Efter vräkningen fick hon genom sin CM direkt komma tillbaka till behandlingshemmet. Sedan dess har hon lyckats hålla sig borta från missbruk. Vid intervjutillfället hade Maria just flyttat ut från behandlingshemmet till en ny lägenhet, nu tillsammans med sin pojkvän som också vistats på behandlingshemmet. ”Förra gången vi bodde ihop så drack vi och knarkade, och det funkar ju inte så bra.” För framtiden är det viktigaste för Maria att sköta sig, att hålla sig borta från alkoholen och få behålla lägenheten och jobbet som hon sätter stort värde på. Maria summerar året som gått med att hennes situation är ungefär som för ett år sedan. Största skillnaden är alkoholen, att hon nu under fem månader hållit sig borta från alkoholen. Hon ser det som väldigt viktigt att hon även i framtiden får behålla kontakten med CM och behandlingshemmet, för när det har varit kris har hon fått hjälp direkt.

Kennet

Då: Kennets beskrivning av sin livssituation präglades av missbruk, våld och kriminalitet. De senaste fjorton åren hade Kennet mestadels suttit i fängelse, vilket alltid hade föranletts av våld i samband med missbruk. De senaste sexton månaderna hade han dock varit ute i frihet, vilket var den längsta perioden i frihet i Kennets vuxna liv. Kennets våldsamhet hade skapat en rädsla i omgivningen, ingen ville ha med honom att göra. Därför blev han ofta avvisad från vården då han sökte hjälp i samband med ångest och depressioner. Kennet upplevde stora problem med sitt boende. I försök att undvika gamla kompisar hade livet i lägenheten blivit alltmer instängt och isolerat. Till detta kom en sysslöshet som gjorde att han många gånger längtade tillbaka till fängelsets ordning och aktiviteter. Han hade också flera gånger varit nära att ge upp och medvetet ”ställa till med något” för att åter komma i fängelse. Något höll

honom dock tillbaka, bland annat återupptagna kontakter med den egna familjen och med en gammal vän. Kennet hade haft CM i tre månaders tid, han besökte regelbundet öppensykiatri för medicinering och urinprovlämning och hans främsta önskan var att få komma till ett skyddat boende och därtill att få någon sysselsättning för att livet skulle bli uthärdligt.

Nu: Kennet berättar att problemen med boendet fortsatt och att han under året flyttat från sin gamla "ångestlägenhet" till en ny lägenhet, dock inte till något skyddat boende. Han har fortsatt isolera sig mycket och periodvis varit deprimerad. Ej heller hade han kommit in i någon sysselsättning. Året som gått har inneburit fyra återfall i missbruk och två inläggningar på klinik för avgiftning och för behandling av depression. Kennets återupptagna kontakter med familjen, sin mor och sina syskon, hade brutits på grund av problem som uppstod i samband med ett besök hembygden. En situation med missbruk och kriminalitet slutade med polisingripande och 26 dagar i häkte. Sedermera blev det ett sex månaders fängelsestraff som han överklagade och fick omvandlat till ett öppenvårdskontrakt. Under kontraktsvården har Kennets urinprov visat på drogmisbruk vid fyra tillfällen vilket föranlett att öppenvårdskontraktet varit uppe för prövning. Att öppenvården inte omvandlats till fängelse förklarar Kennet med att övervakningsnämnden tagit hänsyn till att han har en CM. Hans CM har också varit med vid möten med övervakningsnämnden och talat för Kennets sak. För ett år sedan hade Kennet två CM, men en av dessa har han med hjälp av sin läkare fått avsatt eftersom han tappat förtroendet för denne. På frågan hur han ser på sin livssituation, om den blivit bättre eller sämre under året som gått, svarar Kennet att "jag lever som jag lever när jag sitter i fängelse. Jag tycker det. Dom tycker jag gör framsteg, men jag tycker jag står och stampar. Därför vill jag härifrån. Jag vill ha förändring, minimera risken för återfall." Kennets nuvarande plan är att bryta upp och flytta till en stad långt bort där han har några barndomsvänner. Han hoppas genom detta miljöbyte skynda på en förändring i sitt liv. Han bedömer dock att han även i sin nya miljö behöver stöd från socialtjänsten och psykiatri, medicinering och social stöttning genom CM eller annan stödperson. Hans CM har lovat undersöka möjligheterna att få detta på den nya orten.

Göran

Då: Intervjun med Göran för ett år sedan formades till en livsberättelse präglad av oro, rastlöshet, droger, våld och ett svårkontrollerat leverne, om förstörda relationer till familj, konflikter i boendet, polishämtningar, inlåsnings och tillnyktring. Göran hade levt hela sitt liv med en undran vad det var för fel som skapade denna oro hos honom och som han sedermera fått ett svar på. "Det är ADHD. Det är en sjukdom. Man kan inte koncentrera sig. Man blir orolig mycket, man springer och gormar och sånt." Då, för ett år sedan, hade Göran haft kontakt med sin CM i fyra månader och bland annat fått hjälp att komma in i ett medicinskt behandlingsprogram som han upplevde hjälpte. När Göran ombads blicka ett år fram i tiden önskade han komma i arbete, gå ner i vikt och att flytta från sitt stödboende till egen lägenhet.

Nu: Ett år senare bor Göran kvar i stödboendet, hans dröm om egen lägenhet har alltså inte infriats. Han har dock kommit in i sysselsättning, ett arbete tre timmar per dag, som han är mycket nöjd med. Arbetet innebär fysisk ansträngning, ger en struktur åt dagarna och att han också gått ner i vikt. En annan orsak till vikt-nedgången är att han börjat motionera. Det medicinska behandlingsprogrammet som påbörjades för ett drygt år sedan, och där CM medverkat till att det kom till stånd, har gjort honom lugnare även om det varit problem med doseringen som ändrats några gånger. Göran har under året tagit några återfall. Urinprov han lämnar regelbundet har vid tre tillfällen avslöjat amfetaminmissbruk. Göran vill inte prata om detta och de dumheter han hamnat i till följd av missbruket. Återfallen förklarar han bland annat med gamla kompisar. "Hur ska jag klara det när de ringer på dörren och de bara står där?" Det har också vid några tillfällen uppstått bråk i boendet. Stödpersonalen har då valt att inte ringa polisen utan istället CM som då ryckt ut. Göran tycker att hans livssituation varken är bättre eller sämre jämfört med för ett år sedan. Han träffar CM tre gånger i veckan. På frågan vad CM betytt under året svarar han: "Utan CM hade jag varit bråkigare." När Göran ombeds att blicka ett år framåt säger han: "Jag vet ju själv vad jag måste ta itu med för att det ska bli bättre. Det är ju bara att sluta och försöka hålla sig så ren som möjligt. Det är ju det. Det tycker jag

är det viktiga. För det blir såna tjuverier, och det blir såna där vansinniga saker.”

Vad innehåller klienternas berättelser?

1. Fortsatta problem och mänskligt lidande

Det första intrycket av Kristinas, Marias, Kennets och Görans berättelser är att livet har fortsatt fara hårt fram. Året som gått har präglats av både med- och motgångar. Med individuella variationer återkommer i berättelserna psykiska problem och lidande med inläggningar på kliniker och vårdinstitutioner, missbruk och våld, boende- och relationsproblem med vräkningar och polisingripanden, problem i vård- och myndighetskontakter med fortsatta avvisningar, problem med vård och medicinbehandling som inte fungerar eller ej kommit till stånd, gamla kompisar som det är svårt att göra sig fri från, brist på sysselsättning och arbete som gör dagarna långa och meningslösa.

Det är svårt att se någon större förändring i klienternas liv. Det är också klienternas egen bedömning, samtidigt som de nyanserar bilden något. På vissa håll har det blivit bättre, på andra sämre. Kristina menar exempelvis att hennes missbruk har tilltagit, men samtidigt upplever hon sig starkare i sig själv jämfört med ett år sedan, och hon sätter också stort värde på det egna boendet hon fått. För Maria har året inneburit nederlag genom ett antal återfall och en förlorad lägenhet som hon för ett år sedan successivt höll på att flytta in och bli trygg i. Samtidigt har hon lyckats behålla sitt jobb som är mycket betydelsefullt för henne. Hon talar också om en viss attitydförändring hos sig själv: ”Hade det varit för några år sedan hade jag säkert bara skitit i jobbet med, när jag blivit av med lägenheten. Men nu känns det som om, jag vill ju inte skita i allting, jag vill ju ha ett bra liv.” För Kennet har problemen bestått och han ser som nuvarande och enda lösning att flytta till annan ort. Han har lyckats hålla livet utanför fängelsemurarna, med visst besvär. Göran har tagit ett antal återfall och varit inblandad i en hel del problematik under årets lopp som han dock inte vill gå in på närmare i intervjun. Till det positiva hör att han kommit in i sysselsättning och arbete som han värdesätter mycket.

2. Vad har CM gjort enligt klienterna?

Vad ger klienterna för bild av sina CM? Alla fyra, Kristina, Maria, Kennet och Göran, har haft en relativt intensiv kontakt med sina klienter med lite variation över tid.

Kristina säger att hon haft mycket samtal med sin CM, att CM hjälpt henne praktiskt med olika frågor, med ny lägenhet och möblemang, med posten då hon varit inlagd. CM har varit i kontakt med hennes barn och bistått henne i ekonomiska frågor. Det är oftast CM som tagit initiativ till kontakt och sökt upp Kristina, själv är hon mindre motiverad ibland. CM har också ordnat ett nätverksmöte med ett antal socialsekreterare och nya uppföljande möten var under planering vid intervjutillfället. "För han frågade mig rent ut, hur skulle du vilja att vi gjorde? Så jag lade fram mitt önskemål, jag vill ha ett möte med alla ansvariga som har varit med i min historia, så att säga bakåt i tiden och fram till idag, för att samarbeta istället." Kristina framhåller att CM har hjälpt henne med ett antal småsaker som samtidigt varit betydelsefulla för henne. Samtidigt finns det saker som CM inte kan påverka enligt Kristina. CM kan enligt Kristina inte påverka lasarettet så att hon får vård hon anser sig behöva, inte läkare så att hon får sin utlovade subutexbehandling, inte kommunen så att hon får matpengar. Kristina säger om sin CM: "Han har gjort vad han har kunnat säger han, men han får nej av socialtjänsten, fast han hänvisar till lagen". Kristina tycker att hennes CM skulle agera kraftfullare och tydligare stå på hennes sida. Kristina tycker att CM är alldeles för försiktig, han skulle lägga fram fakta och Kristinas behov mycket tydligare.

När Maria började missbruka och blev vräkt från lägenheten innebar kontakten med CM att hon direkt fick komma tillbaka till behandlingshemmet. "CM ordnade så att jag skulle få flytta hit så länge tills det ordnar sig, för jag hade ingenstans att ta vägen." Maria upplever att CM och behandlingshemmet har funnits där när hon verkligen behövt dem. Hon tror annars att hon fortsatt sitt missbruk och slutat med att bo på någon soffa någonstans. "Men CM hjälpte mig med allting". Kontakten med CM har varierat över tid från perioder med hög intensitet till perioder med mindre kontakt. Maria har pratat mycket med CM, fått hjälp med praktiska saker, blivit skjutsad till sjukhus såväl som till stormarknaden för att handla. Den nuvarande överenskomsten med CM är att Maria ska hålla kontakten med behandlings-

hemmet där CM har sin bas, komma förbi och visa upp sig då och då och prata lite grand.

Kennet säger om sin CM att ”vi har ständig kontakt, pratar i telefon. Vi har ju kontakt flera gånger i veckan i praktiken” och ”utan henne så hade det sparat ur för länge sen”. För Kennet utgör CM en av få personer han verkligen känner förtroende för och kan lita på. CM kommer hem, hjälper till att städa under perioder då Kennet hamnar i depressioner, blir liggande och inte orkar ta sig för någonting. CM har också ställt upp och stöttat i samband med att öppenvårdskontraktet var under prövning. Vid återfallet i missbruk som ledde till häktningen var CM på semester vilket bidrog till den negativa händelseutvecklingen enligt Kennet som då inte hade någon han kunde ringa och prata med.

Även Göran har nästintill daglig kontakt med sin CM, bland annat i samband med urinprovslämning tre gånger i veckan som CM övervakar. Göran berättar om hur CM kommer över och hjälper honom med olika saker, åker och handlar, följer med på möten. Han berättar också om träffar ute på stan, om biobesök och även att han blivit hembjuden till CM. Vid problem i boendet med objudna gäster har personalen vid stödboendet ringt CM istället för polisen, som då kommit ut och räddat honom ur besvärliga situationer.

3. Vad har CM betytt?

Beskrivningen av klienternas situation visar att det gått både upp och ner under året som gått. Klienter har tagit nya återfall med missbruk och våld som följd, polisomhändertaganden, vräkning, brottslig verksamhet med mera. Klienternas berättelser handlar också till olika delar om fortsatta problem i kontakt med vården och olika myndigheter, om att bli avvisad och förvägrad hjälp, om medicinbehandling som inte fungerar med mera. Av ovanstående framkommer också att CM har funnits med i bilden och agerat på olika sätt. Vad CM har betytt i sammanhanget kan sammanfattas med följande: onödigt lidande har undvikits, missbruk och våld har förebyggts, hjälp i praktiska vardagsfrågor, medlare och förmedlare i myndighetskontakter, någon som alltid finns till hands

Flera inslag i intervjuerna visar att när klienterna hamnat i svårigheter av olika slag har CM ingripit mer eller mindre direkt och därmed brutit nedåtgående spiraler som riskerat att ytterligare förvärra situationen. *Onödigt lidande har undvikits.* När Maria hamnade i nytt miss-

bruk och blev vräkt från sin lägenhet fick hon genom sin CM direkt komma tillbaka till behandlingshemmet. ”CM erbjöd sig att jag skulle få flytta hit så länge tills det ordnat sig. För jag hade ingenstans att ta vägen”. När Göran hamnat i bråk och problem har man från stödboende valt att ringa till Görans CM, som då ryckt ut och avstyrat fortsatt bråk och problem, och därmed också undvikit polisingripanden. Kennet berättar om sin CM som ställt upp i olika nödsituationer och stöttat honom, bland annat i samband med att hans öppenvårdskontrakt hotades omvandlas till fängelse. CM:s närvaro och direkta ingripanden har betytt att destruktiva situationer undvikits och onödigt lidande undvikits.

Klientintervjuerna innehåller berättelser om fortsatt missbruk. Samtidigt kan man konstatera att CM:s närvaro på olika sätt har inneburit att ett antal situationer med ytterligare *missbruk och våld har förebyggts*. Göran säger om sin CM och dennes betydelse under året som gått: ”Utan CM hade jag varit bråkigare”. Hade inte Maria fått hjälp i situationen då hon blev vräkt hade hon slutligen hamnat på en parksoffa enligt henne själv. Betydelsen av CM illustreras också i Kennets situation, eller snarare betydelsen av CM:s frånvaro: Kennet berättar om den process som ledde fram till nytt missbruk och häktningen, ett utvecklingsförlopp han kunde förutse hur det skulle sluta. Han försökte då komma i kontakt med sin CM, men denne var på semester. Kennet menar att om han fått kontakt med CM hade situationen kunnat brytas och inte behövt utvecklas på det sätt som skedde.

Som framgått ovan har CM ställt upp och givit *hjälp i praktiska vardagsfrågor*; hjälp med att åka och handla, att komma hem och städa, hjälp med flyttning, rustning av lägenhet, hämtning av post med mera. Den praktiska hjälpen kan ses som ett stöd till ett fungerande vardagsliv, små saker som samtidigt kan vara av stor betydelse i det enskilda fallet, vilket flera framhåller. För Kennets del spelade exempelvis ett möbelbidrag en viktig betydelse för möjligheten att skapa ett trivsammare boende.

Ett återkommande inslag i klienternas berättelser är att CM fungerat som *medlare och förmedlare i myndighetskontakter*. CM har på olika sätt varit i kontakt med vården, socialtjänsten och andra myndigheter, både som ombud för klienten och som följeslagare och stöd till klienten vid möten och sammanträffanden med läkare och vårdpersonal, socialsekreterare, handläggare av olika slag med mera. Detta har upplevts

mycket betydelsefullt av klienterna som fått hjälp att föra sin talan och i närvaro av CM fått ett helt annat bemötande. Klienten har blivit bemött med respekt och tagen på allvar. CM har även tagit initiativ till nätverksmöten. Kristina föreslår som alternativ benämning till case manager ”medlare” eller ”förmedlare”. Kristina förklarar: ”En förmedlare för mig till myndighetspersoner. Samtidigt är CM en liten hjälpredda till myndigheten, så ser jag det som. För han gör ju egentligen deras jobb, det socialtjänsten skulle ha gjort.”

Klienterna talar om CM:s betydelse i termer av att ha någon att prata med, *någon som alltid finns till hands*. Kontakten med CM består av mycket samtal, flera gånger i veckan. Kontakten med CM fungerar som en trygghet, en livlina som finns till hands vid behov. När Maria tagit återfall har hon alltid varit rädd för hur CM ska reagera, om CM ska vara besviken och arg och avvisa henne när hon på nytt söker hjälp. Men så har det inte varit. Kennet berättar också om ett bemötande som gjort att han känner stort förtroende för sin CM och att den mer eller mindre dagliga kontakten är mycket betydelsefull för honom.

Vad är verksamt i CM-kontakten?

I klienternas berättelser återkommer ett antal förhållanden som spelar roll i deras möjligheter till rehabilitering. Det handlar om att komma till rätta med boende, missbruk, sysselsättning, vårdbehov, medicinering, relationsproblem, myndighetskontakter och gamla kompisar. I grunden handlar det om att klienterna skaffar sig större egenkontroll över sitt liv och sin situation. Vad tycks vara viktigt i denna process? Ett antal förhållanden träder fram i klientmaterialet som nedan summeras och kommenteras, förhållanden som kunde urskiljas vid intervjutillfället för ett år sedan och som förstärks med hänsyn taget till det senaste årets utveckling i klienternas liv.

1. Ett fungerande boende

I samtliga fyra klienters situationer har boendet varit ett problem i olika utsträckning. Att komma till rätta med boendefrågan framstår därför som ett centralt inslag i en framgångsrik rehabiliteringsprocess. Problematiken som man måste komma till rätta med handlar om olika former av otrygghet, vantrivsel, brister i utrustning och möblemang

och avsaknad av att ha ett hem. Det är således inte bara en fråga om boende i fysisk mening och en säng att sova i.

2. Arbete och sysselsättning

Att ha ett arbete eller en sysselsättning att gå till framstår också som något mycket centralt i samtliga klienters situationer. Kristina har kvar sitt långsiktiga mål och sin längtan att komma i arbete och bli självförsörjande och därigenom också bli fri från sitt myndighetsberoende. Kennet har berättat om sina sysselsättningsproblem som gjort dagarna både långa och meningslösa. Göran tillskriver sin sysselsättning, ett deltidsarbete, en mycket stor betydelse. Att Göran fått ett arbete framstår som det stora glädjeämnet i hans livssituation. Detsamma gäller Maria, som trots ett antal återfall har lyckats behålla sitt arbete. Arbetet ger dagen och veckorna en rytm med innehåll och mening. Maria säger vidare: ”Mitt jobb betyder jättemycket för mig (...) för min självkänsla och känna att jag gör någonting, något vettigt. Och att folk behöver mig till någonting. Att jag är viktig för någon. Det känns ju skönt.”

3. Fungerande vård och medicinsk behandling

Samtliga klienter är beroende av en fungerande vård och medicinsk behandling för sin rehabilitering. Samtidigt framkommer att det är problem med just detta. Kristina har länge gått och väntat på att komma in i en subutexbehandling. Sedan Göran kom in i ett medicinskt program har hans situation blivit bättre samtidigt som problem kvarstår med att få rätt inställning och dosering. Till följd av att både Göran och Kennet erhåller narkotikaklassade medicinprogram lämnar de också regelbundet urinprov.

4. Att bli fri från gamla kompisar och missbrukarnätverk

Ett annat förhållande som också framträder tydligt i klientintervjuerna är av socialt slag och handlar om att bli fri från gamla kompisar. Delförklaringar till att klienterna tagit återfall finns bland annat i svårigheten att värja sig från gamla missbrukarkontakter och objudna gäster. Att hålla sig borta från missbruk är en vilja och längtan som alla fyra uttrycker. Det är förmågan att kunna göra det som brister. Med andra ord så *vill* klienter drogfrihet, men *kan inte* av olika skäl. Kennets slutsatser av detta är att han måste flytta långt bort till en annan stad för

att ge sig själv en möjlighet att snabba på sin egen rehabiliteringsprocess.

5. Socialt stöd

I klienternas livssituation med uttunnade sociala nätverk framstår behovet av en fast social stödpoint som central i rehabiliteringsprocessen. Det sociala stödet innebär olika saker och kan för CM:s del ta sig olika uttryck där närvaron i vardagssituationer och direkta ingripanden, råd och stöd spelar stor roll. Klienterna har konfliktfyllda livshistorier med kommunikationsproblem, konflikter och låsningar med omgivningen i olika utsträckning. Mot bakgrund av detta framstår CM:s stöd till klienterna i deras kontakter med omgivningen, vården och myndigheter som ytterst viktig. CM hjälper och stöttar klienten att göra sin röst hörd, föra sin talan och få sina behov tillgodosedda.

Några avslutande kommentarer till klientstudien

Året som gått sedan den förra intervjun gjordes med klienterna visar tydligt att målgruppen för SKL:s metodutvecklingsarbete, människor med psykiska problem och ett samtidigt missbruk, lever under svåra omständigheter med en komplex livsproblematik. Klienternas "årsberättelser" ger också en fingervisning om varför många i omgivningen givit upp när det gäller hopp och tro på förändring, att ingen vill ha med klienterna att göra. För det tredje illustrerar klientberättelserna ett omfattande behov av vård, hjälp och stöd som måste till samtidigt för att livssituationerna ska förbättras. Till detta kommer ett tidsperspektiv på insatserna, de måste vara uthålliga och långsiktiga. "Det går inte att förändra mig över en natt" säger Kennet när han reflekterar över sin situation och kamp på vägen till ett fungerande liv.

Diskussion

Föreliggande slutrapport utgör den andra och sista delen av den utvärdering som Mälardalens Högskola utfört på uppdrag av SKL. Första delrapporten blev klar våren 2007 och författades i omedelbar anslutning till att SKL-projektet avslutades. Denna slutrapport är en uppföljning av regionernas metodutvecklingsarbete ett år senare, fram till april 2008. Utvärderingen har fokus på implementeringen av case management enligt ACT inom landsting och kommuner i tre regioner i landet, en arbetsmetod som i slutändan ska förbättra livssituationen för människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk. Därför inleds den efterföljande texten med en diskussion om metodutvecklingsarbetet ur ett klientperspektiv. Vidare följer en diskussion om implementeringens utfall, hur långt man kommit i implementeringen och hur tillämpningen av case management enligt ACT ser ut, i linje med utvärderingens frågor. Regionala jämförelser görs och diskuteras i anslutning till detta. Därefter flyttas intresset över till att handla om implementeringen och ett antal genomförandeproblem i metodutvecklingsarbetet. Med hjälp av utvärderingens teoretiska perspektiv och tidigare forskning förs en diskussion kring dessa. Slutligen summeras utvärderingen av SKL:s metodutvecklingsarbete genom några punkter.

Ett metodutvecklingsarbete som kräver långsiktighet

En slutsats från klientintervjuerna våren 2008 blir densamma som från våren 2007. Med tanke på klienternas utsatta situation framträder SKL:s metodutvecklingsarbete som mycket angeläget och välmotiverat. En annan slutsats ur klientmaterialet är att case management enligt ACT kräver uthållighet och ett långsiktigt engagemang från CM och andra

aktörer för att bestående förbättringar och stabiliseringar i klienters liv ska uppnås

Det är ett fåtal klientintervjuer som genomförts. Några generaliseringar för hela målgruppen människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk låter sig inte göras. De intervjuade klienterna ska betraktas som exempel på livssituationer med tillhörande problem som återfinns i målgruppen. På det viset förmedlar klientintervjuerna olika situationer som CM-verksamheten har att hantera.

De komplexa livssituationer klienterna uppvisade för ett år sedan tycks ha bestått med upp- och nedgångar och fortsatta problem under året som gått. Klienternas liv visar på stor utsatthet i linje med vad tidigare studier och forskning om målgruppen visar (se t.ex. forskningsgenomgång i SOU 2006:100). CM-kontakten tycks till det yttre inte ha medfört några större förändringar för klienterna. Problemen har kvarstått, ett steg framåt har följts av två bakåt med återfall och nya problem för att sedan vara tillbaka på ruta ett igen. Klientstudien visar samtidigt att CM:s närvaro inneburit att onödigt lidande undvikits och att klienters situation inte förvärrats ytterligare, vilket sannolikt varit följderna om CM-kontakten inte funnits. Samtidigt finns vissa tecken som vittnar om positiv förändring eller att hopp därom tänts. Samtliga klienter framhåller i olika utsträckning att CM varit betydelsefull och att det är viktigt att klienten känner förtroende för och kan lita på CM. Klientmaterialet i utvärderingen förmedlar sammantaget att förbättrade livssituationer för klienterna handlar om långsiktiga förändringsprocesser.

Case management på svenska

Metodutvecklingsarbetet innehåller ett antal lokala processer där man kommit olika långt i organisering och utformningen av case management. Det är för tidigt att tala om arbetsmodeller som har "satt sig". Våren 2008 framstår metodutvecklingsarbetet som relativt bräckligt och sårbart på flera håll. Det är mer riktigt att tala om arbetsformer som är under uppbyggnad. Det är därför för tidigt att dra några mer långtgående slutsatser av case managementmetodikens översättning till svenska förhållanden ute i kommuner och landsting. Några mönster framträder dock som kommenteras i det följande.

Vävstolen ännu ej färdigbyggd

Delrapporten från våren 2007 konstaterade att de organisatoriska ramarna och förutsättningarna som SKL-projektet själv satt upp som villkor för att case management ska kunna bedrivas inte förelåg fullt ut, med andra ord att ”vävstolen ej var färdigbyggd”. Denna slutrapport våren 2008 konstaterar detsamma, att ramarna ännu ej föreligger, med några undantag.

De organisatoriska ramfaktorerna som SKL-projektet själv satt upp som förutsättningar för case management handlar om: (1) att *kunskap och förståelse* för case management finns och att arbetssättet är legitimerat och sanktionerat inom moderorganisationerna, (2) att *avtal* mellan moderorganisationerna tecknats som klargör ansvarstaganden och säkrar ett långsiktigt engagemang, (3) att *heltäckande multidisciplinära team* inrättats med *beslutsmandat*, (4) att *utbildade CM* finns som arbetar *heltid* och (5) att *klientinventeringar* gjorts där målgruppen identifierats.

I en jämförelse regionerna emellan består bilden från våren 2007. Sammantaget kan sägas att landstinget och kommunerna Luleå och Boden i Norrbotten har kommit längst när det gäller implementeringen av case management. I Luleå och Boden tycks så gott som samtliga ramfaktorer uppfyllda där case management har etablerats som en ordinarie verksamhet utan att CM-verksamheten fördenskull är problemfri. På övriga håll, i Jönköpings län och i synnerhet i Sjuhärad, har implementeringen inte kommit lika långt.

När det gäller (1) *kunskap och förståelse* för case management finns ett generellt behov inom samtliga tre regioner av fortsatt information för att förankra och befästa det nya arbetssättet, det gäller såväl inom moderorganisationerna som inom samarbetande organisationer i omgivningen. Regionernas initiativ till en ny CM-utbildningsomgång 2007-2008 kan ses som ett led i att sprida kunskap och förståelse för case management. Slutsatsen från våren 2007 kvarstår när det gäller utbildningsinsatsernas genomförande: för att nå ökad kunskap och organisatorisk förankring är det viktigt att även mellanchefer och primärteammedlemmar deltar i CM-utbildningen.

Beträffande (2) *avtal* tecknade landstinget och kommunerna Luleå och Boden i Norrbotten redan 2005 en samverkansöverenskommelse. I Jönköpings län har metodutvecklingsarbetet tagit ett tydligt steg fram-

åt under 2007 genom tillkomsten av ett avtal mellan landstinget och länets samtliga tretton kommuner där man förbinder sig att införa case management. Det regionala avtalet ska följas av lokala avtal på enskild kommunnivå, vilket också gjorts i tre kommuner. I Sjuhärad pågår en process där en länsövergripande handlingsplan förväntas bli politiskt fastställd under hösten 2008, och som på motsvarande sätt ska kompletteras med lokala handlingsplaner och samverkansöverenskommelser. Avtalsuppföljningen på lokal nivå framstår som en central fråga i den fortsatta processen i Jönköpings län såväl som i Sjuhärad.

Avtalsfrågans betydelse och status i metodutvecklingsarbetet behöver lyftas. Syftet med avtal är att säkra metodutvecklingsarbetets genomförande och case managements bestående genom att klargöra deltagande aktörers ansvar och åtagande. Avtal är viktiga som stöd till metodutvecklingsarbetet, till CM och teamen när de ska fullgöra sina uppgifter. Genom förpliktigande dokument ökar moderorganisationerna tydligheten och visar både inåt i organisationen och mot omgivningen vad man vill, i vilken riktning utvecklingen ska drivas och vilka åtaganden och ansvarstaganden man går in i. Avsaknad av avtal bidrar till osäkerhet i metodutvecklingsarbetet när ett nytt arbetssätt ska införas som utmanar den rådande ordningen och rutiner. Till detta kan frågor om avtalens innehåll ställas, hur pass förpliktigande de olika samverkansöverenskommelserna är och vad som händer om man inte uppfyller sina åtaganden. Detta får framtiden utvisa. I Jönköpings län har man genom ett vitesbelopp velat markera vikten av att avtalet efterlevs.

När det gäller (3) *heltäckande multidisciplinära team med beslutsmandat* framträder detta som en av de mer svåra frågorna att lösa inom metodutvecklingsarbetet. På några håll, bland annat i Norrbotten tycks det fungera relativt väl, även om arbetsformerna befinner sig under omprövning våren 2008. Dels handlar det om den multidisciplinära bemanningen av primärteamen och dels att beslutsmandat delegerats till medlemmarna. När missbruks-, psykiatri- och primärvården inte är fullt utbyggd eller saknar personal, bland annat läkare, följer svårigheter att förverkliga primärteamtanken, en problematik som är tydlig särskilt i mindre kommuner. Till detta kommer att primärteamen har svårt att fullgöra uppgifter enligt grundtanken eftersom dess medlemmar inte delegerats befogenheter och mandat att fatta beslut.

Primärteamens roll och funktion har också utvecklats till något delvis annat än vad den amerikanska ursprungsmodellen av case management enligt ACT säger, att teamet har ”ansvar för allt arbete med klienten”. I praktiken har primärteamet istället kommit att fylla en ledningsgruppsfunktion med råd och stöd till CM när denne stöter på problem i de klientnära resursgrupperna, där CM organiserar och bedriver den huvudsakliga verksamheten.

Beträffande kravet (4) *utbildade CM* som arbetar *heltid*, är detta ännu ej uppfyllt på alla håll. När det gäller CM som heltidsuppgift delar våren 2008 ett antal personer CM-funktionen med andra arbetsuppgifter av behandlings- och myndighetsutövande slag. Att CM inte helt frikopplats från andra arbetsuppgifter förklaras bland annat med att organisationerna saknar ekonomi för detta och att klientunderlaget är så beskaffat att geografiska förutsättningar saknas för hel frikoppling. Till detta kommer en oenighet i sakfrågan rörande nödvändigheten att CM måste frikopplas helt, att CM-funktionen visst är möjlig att kombinera med andra behandlings- och myndighetsutövande arbetsuppgifter. CM med ”delade” tjänster redovisar problem att hinna utföra uppsökande arbete och vara tillgänglig och möta klienters behov på ett flexibelt sätt. Delade tjänstekonstruktioner innebär att CM-uppgifterna kolliderar med annan patient- och klientverksamhet, att konflikter uppstår som inte främjar implementeringen, vilket även implementeringsforskningen har visat (Rasmusson 2004).

När det gäller (5) *klientinventeringar* saknas sådana fortfarande våren 2008 på flera håll. Flera inventeringar som redovisats motsvarar mer uppskattningar än systematiskt genomförda kartläggningar. Grundtanken med klientinventeringar är att ett underlag behövs så att prioriteringar av ”rätt” klienter i CM-verksamheten kan göras. Brist på tillförlitliga klientinventeringar resulterar i att arbetsmetoden riskerar tillämpas på fel målgrupp. Frånvaron av klientinventeringar framhålls dock inte som något större problem av aktörer i metodutvecklingsarbetet, vilket kan vara en förklaring till att sådana ännu inte våren 2008 gjorts på flera håll. Att göra klientinventeringar som är användbara i den lokala CM-verksamheten framstår som ett kvalificerat och arbetskrävande uppdrag med tanke på målgruppens beskaffenhet. Det färdiga inventeringsresultatet är också färskvara och har ett ”bäst före-datum”. I Norrbotten har klientinventeringen från 2006 spelat ut sin roll. I metodutvecklingsarbetet sägs att klientinventeringar ska göras, men några

närmare anvisningar till hur har inte givits. Hur pass tillförlitliga gjorda klientinventeringar är har inte granskats inom ramen för denna utvärdering. Den genomförda klientinventeringen i Jönköpings län illustrerar både det kvalificerade uppdraget som en inventering innebär och väcker samtidigt frågor om inventeringens värde och betydelse för CM-verksamheten på lokal nivå.

Den praktiska tillämpningen jämförd med ACT:s grundmodell

Som tidigare redovisats definieras case management enligt ACT i den amerikanska grundmodellen med hjälp av följande kriterier som det råder relativ samstämmighet om (Malm 2002, Palmstierna 2004, Björkman 2005).

1. Insatserna genomförs huvudsakligen i klienternas miljöer och inte på en mottagning.
2. Verksamheten är uppsökande.
3. Verksamheten har hög intensitet, insatser genomförs vid behov samt tillgänglighet dygnet runt.
4. Varje case manager har få klienter, högst tio.
5. Det är viktigt med kontinuitet i personalgruppen.
6. Verksamheten är teambaserad, ett team runt klienten har ansvar för allt arbete med klienten (benämns primärteam i metodutvecklingsarbetet).
7. Teamets sammansättning är multidisciplinär, minst en psykiatriker och en sjuksköterska ingår i teamet.
8. Arbetet genomförs i nära samarbete med klientens sociala stödssystem, t.ex. familj, hyresvärd, arbetsgivare och andra vård- och stödinsatser.

Hur faller dessa kriterier ut i SKL-projektet? I utvärderingen framkommer att punkt 1-2, insatser i klienternas hemmiljö och uppsökande verksamhet har blivit lidande för CM som arbetar deltid och på sin tjänst delar CM-funktionen med andra arbetsuppgifter. När det gäller punkt 3 framstår kravet på tillgänglighet dygnet runt som ett kritiskt kriterium. Enskilda CM-verksamheter har tidvis tillämpat system med

förlängd telefontid, och "krisplaner" för enskilda klienter har utarbetats med kontaktrutiner i krissituationer. Till detta har kontakt- och samarbetsrutiner utvecklats med akutmottagningar som erhållit listor över klienter som har CM, med klienternas samtycke. Punkt 4 uppfylls, samtliga CM redovisar få klienter och när det gäller punkt 5, personalkontinuitetsfrågan, finns problem inbyggda särskilt vid små CM-verksamheter med ensamarbetande CM. Primärteamen har också varit föremål för ett relativt stort antal personbyten sedan metodutvecklingsarbetet inleddes. När det gäller punkt 6-7 finns avvikelser där primärteamets roll i praktiken inte motsvarar "ansvar för allt arbete med klienten". Var "det egentliga ansvaret" ligger framstår som oklart. Den sista punkten 8, samarbete med klientens sociala stöd-system, tycks av CM:s redovisningar vara uppfylld, utan att utvärderingen därför kan uttala sig om i vilken omfattning samarbete faktiskt bedrivs.

Implementeringsproblem och metodutveckling

Regionala skillnader i implementeringen

Utvärderingen visar att implementeringen kommit olika långt i regionerna och inom enskilda kommuner. I implementeringen av en ny metod, case management enligt ACT, samspejar ett antal förhållanden i komplexa processer. Lokala omständigheter och organisatoriska förutsättningar varierar mellan regioner och kommuner liksom hur implementeringsförfarandet gått till. Frågan är hur skillnaderna kan förklaras och förstås. I det följande ska denna fråga diskuteras närmare.

I SKL:s metodutvecklingsarbete deltar tre regioner omfattande tre landsting och sju kommuner. I Norrbotten motsvarar deltagandet ett landsting och två kommuner som även är geografiskt närliggande. Det innebär att de regionala samordnarna på olika sätt haft en närhet till ett fåtal aktörer, vilket medfört att implementeringen varit relativt överskådlig och kontrollerbar när det gäller att "hålla ihop" processen. I Norrbotten framhålls också att metodutvecklingsarbetet kom i "rätt tid" och stämde överens med andra utvecklingsprocesser. Likaså framkommer att metodutvecklingsarbetet tidigt vunnit förankring och stöd från förvaltningsledning och på politisk nivå. I Sjuhärads och Jönköpings län deltar utöver landstinget nio kommuner respektive sex kom-

muner, varav flera relativt små och geografiskt utspridda. Därtill kommer i Jönköpings län en administrativ problematik med landstingets uppdelning i tre sjukvårdsområden. Det innebär att de regionala samordnarna relativt sett haft ett större avstånd till ett antal aktörer och lokala processer, vilket medfört att utvecklingen varit mer komplex, svår att hålla ihop och kontrollera. I Sjuhärads- och Jönköpingshistoriken framgår inte lika tydligt hur metodutvecklingsarbetet knutit an till andra pågående lokala processer. I Sjuhärad finns en småkommunproblematik som väckt frågor om hur case management ska organiseras och utformas i mindre kommuner med begränsade organisatoriska och personalmässiga resurser. En fråga handlar om CM:s frikoppling. I Jönköpings län har landstingets avvaktande hållning skapat en osäkerhet i engagemanget för case management. Förankring och uppslutning från förvaltningsledning och politisk nivå synes generellt ha varit mer problematisk i både Sjuhärad och Jönköpings län jämfört med Norrbotten.

Förankringsproblematiken har också uppmärksammats i implementeringsforskningen, som visar att brist på kunskap, delaktighet och förankring inom olika nivåer i organisationen utgör försvårande omständigheter i en implementering. Forskning visar också att bristande ledarskap och otydliga mål i organisationer där det nya ska implementeras på ett negativt sätt påverkar implementeringsprocesser, likaså om den nya metoden kommer i konflikt med andra åtaganden eller inte överensstämmer med lagar och förordningar (Pressman & Wildavsky 1973, Johansson 2004). När det gäller bristande ledarskap och otydliga mål återfinns kritiska synpunkter från CM och primärteammedlemmar som efterfrågar beslut och tydlighet från ledningsnivå inom sina moderorganisationer när det gäller metodutvecklingsarbetet, hur seriös och långsiktig satsningen på case management är. I synnerhet gäller det i Sjuhärad. Osäkerheten får till följd en återhållande effekt på det egna engagemanget.

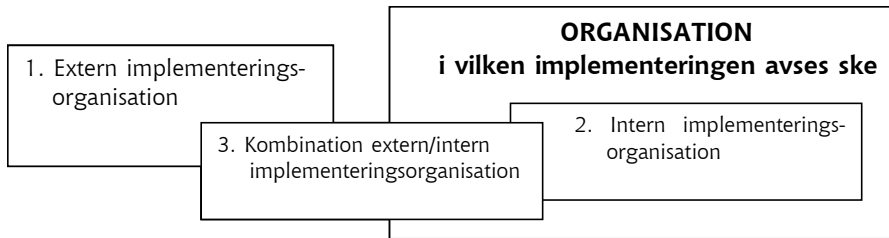
Implementeringsforskningen visar att de som ska tillämpa de metoder som ska införas också måste vara införstådda med hur den egna arbetssituationen kan komma att påverkas och förändras. Genom att involvera dessa i ett tidigt skede kan för- och nackdelar, problem och farhågor diskuteras och hanteras. SKL:s metodutvecklingsarbete har åtföljts av oklarheter rörande konsekvenser av case managements införande för den egna organisation och yrkesrollen, en osäkerhet som

tycks ha varit större i Sjuhärad och Jönköping jämfört med Norrbotten.

När det gäller själva implementeringsförfarandet visar forskningen att en framgångsrik implementering främjas av integrerade arbetsformer där information, utbildning, träning med rådgivning och återkoppling kombineras (Fixsen 2005, Guldbbrandsson 2007, Van den Hombergh et al. 1999, Greenhalgh et al. 2005). Utvärderingen visar att utbildnings- och handledningsinsatserna i metodutvecklingsarbetet har varit uppskattade av deltagarna och de blivande CM, inte minst tack vare just den integrerade uppläggning och arbetsformen.

Implementeringsorganisationens betydelse

Enligt implementeringsteori, se sid. 30ff, påverkas implementeringens utfall av den implementerande organisationens placering och relation till den (de) organisation(er) i vilken implementeringen avses ske. Den implementerande organisationen har således betydelse för om implementeringen lyckas eller inte. Den implementerande organisationen kan vara extern, ha en kombination av extern/intern relation eller vara helt intern i förhållande till den ordinarie organisationen i vilken implementeringen genomförs. Alexandersson (2006) illustrerar detta med följande figur:



Figur 5: Alternativa placeringar (nr 1–3) av en implementeringsorganisation i förhållande till ordinarie organisation (i Alexandersson 2006 s. 70).

En implementeringsorganisation kan ha hela eller delar av implementeringsansvaret beroende på vem som beslutat om den nya förändringen eller nya metoden som ska införas.

Implementeringen av case management är ursprungligen ett top-down-projekt. Initiativet kommer uppifrån och presenterades av SKL genom en inbjudan, en intresseanmälan, som gick ut till landets kom-

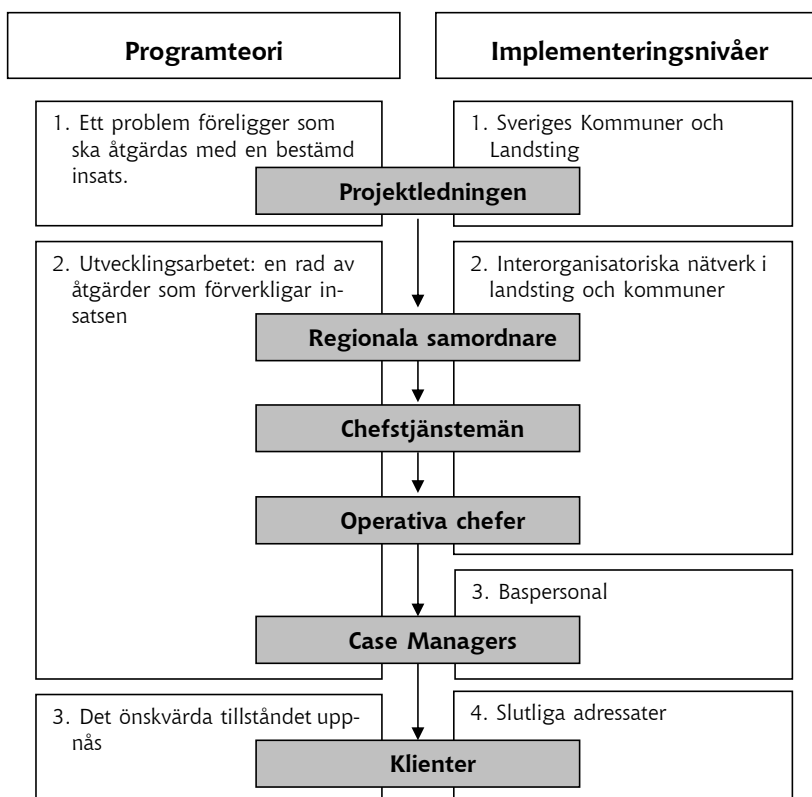
muner och landsting. En process följde med samtal mellan SKL och regionerna när de slutliga tre utvaldes att ingå i projektet. Implementeringen av case management berör tre nivåer: en central nivå, en regional nivå och en lokal nivå. På central nivå motsvaras implementeringsorganisation, se sid. 19 figur 1, av en projektledningsgrupp vid SKL i vilken implementeringsansvariga ingår inklusive Växjö universitet som utbildare. På regional nivå återfinns regionala samordnare från landsting respektive kommunerna som implementeringsansvariga. På lokal nivå återfinns ett antal deltagare inom de organisationer i vilka implementeringen ska genomföras. Implementeringsorganisationen har närmast en kombination av extern och intern relation till de kommuner och landsting inom vilka case management ska införas.

Ett återkommande tema i utvärderingen handlar om kritiska synpunkter från deltagare, CM och primärteammedlemmar, som riktas mot närmaste chefer och den egna organisationsledningen. Kritiken har handlat om brist på stöd, kunskap och förståelse för det nya arbets sättet. CM har upplevt sig ensamma med ett dubbelt uppdrag att själva lära sig metoden och samtidigt lära andra, informera och förankra. När CM själva haft frågor har dessa kommit i retur obesvarade och man har inte vetat vart man ska vända sig. Från kommuner som ännu inte kommit igång med någon CM-verksamhet framförs förklaringar som omorganisationer, personalförändringar och en ovilja på chefsnivå att vilja ta i frågan.

En slutsats av detta är att SKL har dragits med ett problem i implementeringsorganisationen. Medan implementeringsansvaret varit tydligt utpekade med namngivna personer på central och regional nivå har ansvaret för implementeringen på lokal nivå varit oklart och inte tydligt uttalat. En förklaring till genomförandeproblemen finns alltså att söka i den implementerande organisationens avsaknad av lokalt implementeringsansvariga. I Sjuhärad och Jönköpings län har detta blivit särskilt synligt. I Norrbotten har frånvaron av lokalt utsedda implementeringsansvariga inte fått samma konsekvenser då de regionala samordnarna haft en närhet till de lokala aktörerna och ett fåtal organisationer att agera mot. I Sjuhärad och Jönköpings län har avståndet varit större, de lokala organisationerna många med flera parallella processer och aktörer att hantera.

Metodutvecklingsarbetet utifrån implementeringskriterier

I delrapporten från 2007 återfinns nedanstående figur 6 som en illustration av metodutvecklingsarbetet betraktat ur program- och implementeringsteori. Den vänstra spalten i figur 6 motsvaras av programteoriens komponenter och handlar om relationen mellan ett problem och insatser som ska åtgärda problemet för att ett önskvärt tillstånd ska uppnås. Översatt till SKL:s metodutvecklingsarbete motsvaras problemet av människor med dubbeldiagnoser med svår livssituation. Insatsen, som utgörs av case management enligt ACT, ska lindra människors problem och förbättra livssituationen med minskat behov av institutionsvård som följd.



Figur 6: Metodutvecklingsarbetet betraktat utifrån programteori och implementeringsnivåer

Implementeringsteorin innebär att ett antal åtgärder ska genomföras i interorganisatoriska nätverk som involverar ett antal aktörer på olika nivåer för att så småningom nå fram till de slutliga mottagarna eller adressaterna, i SKL:s projekt människor med dubbla diagnoser. I rapporten från våren 2007 återfinns en analys av SKL:s metodutvecklingsarbete genomförd med hjälp av Vedungs frågor. Det huvudsakliga resultatet av analysen kvarstår och har snarast förstärkts på vissa punkter fram till våren 2008.

Fråga 1. *Hur framträder SKL-projektet i ett historiskt perspektiv? Bryter case management enligt ACT mot rådande behandlingstraditioner och synsätt inom landsting och kommuner? Handlar det om ett radikalt brott eller bara om finjusteringar av en redan inslagen väg?*

I delrapporten från 2007 konstaterades att case management som idé och tankesätt inte är något nytt, i alla fall inte för landstinget. Tankesättet har funnits verksamt inom olika delar av 1990-talets psykiatrireform som exempelvis i reformen personligt ombud och i begreppet integrerad psykiatri (Malm 2002). Möjligtvis ger begreppet case management vårdassociationer och framstår som mer främmande inom det kommunala sociala arbetet. Om man betraktar den konkreta arbetsmetodiken och CM-rollen är det inte något nytt inom socialt arbete. Att arbeta nätverksinriktat utifrån systemteoretiska utgångspunkter är ett etablerat arbetssätt inom socialt arbete som socionomstuderande utbildas i. Som praktiskt tillämpad arbetsmodell enligt ACT med multidisciplinära team med delegerat beslutsmandat måste förverkligandet av ACT-modellen under alla omständigheter betraktas som ett radikalt brott mot den sektorsuppdelade ansvarsfördelningen inom socialpsykiatri- och primärvården. Genom det nya arbetssättet utmanas rådande sektorsindelning med dess maktstrukturer och beslutsordningar. Att som i metodutvecklingsarbetet särbehandla en patient-/klientgrupp och ge denna förtur in i olika vård- och behandlingssystem måste också antas vara kontroversiellt inom andra delar av vård- och hjälpapparaten och innehålla potentiella intressekonflikter. Det radikala brottet som case management enligt ACT innebär utgör sannolikt en förklaring till att implementeringsprocessen i metodutvecklingsarbetet tycks lång och besvärlig på flera håll.

Fråga 2. *Hur pass tekniskt komplex är case management enligt ACT? Är den tydlig och enkel eller är den komplicerad?*

Deltagande organisationer i metodutvecklingsarbetet har fortfarande, våren 2008, på flertalet håll ännu inte fått alla ramfaktorer och förutsättningar på plats för att kunna bedriva case management enligt ACT. Detta förstärker den tidigare slutsatsen att case management enligt ACT måste betraktas som en komplex metod där ett antal pusselbitar och förhållanden måste vara vid handen för att metoden ska kunna tillämpas: avtal, tillförlitliga klientinventeringar, kunniga och kompetenta CM frikopplade från andra arbetsuppgifter, multidisciplinära beslutsmyndiga team, kunskaper och förankring i den organisatoriska omgivningen. Lösningen på enskilda frågor och problem skapar dessutom nya frågor och problem för deltagande organisationer, exempelvis ekonomiska kostnader för att täcka luckor efter CM:s frikoppling och finansiering av nya utbildningsomgångar. När de deltagande organisationerna anmälde sitt intresse till metodutvecklingsarbetet våren 2005 var man inte klar över innebörden och alla konsekvenser som skulle följa i spåren. Detta har inneburit frågor som krävt nya ställningstaganden och lösningar som inte alltid funnits vid handen utan varit tidskrävande att hitta svar på.

Fråga 3. *Vad kännetecknar själva implementeringen? Kan bristande delaktighet och oklarheter i implementeringen förklara implementeringens utfall?*

I analysen våren 2007 ställdes tre frågor i avsikt att närmare utröna förklaringar till implementeringens utfall:

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

För att case management ska kunna tillämpas behövs jakande svar på de tre frågorna, och det gäller på samtliga nivåer inom organisationen; den politiska ledningsnivån, förvaltningsnivån och basnivån i kärnverksamheten med patienter/klienter. På samtliga nivåer behöver aktörerna ha kunskaper om case management (veta), vilja arbeta med den nya metoden (vilja) och också kunna det (kunna). Det samlade intrycket våren 2007 visade en splittrad bild över "vilja, veta och kunna". Ett mer övergripande resultat av analysen utmynnade i, våren 2007, följande formulering. "CM har utbildats, vet vad det handlar om och vill – men kan inte." Att CM inte kunde förklarades med brister i kunskap och förankring när det gäller vetandet och viljandet på förvaltnings- och ledningsnivå och att de organisatoriska strukturerna med primärteam ej förelåg. "Toppen och botten vill, men någonstans däremellan stannar det upp" är en närliggande formulering rörande samma slutsats. Implementeringsproblemet tycktes till stor del ligga på förvaltningsnivå som bromsade upp processen och tillämpningen av det nya arbetssättet. CM:s bristande kunnande berodde således på yttre förutsättningar i form av organisatoriska förhållanden och stöd som saknades för att CM skulle kunna arbeta med case management fullt ut.

Hur ser det ut våren 2008? När det gäller kunskaper och förankring av case management på politisk lednings- och förvaltningsnivå så har metodutvecklingsarbetet flyttat fram sina positioner. Uttryck för detta är det tillkomna avtalet i Jönköpings län och den snart antagna handlingsplanen i Sjuhärad. Frågan är dock komplex och svår att besvara då bilder från enskilda kommuner skiljer sig mycket åt. Samtidigt som de organisatoriska förutsättningarna utvecklats i "rätt" riktning uttrycks på många håll behov av mer kunskap, förankring och en tydligare vilja och signaler uppifrån att man verkligen vill införa case management.

Slutsatsen från 2007 består; sett ur programteoritermer dras implementeringen av case management med ett genomförandeproblem. Under förutsättning att forskningsstudierna som visar på evidensbaserat stöd för case management enligt ACT är korrekta föreligger inget teorifel. Istället har själva implementeringen varit mer komplicerad och arbetskrävande än deltagarna möjligen tänkte sig när man gav sig in i utvecklingsarbetet 2005.

Fråga 4. *Vilka signaler skickar de slutliga adressaterna, klienterna, människor i målgruppen med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk? Möter de case management med intresse eller ställer de sig avvisande?*

Föreliggande uppföljning och det begränsade klientmaterial som ingår i utvärderingen visar att klienterna uttrycker en positiv hållning till CM och arbetsmetodiken. Klienternas livssituationer har inte förändrats i någon nämnvärd omfattning under året som gått, men de har inte heller förvärrats vilket klienterna förutspår hade skett om man ej haft CM.

Fråga 5. *Hur har kontrollen i form av utvärdering och uppföljning av implementeringsprocessen varit organiserad? Har den bidragit till en framgångsrik implementering av case management?*

SKL-projektets centrala ledningsgrupp har fortsatt genomfört träffar på regional nivå i syfte att följa upp och ge stöd åt det lokala metodutvecklingsarbetet. Dessa samlingar har uppfattats som viktiga och betydelsefulla. Den återkommande handledningen för CM har upplevts vara nödvändig, anser de lokala deltagarna. Det har trots detta blivit framkommit kritik mot upplägget av handledningen, att den skulle vara ostrukturerad och mer ett forum för ”gnäll” på grund av den tid som avsatts för praktiska och organisatoriska frågor som uppstått i samband med implementeringen. Tillkomsten under 2007 av en CM-coach i Jönköpings län och en projektsamordnare i Sjuhärad med uppgift att stödja de lokala implementeringsprocesserna innebär att uppföljningsprocessen tillskjuts resurser, vilket måste anses vara ett viktigt tillskott. Den första utvärderingsrapporten 2007 avsågs vara ett stöd till den fortsatta implementeringen vilken den också verkar ha blivit. Föreliggande slutrapport, hoppas kunna bidra med nytt kunskapsunderlag som stöd för det fortsatta metodutvecklingsarbetet.

Fråga 6. *Vilken betydelse har andra insatser från andra myndigheter i implementeringen?*

Den Nationella psykiatrisamordningens många olika aktiviteter och projekt har haft en positiv betydelse för SKL:s metodutvecklingsarbete. Flera deltagare uttrycker att psykiatrisamordningen har bidragit till en ökad uppmärksamhet på människor med dubbla diagnoser och behov

av olika åtgärder som föreligger. Detta har underlättat implementeringen av metodutvecklingsarbetet enligt fleras bedömning.

Frågorna 7-8 *Spelar den samhällseliga omgivningen i övrigt någon roll för implementeringen? Vinner deltagande aktörer några opinionspoäng eller goodwill genom att arbeta med case management? Och kan "konsumenterna" det vill säga anhöriga och klienter påverka implementeringen?*

Det kan tänkas att de aktörer som ingår i klientens nätverk får en vidare inblick i problematiken kring människor med dubbeldiagnos och därmed skapas en större förståelse och stöd för arbetssättet. Deltagande organisationer i metodutvecklingsarbetet visar att man aktivt eftersträvar att åtgärda problemen och möta människors behov av vård hjälp och stöd. Drake med flera (2001) framhåller vikten av att klienter och anhöriga får korrekt information om metoden och vad den går ut på. Om detta inte tillgodoses försvåras deras möjligheter att efterfråga effektiv vård/ behandling och att ifrågasätta och/eller förespråka förändringar i organisationen och även metoder. Krav från klienter och familj kan föra vård/hälsopparaten framåt mot mer evidensbaserade metoder. Drake med flera (2001) manar även forskare och det lokala samhället till att bli mer aktiva genom att underlätta information och kunskapsspridning.

Några avslutande kommentarer

Utvärderingen av SKL:s metodutvecklingsarbete har haft ett brett upplägg i syfte att fånga in och belysa olika aspekter av implementeringen av case management. Hur kan man då summera metodutvecklingsarbetet, dess värde och dess betydelse?

Nya organisatoriska strukturer är under uppbyggnad

Tillämpningen av case management i de svenska kommunerna avviker i olika grad från grundmodellen case management enligt ACT. Detta är föga förvånande och kan ses som följderna av en översättning när en arbetsmetodik utvecklad i amerikansk storstadsmiljö ska implementeras i svenska kommuner och landsting. Oavsett avvikelser och programtrohet mot ACT-modellen kan konstateras att SKL:s metodutvecklingsarbete bidragit till att nya organisatoriska strukturer och arbetssätt är

under utveckling på regional och lokal nivå med fokus på ett mer samlat ansvar för vård, hjälp och stöd till människor med svåra psykiska problem och ett samtidigt missbruk. Case management innebär i sin tillämpning på denna målgrupp att människor som far mycket illa i samhället erhåller en uppmärksamhet de tidigare inte fått, att psykiatriska och somatiska vård- och behandlingsinsatser koordineras med sociala stödåtgärder till en för individen fungerande helhet. Därigenom kan både mänskliga och samhällsekonomiska vinster uppnås.

Fortsatt stöd behövs till metodutvecklingsarbetet

SKL:s metodutvecklingsarbete som inleddes hösten 2005 har efter snart tre år resulterat i case managementinspirerade arbetsmodeller som är under utveckling i ett antal kommuner och landsting. Processen har på sina håll varit relativt lång och snårig. Detta visar på nödvändigheten av ett långsiktigt perspektiv när ett arbetssätt ska implementeras som kräver nytt tänkande och utmanar etablerade rutiner och organisationsstrukturer. Uppvisade arbetsmodeller måste på flera håll betraktas som relativt sköra varför de lokala processerna behöver fortsatt stöd för att case management som arbetsmetodik ska hitta sina former, vinna stadga och stabilitet. Metodutvecklingsarbetets implementeringsorganisation behöver således bestå.

CM som ensamarbete bör undvikas

I de modeller som håller på att utvecklas arbetar på flera håll CM ensam eller i par med en kollega. Detta förhållande rymmer ett antal komplikationer som borde lyftas och tas på större allvar i metodutvecklingsarbetet. Från SKL:s projektledning har inte utgått några rekommendationer eller anvisningar i denna fråga som särskilt aktualiseras i mindre kommuner. En grundfråga är om case management överhuvudtaget är lämpligt att organisera som ensamarbete. Dels handlar det om verksamhetens sårbarhet genom beroendet av en enda person. Dels är det en arbetsmiljöfråga. Ensamarbetande CM saknar möjligheter till kollegialt stöd och utveckling i det dagliga arbetet. Det finns också en säkerhetsaspekt där klientarbetet är förenat med en problematik där den personliga säkerheten för CM måste vägas in i olika situationer. I mindre kommuner bör olika former av samarbeten i flerkommunkonstellationer sökas för att lösa ensamhetsfrågan.

Implementeringsorganisationen på lokal nivå behöver tydliggöras

Metodutvecklingsarbetet har haft olika framgång på lokal nivå. Där man inte kommit igång har oklarheter i organisation, brister i ledning och ansvarsfrågan bidragit till att implementeringen av case management stannat upp eller helt enkelt inte kommit igång. På motsvarande sätt, där man kommit långt i implementeringen av case management finns också tydliga och engagerade ledare som gått in, tagit ansvar och drivit på den lokala utvecklingen. Överhuvudtaget har implementeringen väckt ett antal frågor hos CM och deltagande aktörer som tenderat snurra runt och skapa förvirring då inget velat kännas vid eller ta ansvar för dem. En slutsats av detta är att implementeringsorganisationen behöver stärkas på den lokala nivån när det gäller klargörandet av var det interna ansvaret i organisationerna ligger, vem/vilka som har ansvar för implementeringen och för olika frågor besvaras och löses.

Referenser

- Alexandersson, K. (2006). *Vilja, kunna, förstå – om implementering av systematisk dokumentation för verksamhetsutveckling i socialtjänsten*. Akademisk avhandling, Örebro Studies in Social Work, Örebro Universitet.
- Anthony, W., Cohen, M., & Farkas, M. (1996). *Rehabilitering av människor med psykiska funktionshinder*. Universitetsjukhuset MAS. Malmö.
- Baldwin, M. (2000). *Case Management and Community Care*. Ashgate. Aldershot.
- Björkman, T. (2005). *Case Management; Att leva med psykiska funktionshinder - livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Studentlitteratur. Lund.
- Burns, T. & Firn, M. (2005). *Sambällsbaserad psykiatrisk vård*. Lund.
- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F.C., Clark, R.E., Rickards, L. (2001). "Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness." *Psychiatric Services* 52(4): 469-76.
- Ekermo, M., & Zovko, D. (2007). *Att utbilda vävare och bygga vävstolar samtidigt - Utvärdering av Sveriges Kommuner och Landstings metodutvecklingsarbete med case management för människor med dubbla diagnoser*. Studies in Social Sciences. Arbetsrapport 2007:1. Mälardalens Högskola.
- Fixsen, D. L., Naoom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M., Wallace, F. (2005). "Implementation research: A synthesis of the literature." *The*

- National Implementation Research Network*. Louise de la Parte Florida Mental Health Institute. University of South Florida. Tampa, Florida, Health Institute.
- Goering, P.N., & Wasylenki, D. (1996). *Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry. Case Management*. W.R. Breaky. New York.
- Greenhalgh, T., Roberts, G., Bate, P., Macfarlane, F., Kyriakidou, O. (2005). *Diffusion of innovations in health service organisations. A systematic literature review*. Blackwell BMJ Books. Oxford.
- Guldbrandsson, K. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta - om implementeringens mödosamma konst*. Statens Folkhälsoinstitut.
- Hemgren, Å., Nordeström, R.-M. (2008). Inventering av personer med samtidigt förekommande missbruk/beroende och psykisk störning i Jönköpings län. Stencil. Jönköping.
- Holloway, F. (1991). "Case Management for the Mentally Ill: Looking at the Evidence." *The International Journal of Social Psychiatry*, 37(1): 2-13.
- Holloway, F., Carson, J. (2001). "Case Management: An Update." *International Journal of Social Psychiatry* 47(3): 21-31.
- Intagliata, J. (1982). "Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Ill: The Role of Case Management." *Schizophrenia Bulletin* 8(4): 655-674.
- Jenner, H. (2008). *Att undvika splittring i vården – om en utbildning med fokus på integrerad behandling för personer med missbruk och allvarlig psykisk störning*. Pedagogiska arbetsrapporter. Växjö Universitet. Institutionen för Pedagogik. Växjö.
- Johansson, Staffan (1995). *Verksamhetsbedömning i mjuka organisationer. Om kommunala ledares verksamhetsinformation och försök att finna mått på effektivitet inom social service*. CEFOS. Göteborgs universitet.
- Johansson, S., Löfström, M., Ohlson, Ö. (2000). *Projekt som förändringsstrategi: analys av utvecklingsprojekt inom socialtjänsten*. SNS. Stockholm.

- Johansson, S. (2004). *Implementering av BBIC-projektet i socialtjänstens organisationer: en studie av den lokala organiseringen av projektet Barns behov i centrum*. Delrapport från utvärderingen av projektet Barns behov i centrum.
- Lindström, E. (2002). "Evidensbaserad psykiatri." i Malm, U. (2002). *Case management. Evidensbaserad integrerad psykiatri*. Studentlitteratur. Lund.
- Mueser, K., Bond, G.R, Drake, R.E. & Resnick, S.G. (1998). "Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management." *Schizophrenia Bulletin*, 24(1): 37-74.
- Netting, E.F. (1992). "Case Management: Service or Symptom?" *Social Work* 37(2): 160-164.
- Palmstierna, T. (2004). *Behandling av personer med komplexa vårdbehov p.g.a. psykisk störning och missbruk*. Fokusrapport, Stockholms läns landsting.
- Palmstierna, T. (2006). Internt utbildningsmaterial, OH-bilder.
- Payne, M. (2000). "The Politics of Case Management and Social Work." *International Journal of Social Welfare* 9(2): 82-91.
- Pressman, J.L., Wildawsky, A. (1973). *Implementation*. University of California Press. Berkeley.
- Rapp, C.A. (1998). *The Strengths Model: Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness*. Oxford University Press. New York.
- Rasmusson, B. (2004). *Barnavårdsutredningar på nya grunder*. Meddelande från Socialhögskolan. Socialhögskolan. Lund.
- SBU (2001). *Behandling av alkohol och narkotikaproblem*. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Stockholm.
- Smith, T.B. (1973). "The Policy Implementation Process." *Policy Sciences* 4: 197-209.
- Socialstyrelsen (1999). *Personer med svår psykisk störning och missbruk*. Psykiatriuppföljningen 1999:1. Socialstyrelsen. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2004). *Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem. En långtidsuppföljning av Social-*

- styrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatrireformen. Socialstyrelsen. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2005). *Personligt ombud 2000-2004*. Socialstyrelsen. Stockholm.
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Stockholm.
- Van den Hombergh, Grol, R., van den Hoogen, HJM, van den Bosch, WJHM. (1999). "Practice visits as a tool in quality improvement: mutual visits and feedback by peers compared with visits and feedback by non-physician observers." *Quality Health Care* 8(3): 161-6.
- Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Studentlitteratur. Lund.

Förteckningarna nedan tar upp rapporter som har publicerats inom ramen för Institutionen för Samhälls- och Beteendevetenskap (ISB), dels i Centrum för Välfärdsforskning (CVF) skriftserie och dels i den aktuella skriftserien Studies in Social Sciences (SiSS).

Utgivna rapporter i skriftserie A, Centrum för välfärdsforskning

- Nr 1, 1997 Axelsson, Christina. *Hela kedjan. Ett samverkansprojekt för ensamstående mödrar med långvarigt bidragsberoende i Eskilstuna kommun.* November 1997.
- Nr 2, 1998 Karlsson, Ove. "Två tu sen ett" – *Utvärdering av förarbete och start av sammanslagningen mellan Mälarsjukhuset och Kullbergska sjukhuset.* September 1998.
- Nr 3, 1998 Nylund, Katarina. *Framväxten av det multikulturella Västerås. Invandrapolitikens utveckling under efterkrigstiden.* November 1998.
- Nr 4, 2000 Ekermo, Mats. *Lika men ändå Olika. En empirisk utforskande studie av FoU-enheter inom socialt arbete.* December 2000. Rapporten finns i Socialstyrelsens skriftserie, SoS-rapport 2000:10. (Enbart som pdf-fil).
- Nr 5, 2000 Sidebäck, Göran, Sundbom, Lars och Vikenmark Stefan. *Arbetslöshet och sysselsättning bland invandrare. Analyser av situationen i Mälardalen och Sverige baserad på registerdata.* Dec. 2000. (Även som pdf-fil.)
- Nr 6, 2002 Sidebäck, Göran och Jonson, Tola. *När man inte själv räcker till. Analys av missbruksbehandling och sjukskrivningsmönster för klienter vid Vårnäs behandlingshem.* Mars 2002. (Även som pdf-fil.)
- Nr 7, 2004 Sidebäck, Göran och Sundbom, Lars. *Bruk av offentliga försörjningssystem. En analys av förhållandena i Västmanland efter 1990.* Mars 2004. (Även som pdf-fil.)
- Nr 8, 2004 Karlsson Vestman, Ove. *Evaluation as learning. A study of social worker education in Leningrad County.* Sept. 2004. (Även som pdf-fil.)

Utgivna rapporter i skriftserie B, Centrum för välfärdsforskning

- Nr 1, 1994 Ekman, Birgitta. *Barns villkor. En sektorsövergripande fördjupningsstudie på kommunnivå.* Mars 1994.
- Nr 2, 1998 Axelsson, Christina. *Personal- och metodutveckling i Gaia-projektet.* April 1998.
- Nr 3, 1998 Jonsson, Bosse. *Folkbibliotekets tidlöshet. Lokala beslutsfattares synsätt på folkbibliotekets uppgifter i nio kommuner, i relation till centrala synsätt.* Projektet "Folkbibliotek i förändring" vid Statens Kulturråd. April 1998.

- Nr 4, 1998 Vestman, Cecilia. *Politikerstyre eller tjänstemannavälde? En fallstudie av beställar-utförandemodellen och sjukhusfusionen i Södermanlands läns landsting*. April 1998.
- Nr 5, 1998 Ekermo, Mats. *Kunskapsutveckling i socialt arbete. Ett samarbetsprojekt forskare – socialarbetare*. September 1998.
- Nr 6, 1998 Holtter, Irja. *Modersmålsundervisningen. Livsvärld och system – avlastning eller kolonialisering?* C-uppsats i sociologi våren 1998. September 1998.
- Nr 7, 1998 Aparicio, Ciro. *”Blå huset”. En utvärdering av ett rehabiliterings- och sysselsättningsprojekt i Arboga*. September 1998.
- Nr 8, 1999 Axelsson, Christina, Hoffstedt, Anna och Ungmark, Inger. *Resurscentra för kvinnor – en väg till tillväxt och välfärd?* Januari 1999.
- Nr 9, 1999 Söderberg, Inger. *Har kärnan upplevts som en resurs? – om ett projekt för kvinnor*. C-uppsats i sociologi hösten 1998. Januari 1999.
- Nr 10, 1999 Hort, Sven. E., Karlsson, Ove och Ozolins, Andrejs. *Latvian Welfare Reform Project*. Subcomponent 3 c. Kandava Pilot Project. Pre project Evaluation Report. Part I: Staff and Management. Jan. 1999.
- Nr 11, 1999 Unell, Elisabeth. Datorprat. *Utbildning i talstyrd dator – en utvärdering*. Mars 1999.
- Nr 12, 1999 Wreder, Malin. *Politiken och personalen. En historiesociologiska studie av statligt och landstingskommunalt arbetsgivarskap*. D-uppsats i sociologi hösten 1999. November 1999.
- Nr 13, 1999 Unell, Elisabeth. *Arbetslös – möjligheter på arbetsförmedlingen i Norberg*. December 1999.
- Nr 14, 1999 Axelsson, Christina och Ungmark, Inger. *Särskilda insatser för kvinnor. En studie av lokala resurscentramodeller i Södermanland och Västmanland*. December 1999.
- Nr 15, 1999 Blomberg, Helena. *Nyckeln till biblioteket. En utvärdering av projektet IT & Handikapp vid Eskilstuna stads- och länsbibliotek*. December 1999. (Även som pdf-fil.)
- Nr 16, 1999 Blomberg, Helena och Jonsson, Bosse. *Öppen skola – ett kunskapslyft på biblioteket. En studie av en verksamhet vid Örebro Stadsbibliotek*. December 1999.
- Nr 17, 1999 Hoffstedt, Anna. *Jämställdhet i ett regionalt perspektiv. En studie om kvinnors villkor i glesbygd/landsbygd och storstad/tätort*. D-uppsats i sociologi hösten 1999. December 1999.

- Nr 18, 1999 Ekhholm, Hans, Jonsson, Tola och Sidebäck, Göran. *Öppet intag – En väg till drogfrihet ? Rapport 1. Beskrivning av klienter vid Vårnäs behandlingshem*. December 1999. (Även som pdf-fil.)
- Nr 19, 2000 Lieberg, Mats, Forsberg, Mats och McDonald, Sine. *Youth Housing and Exclusion in Sweden. All reports*. Maj 2000. (Även som pdf-fil.)
- Nr 20, 2000 Axelsson, Christina och Ungmark, Inger. *Särskilda insatser för kvinnor. En studie av lokala resurscentramodeller och metodutveckling. Rapport 1 och 2*. Augusti 2000. (Även som pdf-fil.)
- Nr 21, 2000 Ekhholm, Hans, Jonsson, Tola och Sidebäck, Göran. *Öppet intag - En väg till drogfrihet ? Rapport 2 En jämförelse av klienter inom Öppet intag och andra behandlingsformer*. November 2000. (Även som pdf-fil.)
- Nr 22, 2000 Unell, Elisabeth och Sidebäck, Göran. *Myndighetsamverkan i praktiken. En utvärdering av Plus-AMA i Eskilstuna*. November 2000. (Även som pdf-fil.)
- Nr 23, 2001 Blomberg, Helena. *Det institutionella samtalet. En studie av mötet mellan välfärdsbyråkrat och medborgare på försäkringskassan*. D-Uppsats i sociologi, våren 2001. (Enbart som pdf-fil)
- Nr 24, 2001 Vuorinen, Mats och Sidebäck, Göran. *De säger – Vi behöver dig. Utvärdering av det socialpedagogiska projektet Astor i Eskilstuna*. September 2001. (Även som pdf-fil.)
- Nr 25, 2001 Holtter, Irja. *Borta bra men hemma bäst!. En studie av äldre bosnier och deras anhöriga i Hallstahammar*. November 2001. (Även som pdf-fil. Finns som projektredovisning i Anhörig 300, Socialstyrelsen.)
- Nr 26, 2002 Alm, Martin. *Hanteringen av missbruksproblematik vid mindre företag. En organisationsstudie*. Januari 2002. (Även som pdf-fil.)
- Nr 27, 2002 Blomberg, Helena. *Projekt Mötesplats Torshälla – en utvärdering av ett samverkansprojekt mellan Torshälla Stads förvaltning, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Landstinget*. Juni 2002. (Även som pdf-fil.)
- Nr 28, 2002 Sidebäck, Göran, Sundbom, Lars och Törnqvist, Tommy. *Kunskap för mångfald och utveckling – en förstudie. Ett av EU delfinansierat mål 2-projekt*. Oktober 2002. (Även som pdf-fil.)
- Nr 29, 2003 Aparicio, Ciro. *Diktaturens vålnad. Spåren av repression bland Bolivias tortyroffer och deras anhöriga i exil*. September 2003. (Även som pdf-fil.)
- Nr 30, 2003 Sandberg, Håkan. *Familjeläkarnas syn på sin roll som sjukskrivare*. December 2003. (Även som pdf-fil.)

- Nr 31, 2004 Sandberg, Håkan. *Arbetsklimat och teamarbete. Slutrapport i projektet Arbetsklimat och problemlösning*. Mars 2004. (Även som pdf-fil.)
- Nr 32, 2004 Erlandsson, Sara och Gustafsson, Mikael. *ArbetsDaxrehabilitering av psykiskt funktionshindrade. Utvärdering av en verksamhet i samverkan mellan landstinget, kommunen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i Eskilstuna*. Juni 2004. (Även som pdf-fil.)
- Nr 33, 2005 Zovko, Davor. *En välinvesterad asyltid. En pedagogisk utvärdering av MIA-projektet*. September 2005. (Även som pdf-fil.)
- Nr 34, 2006 Carlson, Susanne & Jäder, Julia. *Möjligheter och hinder för samarbete mellan kommun och landsting. En utvärdering av Stockholms läns diabetespreventiva program*. (Även som pdf-fil.)
- Nr 35, 2006 Hallqvist, Anders. *Uppdrag familjehem. Ett svensk-ryskt utvecklingsprojekt utvärderas*. (Även som pdf-fil.)
- Nr 36, 2006 Andersson, Karin & Jonsson, Bosse. *Delaktighet och utveckling. En uppföljning av första året med DU-projektet vid Vuxenförvaltningen i Eskilstuna*. (Även som pdf-fil.)
- Nr 37, 2006 Antal-Lundström, Ilona. *Eстетiska aktiviteter som pedagogiskt redskap. Rapport från ett pågående interkulturellt skolutvecklingsprojekt*. Maj 2006. (Även som pdf-fil.)
- Nr 38, 2006 Svensson, Roland. *Att organisera lärande och organisationer. Slutrapport från ett projekt för att reformera de psykoneurologiska internatbarnen i Leningrads län*. (Även som pdf-fil.)

Utgivna rapporter i skriftserie C, Centrum för välfärdsforskning

- Nr 1, 1994 Karp, Håkan. *Det svenska välfärdssamhället under förändring. Några röster för och emot*. Oktober 1994.
- Nr 2, 1995 Karp, Håkan. *Some contributions to the debate of the welfare state*. Paper presented at the 4th international Conference for comparative studies on social welfare at The Welfare Research Centre, Eskilstuna. Sweden. September 1994.
- Nr 3, 1996 Apelmo, Per. *Uttryckande Konstterapi – en presentation inklusive exempel på olika former av tillämpning*. Maj 1996.
- Nr 4, 1996 Andersson, Eva och Svensson, Thomas. *Risikfaktorer för långtidssjuk-skrivning – handläggningsrutiner och ärendehantering*. Februari. 1996.
- Nr 5, 1996 Eikeland, Olav och Lundahl, Ingrid. *Utvärdering av Centrum för Välfärdsforskning*. December 1996.

- Nr 6, 1996 Swedner, Harald, Forsberg, Mats och Ventura, Fosco. *Some Reflections on our Core Ideas for the Activities at the International Welfare Research Centre in the Valley of Mälaren*. December 1996.
- Nr 7, 2000 Sidebäck, Göran och Vuorinen, Mats (red.). *CVF vid millennieskiftet. Historik, Verksamhet 1997 – 1999, Framtidsplaner*. April 2000. (Även som pdf-fil.)
- Nr 8, 2001 Sidebäck, Göran och Vuorinen, Mats (red.). *CVF år 2000. Regional samverkan. Framtidsplaner. Konferensrapport – Valfärdsdagen. Verksamhet*. April 2001. (Även som pdf-fil.)
- Nr 9, 2002 Sidebäck, Göran, Sundbom, Lars och Svensson, Roland (red.). *Projektarbete i lokala samverkansgrupper – Dokumentation från en utvärderingscirkel för projektledare och projektmedarbetare i lokala samverkansprojekt*. Maj 2002. (Även som pdf-fil.)
- Nr 10, 2004 Darvishpour, Mehrdad (red.). *Sociologiska texter om familj, etnicitet, feminism och rasism*. November 2004. (Även som pdf-fil.)

Utgivna rapporter från Centrum för välfärdsforskning utanför skriftserierna A, B och C, samt rapporter utgivna av ISB

- Andersson, E. Svensson, T. (1996). *Risikfaktorer för långtidssjukskrivning – handläggningsrutiner och ärendehantering*. Med FoU-enheten Landstinget Sörmland. (Finns ej som pdf-fil.)
- Karlsson, O. (1996). *Petrus. Slutrapport i projekt för utveckling av program för utvärdering och uppföljning av barnomsorg i Västmanlands län*. Västerås: Med Länsstyrelsen och Västmanlands kommunförbund. (Även som pdf-fil.)
- Karlsson, O., & Kullberg, C. (1998). *Slutrapport och granskning av "Triaden-projektet". En samverkan kring utvärdering i Eskilstuna kommun, Västerås stad och Örebro kommun*. Med Örebro universitet, socialt arbete. (Även som pdf-fil.)
- Karlsson, O. & Juhlin-Svensson, A-C. (1999). *Utvärdering av IT-projekt i Kristianstad län*. (Även som pdf-fil.)
- Karlsson, O. & Hopstadius, M. (2000). *Gränsöverskridande lärande. Utvärdering av utbildning för socialarbetare i Leningrads län*. Med Sida. (Rapporten finns översatt till ryska, finns ej som pdf-fil.)
- Karlsson, O. (2001). *Lärande utvärdering. Slutrapport vid granskning av utbildning för socialarbetare i Leningrads län*. Med Sida. (Även som pdf-fil.)
- Karlsson, O., Ax, M., & Andersson, E. (2002). *Utvärdering av Blommanprojektet i Eskilstuna*. Eskilstuna: Mälardalens högskola. Institutionen för samhälls- och beteendevetenskap. (Även som pdf-fil.)

- Karlsson, O., Andersson, I. M., & Niklasson, L. (2002). *Distum:s högskoleprojekt. En metautvärdering*. Eskilstuna: Mälardalens högskola. Institutionen för samhälls och beteendevetenskap. (Även som pdf-fil.)
- Danielsson, M., & Hertting, N. (2007). *Utvärdering av Stadsdelsförnyelsen. Slutrapport från Mälardalens utvärderingsakademi 2007*. Eskilstuna/ Västerås: Mälardalens högskola, Institutionen för samhälls- och beteendevetenskap. (Även som pdf-fil.)
-

Studies in Social Sciences

Forskningsrapporter

- 2007:1 Karlsson Vestman, Ove, Sedigh, Mehdi, Månsson, Niclas, Jäder, Julia. *Ett välstämt piano – till rätt melodi?*
- 2008:1 Helldahl, Per. *Hopp-Jerkas återkomst? Synen på arbetskraftens rörlighet från 1940-talet till idag.*
- 2008:2 Törnqvist, Tommy. *Från högskola till arbete. En intervjustudie om högskoleutbildades etableringsprocess på arbetsmarknaden.*
- 2008:3 Månsson, Niclas. *Röster om delaktighet. En kvalitativ studie om ungdomars uppfattning av och chanser till samhällelig delaktighet.*
- 2008:4 Sundbom, Lars och Sidebäck, Göran. *Utbildningssamhällets underklass? En registerstudie om unga vuxna med låg utbildning.*

Arbetsrapporter

- 2007:1 Ekermo, Mats, Zovko, Davor. *Att utbilda vävare och bygga vävstolar samtidigt. Utvärdering av Sveriges Kommuner och Landstings metodutvecklingsarbete med case management för människor med dubbla diagnoser.*
- 2008:1 Ekermo, Mats och Beckman, Linda. *Det räcker inte med en bra idé. Utvärdering av Sveriges Kommuner och Landstings metodutvecklingsarbete med case management för människor med dubbla diagnoser.*

Rapporter och annan information i pdf-format kan hämtas från

CVF:s hemsida: <http://www.mdh.se/isb/cvf/publikationer/index.html>.

MEA:s hemsida: <http://www.mdh.se/isb/mea/publikationer.shtml>.

ISB:s hemsida: <http://www.mdh.se/isb/forskning/publikationer/studies.shtml>.

Rapporterna kommer att finnas i det Digitala Vetenskapliga Arkivet.

DiVA:s hemsida: <http://www.diva-portal.org/>.

I DiVA finns avhandlingar och andra publikationer i fulltext från ett antal nordiska universitet och högskolor. Publikationerna är lagrade i pdf-format. DiVA har utvecklats av Enheten för digital publicering vid Uppsala universitetsbibliotek.

DET RÄCKER INTE MED EN BRA IDÉ?

Våren 2005 gick Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ut med en intresseanmälan till landets kommuner och landsting att delta i ett metodutvecklingsarbete. Tre regioner med tillhörande landsting och kommuner deltog i projektet. Utvecklingsarbetet var inriktat på målgruppen människor med svåra psykiska problem och samtidigt missbruk, s.k. dubbeldiagnoser eller samsjuklighet. Metoden som skulle införas var case management, en teambaserad behandlingsmodell med en s.k. case manager som spindeln i nätet. Utvärderingen har följt implementeringen med ett brett upplägg och genomförts i två steg. I en delrapport våren 2007 "Att utbilda vävare och bygga vävstolar samtidigt" summerades processen och dittills uppnådda resultat. Delrapportens titel visar på ett komplext projekt där många delar måste komma på plats för att det nya arbetssättet ska kunna tillämpas. I denna slutrapport görs en samlad analys och bedömning av implementeringen och uppnådda resultat fram till våren 2008. Slutrapportens titel "Det räcker inte med en bra idé" vill rikta uppmärksamheten på implementeringsproblematiken i projektet. Utöver case management utgörs utvärderingens teoretiska perspektiv av implementeringsteori.



Mats Ekermo

Mats Ekermo är fil.dr. och universitetslektor i socialt arbete

Linda Beckman är fil.mag. i folkhälsovetenskap och från hösten 2008 doktorand vid Karlstads universitet



Linda Beckman

En rapport från Mälardalens utvärderingsakademi

Studien har utförts inom ramen för den verksamhet som Mälardalens utvärderingsakademi (MEA) bedriver. Forskningsgruppen vid MEA är en självständig grupp bestående av forskare från olika ämnen och discipliner. MEA studerar utvärdering som verksamhet och socialt fenomen och utvecklar teorier och metoder för utvärdering. Forskningens huvudsakliga fokus är att kritiskt granska hur utvärdering används i politiska beslutsprocesser. Ansvariga för Mälardalens utvärderingsakademi är professor Ove Karlson Vestman.

www.mdh.se/isb/mea/



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås. **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna. **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se

ISSN 1654-0603

ISBN 978-91-86135-03-4