



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

CASE MANAGEMENT

ARBETSMODELLER OCH UPPGIFTER

PÄR OLSSON
JOACHIM TEVEBRING

Examensarbete i socialt arbete
51-60 p
Socionomprogrammet
Juni 2006

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs.mah.se

CASE MANAGEMENT

ARBETSMODELLER OCH UPPGIFTER

PÄR OLSSON

JOACHIM TEVEBRING

Olsson, P & Tevebring, J. Case management: arbetsmodeller och uppgifter. Examensarbete i socialt arbete 10 poäng. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, enheten för socialt arbete, 2006.

Case management: work models and tasks

Intresset för ämnet uppstod efter en lång yrkesverksamhet i människobehandlande organisationer och den brist på samverkan och förståelse för andra yrkesområdens perspektiv som framkommit i den dagliga verksamheten. En önskan att se hur samverkansarbetet praktiseras, hos dem i vars uppgifter samarbete över institutionsgränserna ingår som en central del. Syftet med uppsatsen var att undersöka hur case managers organiserar sitt arbete utifrån frågetällningarna: vilka uppgifter har en case manager? Hur beskriver de sin respektive arbetsmodell och vilka för- och nackdelar ser de med sitt arbete?

För att svara på frågorna genomfördes kvalitativa intervjuer med sju case managers i tre skilda arbetsmodeller: klinisk case management, personligt ombud och Assertive Community Treatment (ACT). Teoridelen består av en sammankoppling av de tre begreppen: biopsykosocialt perspektiv, samverkan och människobehandlande organisationer. Resultatet visade att en case managers grundläggande uppgift var att se till att de stöd- och behandlingsinsatser klienten har behov av utifrån ett biopsykosocialt perspektiv kommer klienten tillgodo. För att kunna göra detta krävdes bland annat att skapa en förtroendefull relation till klienten och att kunna se klientens behov utifrån ett biopsykosocialt perspektiv. Vidare krävdes en samhällsbaserad, uppsökande arbetsmetodik och tillgodoseende av klientens delaktighet i planeringen av stöd och behandling samt att arbetet kunde organiseras med en hög grad av självständighet utifrån klientens behov.

Nyckelord: ACT, arbetsmodell, case manager, evidensbaserad, klinisk case management, personligt ombud.

FÖRORD

Vi vill framförallt tacka samtliga informanter som givit inte bara av sin tid utan också av sin omfattande kunnsighet och djupa engagemang. Ett stort tack till er alla.

Informanterna och deras chefer skall även ha ett tack för att de haft vänligheten att överse med pappersexercisen från Malmö högskolas etiska råd.

Tack till Ann-Christine Gullacksen för handledning.

Det viktigaste perspektivet saknas i denna uppsats: klientens. Detta beror på att de klientgrupper som berörs i denna uppsats befinner sig i någon form av stöd- och/eller behandlingsinsats. Malmö Högskola finner det då olämpligt för sina sista termins studenter att ha kontakt med dessa i syfte att skriva en c-uppsats. Vi vill ändå passa på att rikta ett tack till alla de klienter vi träffat i våra arbeten under årens lopp. Tack för era synpunkter, önskemål, åsikter och diskussioner som varit inspirationen till att titta närmare på detta område.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING	6
1.1 Problemformulering	6
1.2 Syfte	7
1.3 Frågeställning	7
1.4 Begreppsdefinitioner	7
1.5 Disposition	8
2 METOD	9
2.1 Metodval	9
2.2 Bearbetning av det empiriska materialet	10
2.3 Urval	10
2.4 Genomförande och avgränsningar	11
2.5 Förförståelse	11
2.6 Validitet, reliabilitet och representativitet	11
2.7 Etiska reflektioner	12
3 TEORI	13
3.1 Biopsykosocialt perspektiv	13
3.2 Samverkan	14
3.3 Människobehandlande organisationer	15
3.4 Case management som arbetsmodell	15
4 CASE MANAGEMENT MODELLER	17
4.1 Standardmodeller	17
4.1.1 Mäklarmodell	18
4.1.2 Klinisk case management modell	19
4.2 Resursmodell	19
4.2.1 Personligt ombud	20
4.3 Assertive Community Treatment modell	21
4.4 Samarbetsnivåer i case management modeller	21
4.5 Evidensbaserad psykiatrisk vård	22
5 REDOVISNING AV INTERVJUER	24
5.1 Integrerad Närsjukvård Malmö	24
5.2 PO-Skåne	27
5.3 BOP-teamet	29
5.4 POM-teamet	30
6 RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS	34
6.1 Samverkan	35
6.2 Klientmängd	36
6.3 Evidensens motsägelser	38

6.4 Effektivitet	38
6.5 Organisatoriska problemområden	39
7 SAMMANFATTNING	40
8 SLUTORD	42
9 REFERENSER	44
BILAGOR	47
Frågeformulär I	48
Frågeformulär II	49

DIAGRAMFÖRTECKNING

Diagram 1 – Antal klienter per case manager: internationellt	17
Diagram 2 – Antal klienter per case manager: informanter	37

FIGURFÖRTECKNING

Figur 1 – Arbetsmodell för klinisk case management	16
Figur 2 – Mäklarmodell	18
Figur 3 - Klinisk case management modell	19
Figur 4 – ACT modell	21

1 INLEDNING

Efter att i åtskilliga år arbetat och praktiserat inom olika sektorer i både landsting och kommun, utifrån skilda perspektiv och arbetsuppgifter, har vi med tiden märkt svårigheterna hos de olika organisationerna att hantera problematik som berör områden utanför det egna. Exempelvis när en klient har problem socialt, psykiatriskt och ett missbruk. Efter att ha verkat i organisationer som utgått antingen från ett biomedicinsk synsätt, ett psykologiskt eller ett socialt känns det ibland förvånande att se hur omfattande handfallenheten emellanåt kan vara kring dessa klienter.

Att veta lite om närgränsade områden kan ha sin grund i respektive utbildning. Socionomutbildningen har sitt fokus på socialt arbete men berör lite om angränsande områden med tanke på att socionomer kommer i kontakt med dessa som till exempel kurator, socialsekreterare och behandlingsassistent.

Vi har därför valt att titta närmare på hur samverkan kan lösas organisatoriskt och utifrån ett helhetsperspektiv utifrån gruppen personer med psykisk störning. Då den sistnämnda gruppen inte är någon som uppmärksammas på vår utbildning har vi också velat lyfta fram den senaste utvecklingen vad gäller stöd- och behandlingsinsatser för denna grupp, i detta fall case management. Vi ville försöka finna vad det innebar och hur en lösning kan se ut på att överkomma fragmentiseringen av vårdinsatser från skilda sektorer.

1.1 Problemformulering

Under 1970- och 80-talen stängdes mentalsjukhusen i Sverige och psykiatrin övergick alltmer till en samhällsbaserad öppenvård. För att utvärdera effekterna av detta tillsatte regeringen en psykiatriutredning 1989 (SOU 1992:73). En av slutsatserna var att samhället brast i att tillhandahålla adekvat vård och stöd åt psykiskt störda (ibid). Det saknades alternativ för dem som skrivs ut när mentalsjukhusen stängdes. För att komma till rätta med detta föreslogs att personer med svår psykisk störning skulle få rätt till personligt ombud. Efter inspiration från USA och Storbritannien där case management användes som stödform (Socialstyrelsen, 14/2000).

Följden av psykiatriutredningens slutsatser (SOU 1992:73) blev att 1995 genomfördes psykiatrireformen och med den personliga ombud. Psykiatrireformen ställde krav på nya vårdformer och på samarbete mellan kommun och landsting. Innebörden var att svårt psykiskt störda personer skall vara delaktiga i samhället och kunna leva som andra. Kommunen fick det genomgripande samordningsansvaret för att psykiskt funktionshindrade har ett boende, meningsfull sysselsättning och viss rehabilitering. Landstinget behöll ansvaret för den medicinska vården (SFS 1982:763). Syftet med psykiatrireformen var att förbättra psykiskt funktionshindrades levnadssituation i samhället genom att de skulle ges samma möjligheter som alla andra medborgare till delaktighet i samhället, behandling, stöd och socialt liv.

När samordningen ska omsättas i praktiken för klienter med vårdbehov hos skilda huvudmän, som kommun och landsting, lägger ofta skilda organisationsstrukturer och synsätt hinder i vägen för att tillgodose klientens

behov av vård och stöd. Det organisatoriska samarbetet kring individer med psykisk störning brister, vilket konstaterats i en rad undersökningar (SoS-rapport, 1996, Socialstyrelsen 1999:5, Revisorerna i region Skåne, 2004, Nationell psykiatrisamordning, 2005). För att se problemområdet ur en annan synvinkel har vi valt att gå ett steg vidare, att istället se på hur samverkan fungerar när det finns personer vars uppgift är att överkomma samverkansproblem kring gruppen psykiskt störda, det vill säga case managers.

Case management som arbetsform tillkom efterhand som mentalsjukhusen stängdes. Behovet av stödfunktioner för individer med psykisk störning, som levde ute i samhället, skulle tillgodoses genom stöd med att navigera mellan organisationerna och i sitt dagliga liv. Från denna början har olika arbetsmodeller stegvis utvecklats, vilka kan delas in i tre huvudmodeller (Björkam, 2000):

- Standardmodeller, med dels den ursprungliga mäklarmodellen där case managern enbart hade en förmedlande funktion. Dels klinisk case management där case managern även kom att stå för en del av behandlingen.
- Resursmodellen är mer inriktad på stöd än behandling, i Sverige har den fått formen av personligt ombud.
- Assertive Community Treatment (ACT) modellen består av ett tvärdisciplinärt team av case managers, till skillnad från föregående arbetsmodeller som i huvudsak bygger på ensamarbete. Kännetecknande för ACT är tanken att huvuddelen av behandlingsinsatserna ges av teamets egen personal. En variant av ACT är Intensive Case Managements (ICM) med skillnaden att behandlingen ges av en person och inte ett team.

1.2 Syfte

Syftet med detta arbete är att undersöka hur case managers organiserar sitt arbete samt vilka uppgifter de har beroende på organisation och arbetsmodell. För att precisera detta syfte har två frågeställningar ställts upp.

1.3 Frågeställning

- Vilka uppgifter har en case manager?
- Hur beskriver informanterna respektive arbetsmodell och vilka för- och nackdelar ser de med sitt arbete?

1.4 Begreppsdefinitioner

Det används olika begrepp i olika sammanhang för psykiska problem. Begreppet psykisk sjukdom används i huvudsak i sammanhang som rör enbart behandlingsinsatser och mer sällan för stödsatser (Brusén, 2005). Ett antal av de klientgrupper som berörs i de olika case management modellerna kan ej sägas ha ett psykiskt problem av den allvarliga och långvariga digniteten att det kan betecknas som ett psykiskt funktionshinder. I denna uppsats används termen psykisk störning. Undantaget vid hänsyftning på en specifik lagstiftning, studie eller när informant använder en annan term.

Med svår psykisk störning avses djupgående depressioner, ångestillstånd, svåra personlighetsstörningar och andra neurotiska störningar som ger nedsatt psykisk funktionsförmåga. Vid svår psykisk störning är funktionsförmågan nedsatt, vilket

visar sig i svårigheter att delta i arbetslivet och i sociala aktiviteter (SoS-rapport 1996:14). En svår psykisk störning är bestående över en längre tid och medför betydliga hinder i individens dagliga liv.

Patient är en person som på grund av sjukdom eller jämförbart tillstånd har kontakt med hälso- och sjukvården i avsikt att få någon form av råd, behandling eller omvårdnad (Nationalencyklopedin, 1994). Klient definieras vanligtvis som en hjälpsökande person inom socialtjänsten. Burns & Firn (2005) hävdar att ordet är att föredra både inom socialtjänsten och sjukvården för att det associerar till att individen har kontroll över skeendet och att det existerar en relation som inte enbart är medicinsk. På grund av den medicinska kopplingen till begreppet patient används i denna uppsats genomgående termen klient. Undantaget för detta är i redovisningen av det empiriska materialet då informanterna diskuterade kring målgruppen som klienter eller patienter beroende på sammanhang.

Case management begreppet är svårgripbart då det kommit att rymma ett antal olika funktioner utgående från ett antal skilda arbetsmodeller. Ursprungligen var case managerns funktion att samordna tillgodoseendet av behandling och stöd för individer med svår psykisk störning. En grundläggande funktion som bibehållits, under arbetsmodellernas utveckling. Efterhand har case managern alltmer även blivit behandlare men stödfunktionen har bibehållits i samtliga arbetsmodeller. För att kunna applicera en enhetlig definition på samtliga modeller definieras case manager, i denna uppsats, som en person som är anställd med uppdraget att uppskatta klientens vårdbehov, att samordna, planera och säkerställa att detta kommer klienten tillgodo samt bevaka dennes intresse.

Personligt ombud var ursprungligen en försvenskning av begreppet case manager som användes i regeringens proposition (1993/94:218) om psykiskt stördas villkor. I propositionen (ibid) fick personligt ombud en specifik arbetsroll. Efterhand som case management har införts i Sverige har det kommit att inkludera fler arbetsmodeller än det som ryms inom personligt ombud.

1.5 Disposition

I det inledande kapitlet förklaras varför vi fann ämnesområdet intressant, hur det problematiserades och vilka begrepp som berörs. Därefter följer metoden där det redogörs för hur urvalet av material skett, hur det samlats in och bearbetats samt etiska överväganden och begränsningar. I tredje kapitlet kopplas tre teoretiska begrepp; biopsykosocialt perspektiv, samverkan och människobehandlande organisationer samman till en teori som leder fram till en förklaring av case managements innebörd. Därefter görs en teoretisk genomgång av hur de skilda case management modellerna är uppbyggda baserad på litteratur inom ämnet samt en genomgång av evidensbaserad psykiatrisk vård.

I femte kapitlet redovisas de intervjuer, på vilka uppsatsens empiriska del bygger på. De genomfördes med representanter för tre olika case management modeller. Därefter följer resultat och analysavsnitt i vilken empirin kopplas samman med tidigare forskning och teori. I sjunde kapitlet sammanfattas uppsatsens resultat. Därpå följer ett slutord med reflektioner över ämnet och förslag till fortsatt forskning.

2 METOD

Metodredogörelsens syfte är att ge möjlighet för läsaren att själv kunna se rimligheten och generaliserbarheten i uppsatsens resultat och tolkningar. Att ge en kollektiv kunskap som andra kan ta del av, kontrollera och bygga vidare på (Wallén, 1996). För att ytterst kunna reproducera arbetet och få ett överrensstämmande resultat. Teorin kan uppfattas och i viss mån vara en avsiktlig förenkling av ämnet för att se ett större sammanhang men den bygger också på antaganden som överskrider det direkt observerbara (ibid). För att förstå och få perspektiv på nästföljande kapitel om teori bör därför först en grundläggande diskussion och redogörelse av uppsatsens metod genomföras, utan den kan inte validiteten och reliabiliteten prövas och inte heller någon reproduktion ske.

2.1 Metodval

Uppsatsen har en utforskande inriktning för att därigenom söka förstå case management. En explorativ ansats har anlagts (Rosengren & Arvidson, 2002), i betydelsen att söka kunskap om ett visst fenomen, att försöka se vad case management innebär. Den utforskande ansatsen ligger nära den hermeneutiska, som kommit att genomsyra arbetet. Hermeneutiken är förståelseinriktad, det är tolkningen av materialet som i huvudsak utgör metoden (Gilje & Grimen, 1993).

Ett utmärkande drag för den kvalitativa metoden är att insamling och analys av data inte kan separeras (Rosengren & Arvidson, 2002). Det är både nödvändigt och oundvikligt att kontinuerligt tolka det som sägs i en samtalsintervju. Bearbetningen av materialet har därför börjat redan under materialinsamlandet. Den personliga intervjuformen har använts som datainsamlingsmetod. Öppna frågor ger en förhållandevis nära relation till informanten, vilket förhoppningsvis leder till att han eller hon öppnar sig så mycket som möjligt i samtalet. Informanterna får en möjlighet att inverka på samtalets innehåll och ge uttryck för detaljer de anser vara betydelsefulla. Vilket är viktigt då det är informanten som sitter inne med den kunskap och information som efterlyses (ibid).

Vid personlig intervju föreligger en risk att informanten ger tillrättalagda svar på frågorna men å andra sidan uppvägs detta av att informanten både beskriver och tolkar den aktuella verkligheten med sitt språk. Under intervjuerna har frågorna ställts som de är skrivna i frågeformulären (bilaga 1 och 2), halvstrukturerat, med möjlighet för informanten att utveckla sina svar och för intervjuaren att ställa följdfrågor.

Eftersom intervjuerna var personliga fanns risken att det skulle uppstå en intervjuareffekt (Rosengren & Arvidson, 2002). Att intervjuaren interagerar med informanten på ett sätt som gör att de gemensamt åstadkommer att svaren blir snedvridna genom ömsesidiga förstärkningar av varandras beteende och reaktioner. Detta kan också förstärkas genom selektiv perception (ibid); vad vi uppfattar av ett budskap bestäms av de förväntningar vi har på budskapet. Trots dessa invändningar anser vi att den personliga intervjuformen med öppna frågor var den bästa för att få fram det vi var ute efter; nämligen informanternas erfarenheter, uppfattning och syn på sin roll. Bundna svarsalternativ hade i alltför hög grad begränsat möjligheten att få fram ett brett spektra av material.

2.2 Bearbetning av det empiriska materialet

Datamaterialet har bearbetats genom tematisering. Texten har gått igenom upprepade gånger för att skönja teman och innebörden i dessa; de grundtankar, det centrala, som informanterna givit uttryck för. Sambandet mellan det vi ska tolka, vår förförståelse och det sammanhang det tolkas i kommer till uttryck i den hermeneutiska cirkelns princip. Textdelarna relateras till helheten, hela texten och texten till kontexten, det sammanhang som materialet kommer att presenteras i, och vice-versa (Svensson & Starrin, 1996). För att på så sätt kunna skönja de större sammanhangen och de eventuella inbördes relationer som finns mellan de olika case management modellerna. För att ge form och struktur åt materialet har vi valt att redovisa det beskrivande. Analysen av intervjuerna har skett genom att först se på dem som en helhet, deras övergripande struktur. För att sedan bryta ned dem i beståndsdelar och pröva dessa delar i relation till helheten, kontexten, för att se eventuella förändringar av denna i skenet av delarna.

2.3 Urval

De olika case management modeller vi studerar ligger till grund för vårt val av informanter då vi ansett det vara relevant att ha representanter för varje arbetsmodell. Något vi ej lyckats fullt ut med, det saknas representanter för mäklarmodellen och en ACT variant: ICM. En förklaring till detta kan vara att mäklarmodellen idag ses som daterad och inte används i någon större omfattning för den klientgrupp, personer med psykisk störning, vi valt att fokusera på. Bortfallet av ICM kan bero på att den är så pass ny och ovanlig att den ännu ej praktiseras i Sverige. Inom klinisk case management intervjuades två personer, inom resursmodellen två personer, och inom ACT modellen tre personer.

Informanters namn är ej utskrivna utan fingerade till bokstäver. Placeringen av de respektive arbetsplatserna under respektive case management modell har gjorts av författarna på basis av den information som framkommit under intervjuerna.

- Informanterna A och B har placerats under klinisk case management. Båda har arbetat i verksamheten sedan den startade. Person A har tidigare arbetat inom barn- och ungdomspsykiatrin. Person B har tidigare erfarenhet av psykiatriskt arbete i ett flertal kommuner.
- Informanterna C och D har placerats under resursmodellen. Båda har högskoleutbildning inom social omsorg. Informant C arbetar som personligt ombud i en mindre kommun. Informant D arbetar som personligt ombud i Malmö och har tidigare arbetat inom LSS.
- Informant E har placerats under ACT-modellen. Informant E är sjuksköterska och verksamhetschef.
- Informant F och G har placerats under ACT-modellen. Informant F är socionom och för närvarande tjänstledig men arbetade i teamet de två första åren då det var ett försöksprojekt. F har tidigare varit verksam som kurator inom psykiatrin. Informant G är sjuksköterska och har arbetat inom teamet sedan dess start.

Kontakten med intervjupersonerna har dels förmedlats genom nyckelinformanter som arbetar inom den integrerade psykiatriska vården i Skåne. Dels genom samtal med personal inom den psykiatriska vården inom Region Skåne och Malmö Stad vilket i sin tur lett vidare till kontakter som arbetar inom någon form av case management.

2.4 Genomförande och avgränsning

Intervjuerna genomfördes på respektive informants arbetsplats, muntligt med riktat öppna frågor, under april och maj månad 2006. En intervju genomfördes per telefon på grund av det geografiska avståndet. Frågorna som ställdes redovisas i frågeformulären (bilaga 1 och 2). Det vägledande i utformningen av frågorna, vilka har en öppen karaktär, var en strävan att tydliggöra informanternas erfarenheter, attityder och uppfattningar kring sitt sätt att arbeta.

Då uppsatsen fokuserar på arbetsmodeller ur ett organisatoriskt perspektiv sker ej någon fördjupning av arbetsmetodik och det direkta klientarbetet. Arbetsmodellerna ses överskådligt i syfte att se sammanhang i utvecklingen och vad som utmärker respektive arbetsmodell i relation till de övriga istället för att fördjupa enskilda modeller.

2.5 Förförståelse

Båda författarna har arbetat inom ett flertal människobehandlande organisationer, en av dem utifrån samtliga perspektiv: biomedicinska, psykologiska och sociala. Ingen dem har arbetat inom någon form av modell eller metodik som inkorporerar alla tre synsätten och kompetenserna även om de präglats av synsätt och arbeten inom de skilda områdena tidigare. Något som till viss del har underlättat förståelsen av problematiken kring samverkan och nödvändigheten av att finna former för denna. Vi har försökt att medvetandegöra vår egen syn på ämnet när vi gått in i det och våra eventuella fördomar för att försöka nå en öppenhet inför nya tolkningsmöjligheter och ett ifrågasättande av vår egen förförståelse. Huruvida vi lyckats med detta är svårt att säga men medvetandet om förförståelsen i sig är en bit på vägen att komma tillrätta med den.

2.6 Validitet, reliabilitet och representativitet

Målsättningen för kvalitativ forskning är att finna betydelse och mening hos fenomen, snarare än mängd och egenskaper (Nylén, 2005). Validiteten utgör en kontroll av trovärdigheten, en försäkran att det finns empiriska belegg för det som påstås medan reliabiliteten innebär graden av tillförlitlighet hos empirin.

Genom att vi varit två intervjuare, i fem av sju intervjuer, har risken för feltolkningar och missförstånd minimerats. Intervjuerna har spelats in med bandspelare, båda intervjuarna har antecknat och varit aktiva under intervjuerna. Intervjufrågorna (bilaga 1 och 2) utarbetades för att uppnå samklang med studiens syfte. Även om samtalen med informanterna tilläts gå utanför frågeformuläret var vi noggranna med att hålla det inom ramarna för syftet.

En jämförelse har skett mellan hur det teoretiska och litterära materialet överensstämmer med det empiriska. Därmed jämförs informanternas uppgifter med vad forskningen säger om ämnet. Vilket torde öka validiteten även om det ej är någon garant för det.

För att säkra reliabiliteten har, i huvudsak, samma frågor ställts till samtliga informanter, undantagen utgör två frågor som berör ensam- respektive teamarbete, dessa är dock likartat utformade. Ytterligare två frågor har ställts till de

informeranter som arbetar inom team då frågorna endast berörde detta område. Vidare görs en omfattande redovisning av metodval, urval, bearbetning, avgränsningar, förförståelse och teoretiska utgångspunkter i syfte att klart och tydligt redovisa hur studien genomförts och varifrån den tagit sitt språng. Det empiriska materialet presenteras utförligt för att klargöra den grund studien vilar på. Så att läsaren själv har en möjlighet att sätta sig in i materialet och kunna göra sin egen tolkning. Arbetssättet har präglats av ifrågasättande och noggrann kontroll över materialet.

Antalet intervjuer är för få inom var arbetsmodell för att ses som representativa i ett vidare syfte: att de skulle gälla för flertalet. Mer än en informant har intervjuats inom respektive case management modell för att se om det fanns en inre överrensstämmelse inom respektive modell. Vilket ökar representativiteten något.

Ett problem som kan uppkomma i undersökningar är bortfall. Det externa bortfallet uppstår då intervjupersonen inte går att få tag i eller vägrar delta (Rosengren & Arvidson, 2002). Vid internt bortfall har personen deltagit men av någon anledning ej besvarat enstaka frågor. Vi har ej råkat ut för något bortfall, varken internt eller externt, under arbetets gång.

2.8 Etiska reflektioner

Vid var initialkontakt med informant och respektive verksamhetschef har en muntlig information om uppsatsen givits vilken i nästa skede kompletterats skriftligen. Uppsatsen har, i stora drag, givits följande arbetsbeskrivning: att undersöka hur case managers organiserar sitt arbete samt vilka uppgifter de har beroende på arbetsmodell. I informationen har även ingått projektansvarigas namn, institutionsanknytning, att deltagandet är frivilligt och att de uppgifter som insamlats inte kommer att användas i något annat syfte.

Genom den information som vi har gett våra intervjupersoner i inledningsskedet har vi förberett dem på syftet med studien och vilka de centrala frågeställningarna varit. Därigenom har de tydligt förberetts på intervjuens innehåll. Deltagarna i undersökning är anonyma i det skrivna materialet. Informanterna har även delgetts att deras medverkan kan avbrytas när som helst. Vi anser att intervjupersonerna har varit i en sådan ställning att de vet vad som är relevant information att delge utan att någon kommer till skada eller blir illa berörd med avseende på klientarbetet.

3 TEORI

I detta avsnitt redogörs för uppsatsens teoretiska utgångspunkter, ett försök att förklara en viss del av de erfarenheter som hör till verkligheten. En teori består av en uppsättning begrepp och de relationer som kopplar samman dessa begrepp leder till en förklaring. Vi har valt att koppla samman tre grundläggande begrepp som leder fram till en förklaring av vad case management innebär. Det första begreppet är det biopsykosociala perspektivet: att exempelvis tala om att se till helheten säger inget om man inte vet vad delarna består av. Det andra begreppet är samverkan: vad det är, varför det är viktigt och vilka hinder som finns. Det tredje begreppet är människobehandlande organisationer, det är en rad organisationer som krävs för samverkan kring klientgruppen. Nedan beaktas vad de har gemensamt och under vilka förhållande de verkar.

Dessa begrepp utgör kategorier som rör sortering, strukturering och lagring av erfarenheter. Begrepp är idéer som skapas i en abstraktionsprocess; att avskilja och bortse från. Det innebär att begrepp skapas i medvetandet på grundval av upplevelser av konkreta situationer eller av det som andra berättar (Hatch, 2002). Teori har alltid sin utgångspunkt i verkligheten och kan ses som ett led fram till det empiriska materialet. För att tolka empirin bör först vissa grundläggande begrepp förklaras och kopplas samman till en förklaring.

3.1 Biopsykosocialt perspektiv

Case management präglas av en helhetssyn grundad i det biopsykosociala perspektivet. Det mänskliga beteendet grundas på tre nivåer (Larsson & Malm, 2002) som reflekteras i den funktion en case manager har, antingen som förmedlare av vårdinsatser, stöd eller som behandlare:

1. Biologiskt; nedärvda och neurobiologiska anlag. Yrkesdisciplinärt tillhandahålls kompetensen av exempelvis läkare och sjuksköterskor.
2. Psykologiskt, även om vi delvis styrs av vårt genetiska arv så är vi inte förprogrammerade till att agera och tänka på ett visst sätt. Vi är olika individer med olika livserfarenheter vilket ger oss skilda motivationer och perspektiv. Kompetensen finns hos till exempel psykiatriker och mentalskötare.
3. Socialt, de förutsättningar vårt liv ges av omgivningen; arbete, bostad, ekonomi etcetera. Kunskapen för att navigera och verka i samhället tillhandahålls av exempelvis socialsekreterare och kuratorer.

Syftet med en case managers funktion är att lyfta fram klientens subjektiva upplevelser och relatera dem till yttre sociala och inre biomedicinska och psykologiska faktorer så att de kan beaktas i planering och beslutsfattande om stöd- och behandlingsinsatser. Inriktningen på behandling utifrån ett biopsykosocialt perspektiv avser att täcka allt, i en enhet, från exempelvis medicinering till arbetsrehabilitering.

Den biopsykosociala synen på individen möjliggör en förbättring av möjligheten att hjälpa individer med mer komplexa psykiska störningar, som exempelvis psykoser och dubbeldiagnoser, som tidigare ansetts svårbehandlade och med små möjligheter till förbättring. För att nå dithän krävs att helheten ges eller samordnas av en organisation och att synsättet är detsamma oavsett om patienten behandlas

av sjuksköterska, psykiatriker, kurator eller socialsekreterare (ibid). En organisatorisk enhet som utgörs av en case manager eller ett case management team.

3.2 Samverkan

Samverkan definieras som att handla eller fungera gemensamt för ett visst syfte. Att samverka är inte att göra samma sak, utan istället att göra sin egen sak mer preciserat i ett större sammanhang. En fungerande samverkan stärker specialisten i sin roll på samma gång som den integrerar henne i den större helheten. Till skillnad från i var och ens handlande för sig, är det i samverkan, när specialister agerar tillsammans, som det frambringas en mer komplett verklighetsbild, då uppkommer helhetssynen.

Skillnader i kunskapsmönster, maktstrukturer och olika människouppfattningar försvårar samverkan. Exempelvis finns studier (Danermark & Kullberg, 1999) som visar hur den medicinskt utbildade personalens dominerande ställning tydliggörs och ger dem tolkningsföreträde då de har makten att diagnostisera och medicinera. Andra yrkeskårers kunskaper blir då bara ett komplement till det medicinska kunnandet. Inom socialtjänsten och psykiatrin bedöms klienter olika (ibid) då psykiatrin utgår från sjukdomsperspektivet där psykiska störningar är det huvudsakliga, medan socialtjänsten sätter individens funktionsgrad i centrum, utifrån ett normaliseringsperspektiv.

Kontrasten mellan de överensstämmande och de motstridiga intressena är grundläggande, när dessa möts kan en samverkansseffekt uppnås. Samverkan förutsätter förmågan att gå utanför sin egen utgångspunkt i sin organisations behov och specialistkunskap och använda sig av ett mer helhetsorienterat perspektiv. Ändamålet är att kunna komma så pass nära varandra att handlande mot det enhälliga målet uppnås men samtidigt hålla distans för att kunna bibehålla sin särart. Lärdom om varandra men inte sammansmältning (Socialstyrelsen, 1999:5).

Ett antal motiv kan urskiljas för att framhålla vikten av samverkan (Socialstyrelsen, 1999:5):

1. Effektivitet: samverkan skulle resultera i en större samhällsekonomisk vinst då uppgiften kan lösas mer effektivt. Innebär att bättre resultat uppnås till en lägre kostnad. En fördelaktig metod eftersom den verkar gynnsamt för skattebetalarna som anser sig få mer valuta för skattepengarna och följaktligen då också får ett ökat förtroende för den offentliga sektorn.
2. Verksamhet: en enskild aktör kan inte alltid lösa den psykiskt funktionshindrede individens problem, i arbetet är alla beroende av samverkan.
3. Etiskt: ett minskat lidande för den enskilde individen då en bättre samverkan innebär att dennes slussande mellan olika organisationer minskar. Både för klienten och den som arbetar för honom skulle samverkan få positiva följder. Klienten får ett mindre komplicerat förhållande till organisationerna och ett bättre liv. Personalen får en upplevelse av att deras ambitioner och bemödande ger resultat. Följden blir en större känsla av meningsfullhet och glädje till arbetet. En helhetssyn är till gagn för samtliga berörda parter i detta sammanhang.

3.3 Människobehandlande organisationer

Med termen människobehandlande organisationer avses organisationer, i första hand inom den offentliga sektorn, som ej drivs i vinstsyfte och är verksamma inom områdena hälsa, utbildning och sjukvård. Vad som kännetecknar dessa organisationers problemområden är att de (Larsson & Morén, 1988):

- ofta arbetar under ambivalenta målformuleringar då det är svårare att enas om hur välfärd och välbefinnande ska uppnås än hur till exempel en toaletsits ska tillverkas.
- Det är svårt att mäta resultaten av verksamheten; de mänskliga egenskaper som det är organisationens uppgift att förändra är svåra att mäta och observera, exempelvis är välbefinnande ofta en subjektiv upplevelse som skiljer sig från individ till individ.
- verkar i en föränderlig samhällsstruktur med en rad intressegrupper som var och en försöker uppnå sina värderingar och syften genom organisationen. Vilket gör det svårt för aktörerna inom verksamheterna att bestämma över sin egen utvecklingslinje eller ha kontroll över hur verksamheten ska förbättras.
- Människor är föränderliga vilket gör att de tekniker organisationen arbetar med innebär en hög grad av oförutsägbarhet i vad som kommer att uppnås.

Den huvudsakliga aktiviteten i människobehandlande organisationer består av relationen mellan den anställde och klienten. Det är innehållet i denna relation som i hög grad bestämmer vad som händer med klienten i organisationen. Kvalitén på denna relation är svårkontrollerad för organisationen då relationen är beroende av personliga egenskaper hos aktörerna (ibid). För att relationen ska vara kvalitativ och ge klienten det stöd och/eller den behandling hon behöver krävs att verksamheten har tydliga mål att omsätta i praktiken och en välutvecklad arbetsmetodik grundad i evidens. Saknas detta lämnar utvecklandet av relationen mellan klient och behandlare utrymme för ett godtycke som kan leda till att den vård som ges inom var organisation blir otydlig och kvalitén beroende av den enskilde aktören.

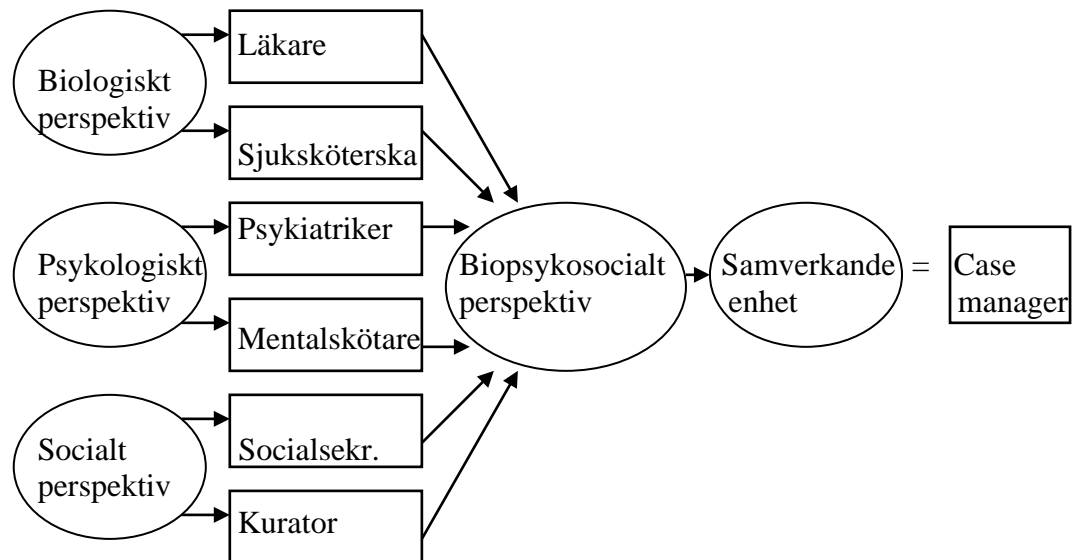
3.4 Case management som arbetsmodell

Är problematiken mångskiftande bör även kompetensen vara mångskiftande hos de som arbetar med klienten (Socialstyrelsen, 1999:5). Eftersom aktörerna i arbetet kring den psykiskt störde är många och med skilda perspektiv är det av stor vikt att ha en fungerande samverkan mellan dessa. Att finna en arbetsmodell där de olika perspektiven harmoniserar med varandra och där organisationerna kring den enskilde klienten kan samverka och koordineras. Att ställa klienten i centrum istället för de olika organisationerna och aktörerna, vilket görs när arbetet kretsar kring olika ideologier och definitioner av klienten (ibid).

För att kunna samverka utifrån skilda synsätt krävs ett gemensamt perspektiv utan att ge avkall på vikten av de enskilda synsätten. Det krävs också ett fortsatt tillvaratagande av kompetensen inom var och ens yrke. Samverkan handlar inte om en utjämning av kompetens där alla ska besitta samma kunskap men den kräver en viss grad av förståelse av övrigas kunskaper och utgångspunkter: att kunna se individen utifrån ett helhetsperspektiv. För att förtydliga vad helheten innebär, så att den blir definierbar, används termen biopsykosocialt perspektiv.

Nästa steg blir att finna en organisatorisk form att arbeta i. Att de resurser som finns att tillgå samordnas mellan de organisationer och myndigheter som är involverade i den enskilde individen. En organisatorisk enhet, en person eller ett team, som ansvarar för att resurserna nyttjas på bästa sätt.

Arbetsmodell för case management



Figur 1. Det är ett antal yrkesgrupper utgående från skilda perspektiv som ska samverka inom case management. Det första steget för att detta ska ske är att de tillägnar sig ett gemensamt helhetsperspektiv; det biopsykosociala, där även deras eget perspektiv ingår. Det andra steget innebär att finna en organisatorisk, människobehandlande, enhet i vars uppgift ingår att finna former för samverkan samt att det faktiskt genomförs, det vill säga en case manager.

4 CASE MANAGEMENT MODELLER

I detta kapitel görs först en genomgång av olika arbetsmodeller inom case management. Därefter följer en redovisning av vilka samverkansnivåer modellerna representerar. Slutligen sker en genomgång av den grund i evidensbaserad psykiatrisk vård som case management har.

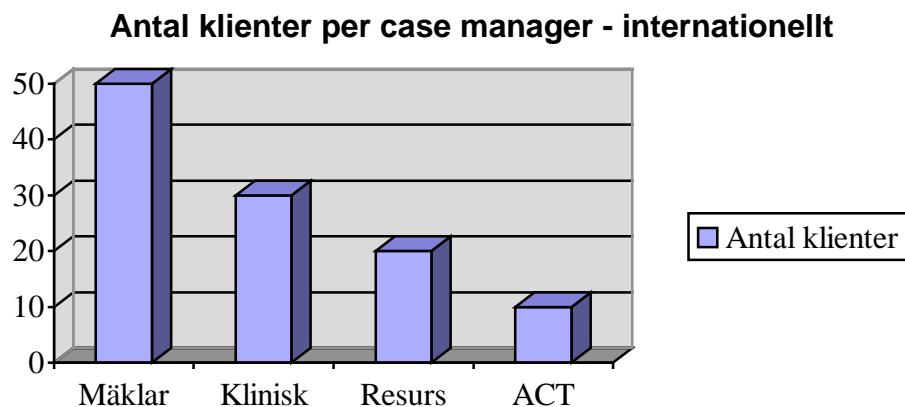


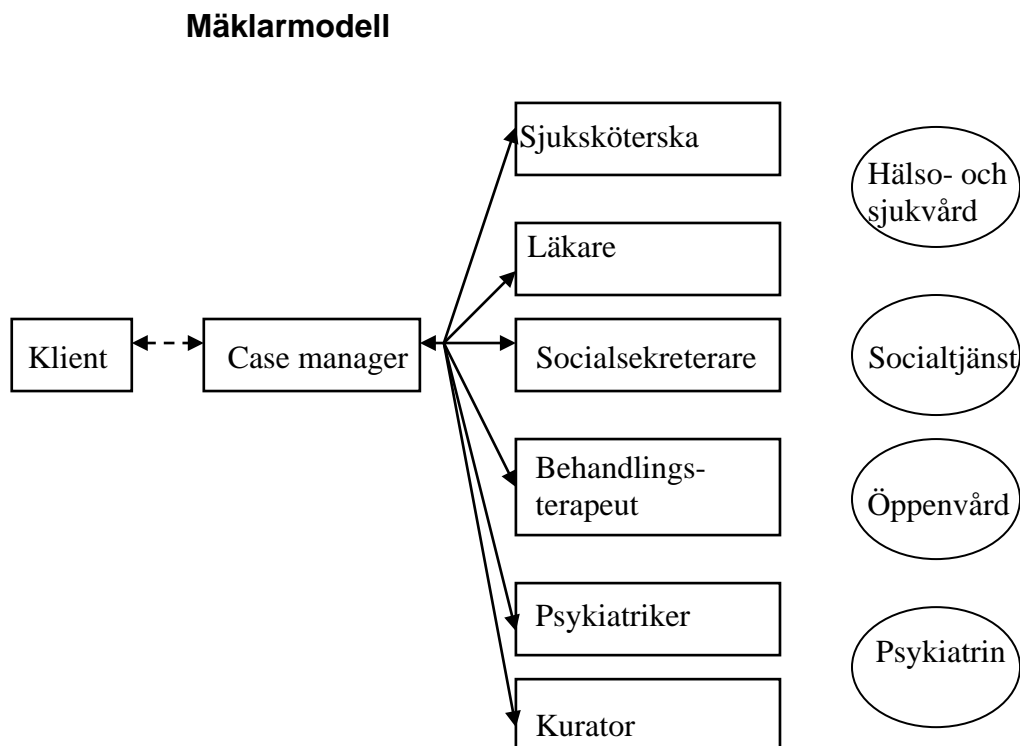
Diagram 1. Antal klienter per case manager, internationellt, i respektive modell (Björkman, 2000). Detta är cirka siffror, antalet klienter kan variera något men även med hänsyn till detta följer de utvecklingslinjen.

Även om de skilda modellerna existerar parallellt kan den kronologiska utvecklingen, från en mäklar roll till ett behandlingsteam, illustreras av hur antalet klienter per case manager sjunker efterhand. Då insatserna blir mer omfattande desto större komplexiteten av problematiken hos klienterna är. Vilket leder till att case managerns involvering i direkta stöd- och behandlingsinsatser ökar.

4.1 Standardmodeller

Utgörs av mäklarmodellen och dess vidareutveckling klinisk case management.

4.1.1 Mäklarmodell



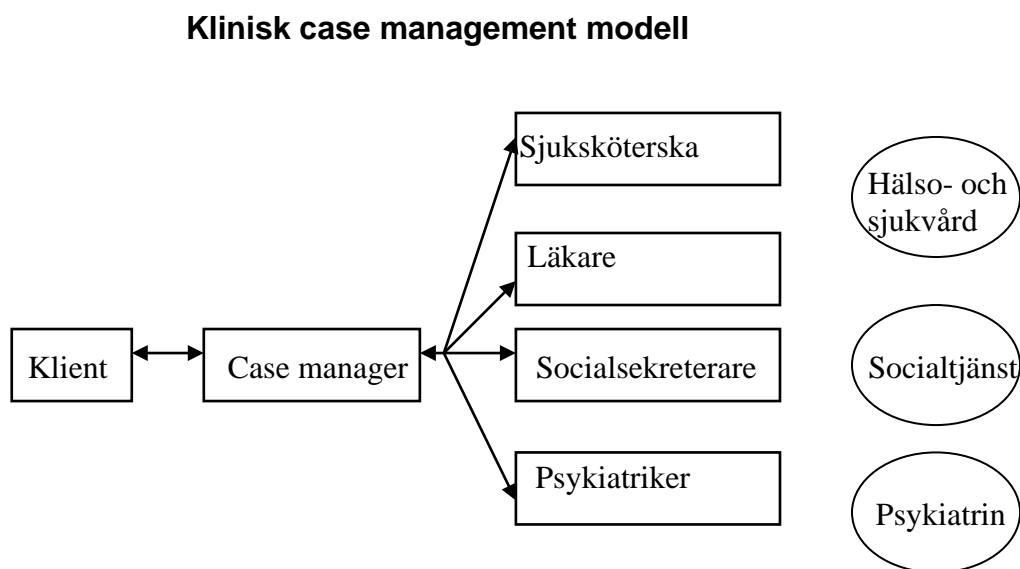
Figur 2. Exempel på uppbyggnad av mäklarmodell. Antalet kontakter i figuren är enbart för att exemplifiera omfattningen emellan de skilda figurerna, inte den faktiska omfattningen av antalet kontakter. En illustration av att efterhand som modellerna utvecklas integreras vården mer och antalet kontakter med utomstående organisationer minskas.

Mäklarmodellen var den första uttalade modellen för case management. Den utvecklades i USA under 1970-talet för att hjälpa klienterna överkomma de problem de mötte när de psykiatriska sjukhusen stängde (Intagliata, 1982). Case managern har en funktion av vårdmäklare, att samordna tjänster till individen:

- uppskatta klientens vårdbehov
- planering av insatser
- förmedla kontakt till vårdgivare
- bevaka klientens intresse.

Kännetecknande för denna modell är att case managern har relativt många klienter, cirka femtio stycken (Björkman, 2000), lite kontakt med klienten och i huvudsak en administrativ roll. Det visade sig snart att denna modell inte gav goda resultat för patienter med svår psykisk störning (Burns & Firn, 2005). Mäklarmodellen har dock visat goda resultat för personer med lättare psykisk störning samt för demenspatienter (ibid) och återfinns numer inom bland annat äldreomsorgen.

4.1.2 Klinisk case management modell



Figur 3. Exempel på uppbyggnad av klinisk case management. Antalet kontakter i figuren är enbart för att exemplifiera omfattningen emellan de skilda figurerna, inte den faktiska omfattningen av antalet kontakter. En illustration av att efterhand som modellerna utvecklas integreras vården mer och antalet kontakter med utomstående organisationer minskas.

För att bättre tillgodose vårdbehovet hos svårt psykiskt störda utvecklades case managerns roll till att mer direkt själv ge behandling. Från att i mäklarmodellen ofta inte ha haft någon utbildning för uppdraget övergick case managern till att bli en psykiatriskt skolad person (Burns & Firm, 2005). Uppgiften att organisera klientens vård och stödbehov bibehölls men antalet kontakter kunde minskas.

Fyra serviceområden kan identifieras i denna modell:

1. Initialfasen med uppskattning av vårdbehov, att skapa tillit och planering.
2. Miljöintervention som exempelvis anhörigkontakt, bibehållande och expanderande av socialt nätverk och samarbete med andra vårdgivare samt bevakning av klientens intresse.
3. Klientintervention såsom psykoterapi och träning i alldagligt liv (ADL).
4. Krisintervention och övervakande av klientens mående (Björkman, 2000).

För de flesta klienter innebar klinisk case management att de fick tillräckligt med stöd och behandling och inte behövde insatser från ytterligare personal (Burns & Firm, 2005). Var behoven mer sammansatta räckte inte denna insats varför den vidareutvecklades till nästa steg: Assertive Community Treatment (ACT).

4.2 Resursmodell

Till sin uppbyggnad liknar resursmodellen standardmodellerna men där dessa tar fasta på individens funktionsbrister och symtom utgår istället den förstnämnda från individens resurser och självbestämmande. Resursmodellen utgår från två antagande:

1. Människor som klarar av att leva ute i samhället har förmågan att använda och utveckla sin egen potential och de har resurserna till att göra detta.

2. Mänskligt beteende är till största delen en funktion av de resurser individen har och individer med en svår psykisk störning kan behöva hjälp med att säkra de resurserna inom livsområden som är viktiga för mognad och utveckling (Björkman, 2000).

Stor tonvikt läggs på att arbeta med instrumentella och sociala funktioner för att kunna leva i samhället och på uppnående av personliga mål. En variant av resursmodellen är den svenska versionen med personligt ombud.

4.2.1 Personligt ombud

I regeringens proposition (1993/94:218) om psykiskt stördas villkor definieras personligt ombuds arbetsuppgifter som:

- att tillsammans med den enskilde identifiera och formulera dennes behov av vård, stöd och service.
- att tillsammans med den enskilde se till att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs.
- att bistå och, om fullmakt finns, företräda den enskilde i kontakterna med olika myndigheter.
- se till att den enskilde får vård, stöd och service utifrån egna önskemål, behov och lagliga rättigheter.

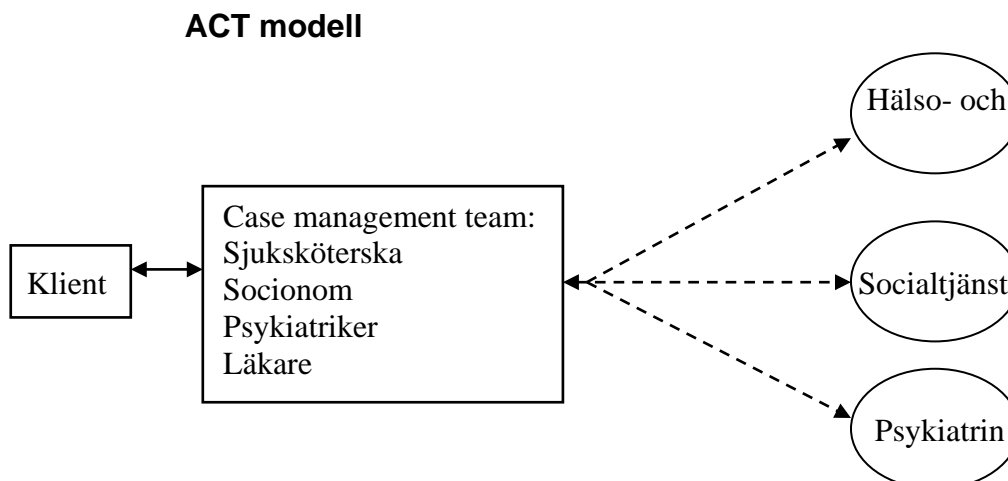
Utgångspunkten var klientens självbestämmande, relationen mellan klient och ombud poängterades som en särskilt viktig aspekt. Personligt ombud är en frivillig verksamhet för kommunerna.

Det generella uppdraget som personligt ombud är att se till att psykiskt störda får sina behov tillgodosedda utifrån deras lagliga rättigheter. Detta kan tolkas på en rad sätt, det ombuden själva lyfter fram som det unika i sin uppgift är att (Socialstyrelsen, 2003):

- klienten är uppdragsgivare och styr processen.
- det är ombudet som väljs av klienten, inte tvärtom.
- allt arbete utgår från klientens behov och önskningar, inte från något behandlingsperspektiv.
- ombudet utgår från det friska och ser möjligheter, inte symtom och begränsningar.
- utgångspunkten är upplevda behov, inte diagnoser.

I socialstyrelsens meddelandeblad (14/2000) anges ombudets huvudsakliga uppgifter som en advokat- och mäklarroll. För att nå framgång i arbetet poängterar ombuden (Socialstyrelsen, 2003) att detta i stort sett alltid bygger på att lyckas etablera en förtroendefull relation med klienten.

4.3 Assertive Community Treatment (ACT) modell



Figur 4. Exempel på uppbyggnad av ACT-modell. Antalet kontakter i figuren är enbart för att exemplifiera omfattningen emellan de skilda figurerna, inte den faktiska omfattningen av antalet kontakter. En illustration av att efterhand som modellerna utvecklas integreras vården mer och antalet kontakter med utomstående organisationer minskas.

ACT-modellen består av ett tvärdisciplinärt team med ett antal case managers: socionomer, sjuksköterskor och mentalskötare med egna läkare och psykiatriker kopplade direkt till teamet. Har som uppdrag att klienten får den behandling och det stöd han eller hon behöver genom att i första hand använda teamets egna resurser. Om till exempel klienten inte klarar att ta sig till sjukhus går case managern hem till honom och ger behandlingen i hemmet. Ursprungligen var tanken att teamen också skulle finnas tillgängliga dygnet runt, något som frångåtts på vissa håll då det visat sig att behovet inte alltid funnits (Burns & Firn, 2005).

Syftet med ACT är att behålla en regelbunden och tät kontakt med klienten för att kunna övervaka dennes kliniska tillstånd. För att därigenom kunna ge effektiv behandling (ibid). ACT existerar således för att kunna ge behandling, om dessa behandlingar kan ges lika bra av den traditionella psykiatrin finns heller inget behov att inrätta ett speciellt team. Det som särskiljer ACT-modellen från den traditionella psykiatrin är dess uppsökande roll, att den är samhällsbaserad; behandlingen ges i klientens miljö, inte på en avdelning eller i öppenvård (ibid).

En variant av ACT är Intensive Case Management (ICM) med skillnaden att behandlingen ges av en person och inte ett team.

4.4 Samarbetsnivåer i case management modeller

Samarbete innefattar att organisationer interagerar. Utvecklingen av case management modellerna visar på att desto mer omfattande komplexiteten av problematiken blir hos den enskilde klienten desto mer går modellen från att interagera till att bli integrerad. Boklund (1987) genomförde en studie på samverkan inom socialtjänsten där olika former av samarbetsnivåer identifierades. Applicerade på utvecklingen av case management modellerna korresponderar nivåerna enligt följande:

1. Separation, inget samarbete alls förekommer, och således heller inga krav på samarbete för personalen. Kan jämföras med hur den slutna institutionsvården fungerade på mentalsjukhusens tid, som en entitet i samhället.
2. Koordinering: när en yrkesgrupp enbart överlämnar ett ärende till en annan. Efter att mentalsjukhusen stängt födrades en samverkan med övriga organisationer. Till en början fann denna sitt uttryck i mäklarmodellen där case managern enbart förmedlade vård från klient till respektive organisation utan att någon av yrkesgrupperna hade någon direkt insikt i vad den andre sysslade med.
3. Kollaboration: samverkan. Denna nivå kännetecknas av att de olika yrkesgrupperna bibehåller sitt ansvarsområde och den egna kompetensen. Arbetslaget består av olika specialister men i samarbetet har de en integrerad arbetsform kring vissa specifika ärenden eller frågor. Denna nivå för samverkan födrar en något större vilja att ta del av varandras arbete men med bibehållande av det egna ansvarsområdet. När case managern övergick från en enbart förmedlande roll, utan krav på utbildning, till att bli en psykiskt skolad person som också själv tog en större aktiv roll i vårdgivandet till klienten äntades nästa fas i utvecklingen: klinisk case management. Här kan även resursmodellen med sin liknande uppbyggnad av arbetsmodellen placeras, då de ofta har en mer aktiv roll i samarbetet med klienten än i mäklarmodellen och någon form av utbildning för yrkesområdet.
4. Integration. Krav ställs på att yrkesgrupperna strävar mot att utveckla en generaliserad kompetens och att alla oavsett yrkesgrupptillhörighet, i princip gör samma sak och har samma ansvarsområden. Bara vissa få delar i arbetet är yrkesspecificerat. Denna sammansmältning, där yrkesgrupperna inte bara betraktar varandra som jämlingar utan också i viss mån strävar efter samma kompetens, kommer delvis till uttryck i ACT modellen. En förutsättning för ett dylikt utplanande av professionsuppdelning födrar som regel att yrkesgrupperna arbetar tätt ihop under en längre tid. En tvärdisciplinerad arbetsmetodik där exempelvis även en socionom kan ta ett blodprov och en sjuksköterska fylla i en bostadsbidragsansökan.

4.5 Evidensbaserad psykiatrisk vård

Ett återkommande tema i litteraturen (Björkman, 2000, Burns & Firn, 2005, Falloon et al, 1997, Malm, 2002, Stein & Santos, 2004) är att case management utgår från en grund i evidensbaserad psykiatrisk vård. Med evidensbaserad psykiatrisk vård avses en sammanvägning av (Sackett et al, 2000):

- Forskningsevidens: kliniskt relevant forskning. Medicinsk grundforskning med vikt lagd även på patientnära forskning som diagnostiska bedömningar, effektivitet och säkerhet för behandlingsmetoder, rehabilitering och förebyggande åtgärder.
- Klinisk experterfarenhet: förmågan att använda klinisk skicklighet och tidigare erfarenheter för att identifiera den enskilde patientens hälsotillstånd och diagnos, risker och nytta av möjliga interventioner samt patientens personliga värderingar och förväntningar.
- Patientens värderingar: de personliga intressen, värderingar och förväntningar som patienter har med sig vid ett kliniskt möte. För att

motsvara dennes behov ska dessa värderingar integreras i ett kliniskt beslutsfattande.

När ovanstående tre element är integrerade så ingår vårdgivaren och –tagaren en terapeutisk allians som ger förutsättningar för att ett gemensamt beslutande om behandlingsmetoder ska få optimal effekt och leda till optimal livskvalité.

Burns & Firn (2005) tar upp att ett vanligt missförstånd är att om det saknas bindande bevis för att en typ av behandling är framgångsrik så är den ineffektiv. Forskningsfynden följer efter klinisk erfarenhet, mycket av verksamheten inom case management har ingen stark förankring i formell forskning utan i klinisk erfarenhet, exempelvis noggrann övervakning av självmordsbenägna klienter (ibid). Avsaknaden av forskningsevidens innebär inte att behandlingens effektivitet per automatik skulle vara sämre.

I socialstyrelsens (2004) sexårsuppföljning av tio olika försöksverksamheter med personligt ombud redovisas resultat som pekar på positiva förändringar i klienternas livssituation. Klienternas psykosociala funktion hade förbättrats vad gäller daglig sysselsättning och sociala relationer. Klienterna upplevde en högre livskvalité med mindre uttalade psykiatriska symptom. Nyttjandet av psykiatrisk slutenvård och öppenvård hade minskat mer än tre fjärdedelar. Socialstyrelsen (2004) anser att även om slutsatserna i uppföljningen inte är helt tillförlitliga på grund av avsaknaden av kontrollgrupper är det inte rimligt att alla sociala och kliniska positiva förändringar som påvisats skulle vara slumpmässiga.

I en studie (Socialstyrelsen & Länsstyrelsen i Skåne Län, 2006) över de ekonomiska effekterna av personligt ombud noteras att kostnaden för målgruppen samhällsekonomiskt ligger på cirka 350 000 per år och klient. På grund av ett bättre resursutnyttjande med stöd av personligt ombud sjunker kostnaden till cirka 170 000 kronor per klient och år utslaget över en femårsperiod. Kostnaderna för ett personligt ombud ligger på cirka 40 000 kronor per år och klient (ibid). Efter fem år med ombud minskar samhällskostnaderna med cirka 700 000 kronor per klient, vilket motsvarar en vinst på cirka sjutton gånger pengarna. Vinnaren är landstinget medan kommunen är nettoförlorare med en merkostnad på cirka 27 000 kronor per år och klient, kostnader som främst berör boende, vilket kan hänga samman med minskade kostnader för psykiatrisk slutenvård inom landstinget (ibid).

Öjehagen och Cruces (2003) studie av psykos- och missbruksteamet (POM) i Lund visade på att arton månader efter verksamhetens start hade droganvändningen minskat med 75 procent och problemtyngden i alkoholkonsumtionen minskat med ungefär en tredjedel. Den psykosociala funktionen hade förbättrats något och slutenvårdskonsumtionen minskat med mer än hälften. Någon förbättring av de psykiska symtomen kunde ej påvisas. En utvärdering redan efter arton månader är dock något tidig för att kunna utläsa ett resultat av behandlingens inverkan på de psykiska symtomen då den genomsnittliga behandlingsperioden i ett ACT team vanligtvis ligger på sex år (Burns & Firn, 2005).

Essock et al (2006) jämförde hur ett antal resultatområden, bland annat drogmisbruk samt fysisk och psykisk hälsa, skilde sig åt emellan klienter med en psykisk störning och ett drogmisbruk. Klienterna blev slumpvis tilldelade

behandling med klinisk case management eller ACT. Efter tre år i behandling kunde inte påvisas någon skillnad av resultat beroende på modell.

Jeffery et al (2000) genomförde en metaanalys¹ på sex randomiserade kontrollerade studier² för klienter med en psykisk störning och ett missbruk. Dessa studier inkluderade bland annat olika former av psykiatrisk vård med samtidig behandling för missbruk, som klinisk case management och ACT samt traditionell behandling inom den psykiatriska sluten- och öppenvård. Slutresultatet visade på att ingen behandlingsform var bättre eller sämre än någon annan.

Case management som arbetsform i Sverige kan dateras till mitten av 1990-talet (Socialstyrelsen 1999:1). Den är riktad till klientgrupper med en komplex problematik som kräver långa behandlingsperioder. På grund av att case management existerat så kort tid i kombination med långa behandlingsperioder är de svenska utvärderingarna få. Vilket gör det svårt att säga något säkert om hur effektiv case management i Sverige är utifrån forskningsevidensen. Malm (2002) noterar att internationella studier inte är jämförbara med svenska förhållanden då bland annat organiseringen av vård, hur mycket behandlings- och stödinsatser som finns tillgängliga och förutsättningarna för klienterna att kunna ta del av insatserna ser olika ut från land till land.

5 REDOVISNING AV INTERVJUER

I detta kapitel redovisas informanternas syn på sina uppgifter, beskrivelse av sitt arbete och vilka eventuella för- och nackdelar de ser med sitt arbete. Varje avsnitt inleds med en kort presentation av respektive arbetsplats, därpå följer redogörelsen av respektive informanters svar i berättande stil med kompletterande citat.

5.1 Integrerad Närsjukvård Malmö (INM)

Integrerad närsjukvård Malmö (INM) är en privatägd öppenvårdsmottagning, beläget i Limhamn och Centrum, som arbetar under region Skåne med patienter som är i behov av specialiserad psykiatrisk vård. Patienter kan antingen vända sig direkt till mottagningen och får då först träffa en läkare, eller via remiss från region Skåne, förutsatt att man är skriven i stadsdelen. INM är en öppenvårdsmottagning som vänder sig till alla som behöver specialistpsykvård som exempelvis depressionstillstånd, ångest, psykostillstånd, ätstörningar, självskadebeteende och manodepressivitet. Verksamheten startade 2003.

Informanterna anger att för psykospatienter används Ulf Malms³ och Ian Falloons⁴ program integrerad psykiatri⁵, en evidensbaserade behandlingsmetod

¹ Metaanalys innebär att en serie studier samlas ihop och analyseras som om de vore en enda stor studie.

² Randomiserade kontrollerade studier är undersökningar som försöker fastställa den relativa effekten av en behandling. Hälften av patienterna välj slumpmässigt ut till den behandlingsform som skall studeras och hälften till ingen behandling alls eller till standardbehandling.

³ Ulf Malm är docent i psykiatri vid Göteborgs universitet. Har varit verksam som överläkare, chefsläkare och forskare. Medverkat i ett flertal nationella och internationella arbetsgrupper bl.a.

som bygger på case management i multidisciplinära team. Malm och Falloon utbildade personalen på INM innan de startade. Alla är utbildade case managers och har någon patient, även chefen. På så sätt blir alla införstådda med vad arbetet innebär, alla är medvetna om vad alla gör.

Programmet är specifikt och används bara för patienter med psykoser. Bitar av det kan användas på övriga patienter. Till exempel så arbetar INM med tillämpad beteendeanalys för personer med ångestproblematik. Det är inte lika långvarig kontakt med ångestpatienterna som med psykospatienterna. Målet är att patienterna ska klara att bli så självständiga som möjligt. Programmets första del handlar om att kartlägga patientens kontakter, vilka han har runt omkring sig. Patienten placerar sig själv i mitten och för sedan in personer på olika avstånd. På detta sätt får patienten själv värdera sitt kontaktnät.

B: När man jobbar på det viset blir det lite så att det är patienten som är chefen. Man använder det här materialet så att det inte ska glida iväg åt något annat håll. Alla vet då vad som händer runt omkring en patient istället för att det ska finnas en massa frågetecken.

A: Innan var det så att det satsades alldeles för lite på de som allra mest behövde vård. Psykoser behöver det mest men det är de som är svårast att behandla och svårast att se resultat på, därför glöms de ofta bort.

Vid resursmöten kan det komma olika personer men patienterna väljer oftast dem de känner mest förtroende för. Det är patienterna som väljer vem som ska vara med på mötena. Inför resursmöten intervjuas alla som ska delta för att se på vilken nivå mötet ska läggas. Det är hela tiden patienten som styr. Innan mötena går vi igenom med patienten vad som ska tas upp och vad som är viktigt. Då flyter mötet inte ut. Inför möten träffas patienten och anhöriga i deras så kallade supportgrupp, som personalen inte alls är delaktiga i.

Patienten har bestämt vad som är problemet, övriga är aktörer. Patienten ska vara delaktig och vara den som styr, men måste så klart ändå hålla sig inom ramarna för det som är bestämt att mötet ska handla om. Det görs upp delmål och problemlösningar. Mötena kan ha ett informativt innehåll där till exempel läkaren informerar om sjukdomen och medicinering. Nivån läggs utifrån patientens problem. Alla som har varit involverade får ett protokoll efter varje resursgruppmöte, så ingen kan säga: det hade jag ingen aning om, det visste inte jag.

Vidare berättar A och B att varje case manager har mellan trettio och fyrtio patienter. Av dessa är tio till tolv patienter med psykoser, vilka är jämt fördelade på personalen. Patienter delas vanligtvis inte, vid till exempel semester. Det har

inom SBU, Scandinavian College of Neuro-Psychopharmacology, World Psychiatric Association och WHO.

⁴ Ian Falloon är professor vid University of Auckland, Nya Zeeland och är knuten till Integrerad Närsjukvård Sveriges forsknings- och utvecklingsråd (FoU-rådet INS Sverige).

⁵ Programmet integrerad psykiatri är en nätverksinriktad metodik syftandes till en utveckling av klientens egen kompetens. Största möjliga del av behandling och stöd förmedlas genom en person. Alla åtgärder sker i den av klienten valda miljön, endast i undantagsfall sker besök på psykiatrisk mottagning. Programmet bygger på en strikt användning av forskningsevidens. Det psykoterapeutiska innehållet innebär i praktiken oftast kognitiv/beteendeterapeutiskt metodik med en strävan att integrera olika behandlingsformer (Falloon et al, 1997).

fungerat bra, patienterna vet att de alltid kan ringa till mottagningen och kan nå personalen på respektive direktnummer under dagtid. Övriga tider kan de lämna meddelanden på telefonsvarare och blir uppringda så fort det är möjligt. Skulle det vara akut hänvisar personalen till psykiatrins akutmottagning.

B: Det gäller att ligga på en lagom nivå vad gäller vård. Ju mer vård man tillför desto mer vård krävs det. Jag tror det är viktigt att inte linda in allting i bomull.

Den uppsökande verksamheten beror på problematiken. Kommer inte patienterna så ringer personalen och åker hem till klienten. Vi träffas inte bara på mottagningen, ibland kan det vara lättare att prata om man går ut, försöker göra saker. Vissa personer träffar vi bara hemma, det gäller att checka av vad just den enskilde patienten behöver. Han kanske behöver komma hemifrån, han kanske känner sig trygg hemma. Vissa tycker det är skönt att komma till mottagningen och bara dricka en kopp kaffe.

A: Det ska vara kontakt men man får också respektera om en patient absolut inte vill.

B: Case management handlar om att vara ute och jobba där patienterna är, både här och där. Det är det som gäller och det är på patientens arena man gör det bästa jobbet.

Gällande samverkan förmedlar A och B kontakt med andra organisationer efter behov. A hävdar att det handlar om att komma överens om vem som gör vad. I början arbetade organisationerna och gjorde samma saker men nu fungerar det bättre. Aktörer och organisationer som socialtjänsten, boendestödet med mera är medvetna om hur INM jobbar med den enskilde specifika patienten och de följer ungefär samma linje. Till exempel förmedlas kontakter med Träffpunkten angående sysselsättning. Boendestödet är involverade i de flesta ärenden som rör psykopatienter. Boendestödet jobbar kvällar och helger och kan hjälpa till om det inte är så allvarligt att patienten måste läggas in. Det fungerar bra med alla instanser. Informanterna upplever att kontakterna är goda även med de personliga ombud som många patienter har.

B: Erfarenheten av socialtjänsten är ofta annars att det kan uppfattas som att dom tar och vi ger. Här är det tvärtom, alla möts på samma scen. Samarbete är jätteviktigt. Funkar inte det kan man hälsa hem. Vi fördelar arbetet på dem som är bäst lämpade för de olika uppgifterna, resten delar vi på. Det är ett prestigelöst arbete.

Informanterna ser fördelar med ensamarbete i och med att de själva bestämmer hur de ska arbeta och kan strukturera sin egen vardag. Kunna planera olika för olika patienter, lägga mest resurser på den patient som mest behöver det för stunden. Behandlingsbehovet är varierande då olika terapier används och resultat syns olika starkt. På INM finns ett öppet arbetsklimat där personligheten är viktigare än högskolepoäng. Det är en närhet till cheferna, det blir bra samarbete.

B: Detta är lite make my day, så att säga.

A: *I början kändes det negativt med så mycket ensamarbete. Det var jätteskillnad eftersom jag alltid har jobbat på avdelningar tidigare. Nu har man kommit in i det och hittat sitt arbetssätt.*

B: *För mig var det inga problem, jag har alltid jobbat ensam.*

Båda informanterna anser att förbättringar skulle kunna ske angående en ytterligare utveckling av samverkan, genom mer information om verksamheten till berörda parter.

5.2 PO-Skåne

Personligt ombud i Skåne (PO-Skåne) är en fristående ideell förening, bildad i juni år 2000, som leds av lokala, skånska, brukar- och anhörigorganisationer i riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) och Schizofreniförbundet. PO-Skåne arbetar med att ge personligt stöd till personer med allvarliga och långvariga psykiska funktionshinder, orsakade av schizofreni och psykostillstånd. Genom egna anställda personliga ombud i en form som är fristående från myndigheter och vårdorganisationer. Arbetet bedrivs på uppdrag av respektive kommun. PO-Skåne har tjugosex anställda personliga ombud och avtal med tio kommuner i Skåne.

Bägge informanterna poängterar vikten av att bygga upp en relation och ett förtroende med klienten i syfte att etablera en tilltro. Informanterna uppger att många av klienterna anser sig ha blivit svikna av kommuner så till vida att de inte har fått någon hjälp och ingen har lyssnat på dem. Klienterna har inte alltid fått den hjälp de är berättigade till eller haft kännedom om sina rättigheter. Målet är att klienterna ska bli så självständiga som möjligt och kunna klara sig själva med så lite professionell hjälp som möjligt.

C gör gällande att vissa klienter är aktuella en kort tid och vissa i flera år, tills klienten själv vill avsluta kontakten.

C: *Eftersom jag ska vara deras språkrör är det viktigt att de får förtroende för mig. Det kan gå fort och det kan ta tid men när det väl är gjort så ska man börja hjälpa dem med vad de vill att man ska hjälpa dem med, det är det ju de som bestämmer, inte jag. Vi arbetar på klientens uppdrag. Klienterna bestämmer själva hur länge de vill ha hjälpen och avslutar själva.*

Informant D uppger att klienterna ofta vill ha kvar relationen till ombudet. Ha en samtalspartner, att klienterna upplever ensamheten som det hemska. De träffar sin psykiatriker, får medicin och samtalsterapi, kommer hem och stänger dörren om sig och är då oftast ensamma. De flesta med psykisk ohälsa lever ensamma.

D: *Klienterna känner sig ofta kränkta av systemet. Många säger att de har fått för mycket psykiatri, de är söndervårdade och söndermedicinerade. De behöver mer en relation. Vi är då inget hot eftersom vi är fristående, det är styrkan i jobbet kan jag känna. Sen får man balansera den fristående makten på ett klokt sätt när man hjälper klienterna.*

D anser att det kan vara en styrka att vara två i mötet med en myndighet. Klienten känner att han blir sedd, blir någon. Ombudet kanske inte är någon maktfaktor men det gör att klienten känner sig stark. Före en sammankomst diskuterar vi vad

klienten vill uppnå i mötet och D bistår under själva mötet. Efter mötet diskuteras igenom hur det gick och om klienten förstod allt som sagts. D tror att mycket av poängen ligger i just detta, att bli sedd, att bli någon.

C har för tillfället femton klienter, plus ett par som håller på att avslutas och några eventuella framtida klienter på uppsök. Den blivande klienten träffar då C en tid innan han eller hon godkänner C som personligt ombud. Cirka hälften av klienterna har utöver en psykisk störning även ett missbruk. D har för tillfället elva klienter. Vanligtvis ligger klientantalet ligga på max femton stycken. De personliga ombuden utgår från hemmet och träffar klienterna i den miljö klienten väljer, det vill säga hemma hos denne eller på annan neutral plats, aldrig hemma hos ombuden.

Vid semestertid har C arbetskamraten i grannkommunen som går in och täcker upp. Det kommer nya klienter hela tiden så innan semestern träffas de en dag och presenterar varandra för sina klienter, efter att klienten givit sitt medgivande. På så sätt vet klienterna vem de ringer till och det känns lättare att ringa. C är ensam som personligt ombud i sin kommun men anser inte att det är någon nackdel då samarbetet med kollegan i grannkommunen är bra.

C: Vi ringer varandra varje dag och pratar, annars hade det inte gått. Jag tror man behöver prata av sig, till exempel om man har problem med någon som man inte kan komma på en lösning kring. Men när vi diskuterar våra klienter är de avidentifierade.

D informerar sina klienter om semester eller annan frånvaro och hör sig för om klienten kan klara sig själv. Vissa kan det. För dem som vill ha någon att vända sig till kollar D med någon kollega om klienten kan ringa vid behov. Det är svårt att gå in i andras fall. Det är sällan några bekymmer vid ledighet, är relation god så brukar det lösa sig.

Vad gäller tillgängligheten upplyser både C och D att de alltid har mobiltelefon med och fast telefon med telefonsvarare på så att klienterna kan nå dem.

C: Det kanske bara behövs ett telefonsamtal för klienten, så slipper de åka in på akuten, det räcker många gånger. Jag har mina fyrtio timmars arbetsvecka men jag stänger aldrig av telefonen. Klienterna respekterar min ledighet, ringer de så är det kris.

D: Arbetstimmarna ska man förlägga på ett klokt sätt vilket innebär att man kan vara tillgänglig även kvällar och helger. Så ibland händer det att man får jobba helger. Det kan vara svårt att dra gränser, vissa klienter måste jag ringa varje söndag kväll, annars blir livet helt fel för dem under veckan.

Båda informanterna samverkar med försäkringskassan, psykiatrin – både sluten och öppenvården, socialtjänsten och arbetsförmedlingen. Alla former av organisationer som klienten behöver hjälp av, under förutsättning att denne ger sitt medgivande. Klienten och ombuden hjälps åt med arbetet, klienterna måste känna sig delaktiga. Ombuden har gemensamma nätverksträffar, extern handledning, utbildning och workshops.

Både C och D lyfter fram friheten i ensamarbetet som en stor fördel i arbetet som personligt ombud. Att kunna styra sitt arbete och planera sina tider själva passar dem båda utmärkt. Att arbeta själv med vetskapen om den backup de får av kollegor och ledningen. C pekar dessutom på en annan fördel: att till skillnad från ombuden i Malmö, som tillsammans med klienterna har kontakt med många olika enheter och handläggare, ha ett fåtal sådana.

C: Det är skönt i en liten kommun att slippa springa runt. Jag har mina jag går till, det är bättre även för klienterna för allting går mycket fortare.

D uppskattar fördelen med att kunna vara sig själv, att i arbetet kunna använda sin personlighet, sitt sätt att vara och leva som person. Värdet av arbetet kommer fram i all feedback från klienterna.

C har än så länge inte hittat några nackdelar med att arbeta ensam. Hade det inte funnits någon att ventilera med kunde det vara jobbigt. C har bra stöd av kollegan i grannkommunen, bra kontakt med boendestödjarna och enhetschefen inom socialpsykiatri. De hjälps åt mycket vilket känns bra. Om det någon gång känns obehagligt att besöka en klient så stöttar ombuden varandra, går med varandra så inte själva. Är det hot inblandat så går de inte alls.

En nackdel med att arbeta ensam och hemifrån är enligt D att det är svårt att hålla arbetstiderna. Att man går över de 40 timmarna i veckan, det är lätt hänt, men systemet gällande dokumentering av arbetade timmar hjälper till att ha koll.

C: Tror jag har varit anställd för kort tid för att se vilka förbättringar som skulle behövas. Har inte tänkt så än. Mer resurser behövs inte än så länge. Det jag behöver är i så fall mer tid, helst 30 timmar per dygn.

En förbättring av verksamheten menar D skulle vara fler personliga ombud och anser att konceptet även skulle kunna utvidgas i andra hänseenden, att personalen mer lämnar sina arbetsrum och i större utsträckning möter människor ute i vardagen.

5.3 BOP-teamet

Beroende och svår psykisk störning-teamet (BOP) i Jönköping är ett team för svårt psykiskt störda missbrukare. Klienten kan lida av psykoser, vanföreställningsyndrom, bipolär sjukdom, depression med melankoli eller två olika personlighetsstörningar: schizotyp personlighetsstörning eller emotionellt instabil personlighetsstörning, borderline. De ska dessutom, samtidigt med den psykiska störningen, ha ett missbruk enligt DSM-IV⁶ eller ICD-10⁷.

Verksamheten startade som projekt 1993 och blev permanent 1997. Teamet finansieras gemensamt av landstinget och kommunen. Personalgruppen består av tre personer från psykiatri och tre från socialtjänsten. De är sjuksköterskor, socionomer och behandlingsassistenter. Samtliga sex har även dubbelkompetens gällande missbruksvård och psykiatri. Alla arbetar som kontaktmän till klienterna

⁶ DSM-IV är en diagnostiseringsmanual för psykiska störningar utarbetad av American Psychiatric Association (APA).

⁷ ICD-10 är en diagnostiseringsmanual för psykiska störningar utarbetad av World Health Organization (WHO).

och utför samma arbetsuppgifter förutom läkemedelshanteringen som sjuksköterskorna handhar.

E: Vitsen med behandlingen är att den är integrerad. Den ska ges samtidigt, inte parallellt.

BOP-teamet har för nuvarande trettiosju klienter och är dimensionerade för max fyrtio till fyrtiofem stycken. Klienterna är fördelade på sex personal som är kontaktmän och har huvudansvaret för respektive klient. Personalen är två kontaktmän på varje klient, vilket ger femton klienter per case manager vid maxgränsen. Vitsen är kontinuitet. Behandlingen varar i minst tre år. Verksamheten har öppet från 07.30 till 16.30. Övrig tid tar andra organisationer över vid behov så som akutmottagningen och psykiatriska vårdjouren.

E: Vi är en mobil verksamhet. Kommer inte klienten till BOP så kommer BOP till klienten, vi styr och upprätthåller kontakten.

Teamet använder sig av Substance Abuse Treatment Scale modellen (SATS). En åttastegsmodell för långtidsbehandling för personer med dubbeldiagnos⁸. För att se förändringar under missbruksbehandling mäts på vilket sätt missbruket finns med i vardagen. Missbruket mäts och följs upp kontinuerligt under hela behandlingstiden. Förändras missbruket så förändras den psykiatriska bilden. Psykiatriska diagnoser blir tydligare och mer behandlingsbara med SATS.

Teamet samarbetar med bostadssociala gruppen; som står för bostäder, enheten för psykiskt långtidssjuka och de vårdavdelningar som finns inom psykiatriska kliniken; för att kunna ge slutenvård när det behövs. Försäkringskassan; vad gäller försörjning. Kriminalvården, både slutenvård och frivårdsmyndigheten, då kriminaliteten är hög hos klientgruppen, cirka femtio procent, samt anhöriga; efter att klienten har godkänt det.

Fördelen med att arbeta i ett team är att det är en grupp människor som borgar för långsiktig kontakt. Man minskar skörheten i kontakten och i kontinuiteten. I ett team möts flera yrken med olika kompetenser. Det kan ge en större kompetens.

E: En case manager ska aldrig jobba själv.

E ser inga direkta nackdelar med att arbeta i team utan snarare en utmaning i att hamna utanför sitt eget perspektiv i ett tvärdisciplinärt team med olika yrkesroller. Det kräver självständighet. Verksamheten skulle kunna förbättras genom resurstillskott, i form av personal och ekonomiska medel. Det skulle även vara önskvärt med mer kompetens inom olika specialområden till exempel samtalsmetoder som motiverande intervju.

5.4 POM-teamet

Psykos- och missbruksteamet (POM) är ett samverkansteam mellan psykiatrin i Lund och socialförvaltningen i Lunds kommun. Klienterna är personer med psykossjukdomar och missbruk. Diagnoserna är schizofreni, bipolär sjukdom,

⁸ Med dubbeldiagnos avses ett beroende/skadligt bruk enligt ICD-10 eller beroende/missbruk enligt DSM IV, som föreligger samtidigt med oberoende diagnos av annan psykisk sjukdom/störning enligt nämnda diagnossystem.

psykos, vissa har även haft personlighetsstörning. Förutsättningen för att bli aktuell som klient är att det finns en psykosjukdom och ett dokumenterat missbruk.

Arbetsstyrkan består av två sjuksköterskor, en behandlingsassistent, en socialrådgivare och en läkare. Alla tjänstgör på heltid förutom läkaren som arbetar tjugofem procent. Teamet startade hösten 2001 och var en försöksverksamhet de två första åren för att därefter bli permanent.

Informanterna F och G berättar att skillnaden i arbetsuppgifter inom teamet är att sjuksköterskorna har hand om medicinhanteringen. Under den tid F var där så hade socionomerna de mesta kontakterna med försäkringskassan och socialtjänsten. Sen jämnade det ut sig med det sociala arbetet. De sociala insatserna kan en sjuksköterska sköta, det finns ingen legitimation eller begränsningar kring det men kompetensen besitter socionomen i första hand. Det kändes speciellt viktigt då att det fanns en psykosocial kompetens i teamet uppger F.

G: Vi är noga med att vi är ett team. Okej, jag är sjuksköterska och det är vissa saker som bara jag får lov att göra men utöver det gör vi samma saker allihop. Hela tiden har vi en enad målsättning och medvetenhet, annars blir vi otroligt sårbara. Vi måste kunna gå in och ersätta varandra annars fungerar det inte.

F: Det är ett underskott på socionomer inom psykiatrin. Det är lite psykiatri i utbildningen. Psykiatrin känns kanske främmande för socionomen?

En arbetsmodell som POM-teamet har tittat mycket på är Kim Muesers arbete⁹ i USA. Mycket av hans casemanager arbete har legat som förebild, det påminner om ACT-modellen. F säger att teamet hade klart för sig att det var så de vill jobba men exakt hur det skulle se ut då visste de inte. BOP-teamet i Jönköping som varit igång länge har varit till stor hjälp då inspiration och idéer har hämtats därifrån.

F kom från en verksamhet som jobbade med människor med psykiatrisk problematik där det inte var uttalat att de samtidigt hade ett missbruk, även om somliga hade det. Där arbetades medvetet med att integrera socialtjänst och psykiatri. F hade tidigare dels läst om och dels praktiserat ACT- modellen. Vilket starkt präglade POM-teamets arbete som utgick från ACT.

F: Det var kanske inte någon större programtrohet men det var vissa principer som återskapades i vårt program: att arbeta uppsökande, att arbeta med ett långsiktigt perspektiv, att inte konfrontera, att fokusera på missbruket. Inte tro att allt ska lösa sig av sig självt om man behandlar den psykiska sjukdomen. Inom psykiatrin är ofta uppfattningen att missbruket upphör av sig självt om den

⁹ Kim Mueser är psykolog och professor vid avdelningen för psykiatri, samhälle och familje medicin vid Dartmouth Medical School i New Hampshire, USA. Har bland annat forskat och utvecklat arbetsmetodiker inom psykosocial behandling för svårt psykiskt störda, posttraumatiskt stressyndrom och dubbeldiagnos; missbruk i kombination med en psykisk störning.

psykologiska biten löser sig. Det är en sanning som inte stämmer särskilt ofta. Missbruket lever sitt eget liv och behöver fokuseras.

Ett stegvist arbetssätt har utvecklats eftersom teamet följer klienterna och gör bedömningar var tredje månad för att se i vilket behandlingsstadium klienten befinner sig. Första steget är att etablera kontakt och sen hjälpa klienten acceptera att han har problem. Ett andra steg kan vara att nå ett tidigt motivationsstadium. Teamet anpassar sitt förhållningssätt och sina insatser utifrån en bedömning av var vederbörande befinner sig i sin behandlingsprocess.

Teamet har för nuvarande totalt tjugo patienter. Det kan variera, som mest har de haft tjugosex stycken. Fyra personal delar upp sig i två par som är kontaktpersoner för hälften av klienterna. F hävdar att relationen till klienten är betydelsefull. Att det inte går att sprida sina förtroenden på hur många människor som helst. Vilket är tanken bakom arbetssättet. Å andra sidan är det viktigt att i ett litet team kunna gå in för varandra vid sjukdom eller semester. Vilket aldrig varit några problem. F tror tvärtom att många klienter tycker det är stimulerande att träffa någon annan. Det rör på sig då, det blir lite dynamik och det skadar inte.

ACT-modellen är i sin originalversion tjugofyra timmars baserad och det resonemanget hade teamet vid uppstarten men det var inte genomförbart med de resurser och den personalstyrka som fanns. Deras huvudsakliga arbetstider är från 08.00 till 16.30 på vardagar. Inga jourtider finns men i hela konceptet ingår ett stort mått av flexibilitet. I undantagsfall kan vissa riktade insatser på kvällar och helger göras men då är personalen noga med att de har syftet klart för sig. Klienterna ringer ofta dagar, kvällar, nätter och helger. När det är stängt är telefonsvararen på. G berättar att den enkla telefonsvararen fyller en mycket större funktion än vad de hade tänkt sig från början. Det är många patienter som använder den som en sorts säkerhetsventil. De ringer och pratar med den på helgerna, sen ringer personalen upp när de kommer i tjänst på måndagen.

G: Det är också tack vare att vi har ett så bra samarbete med både Lunds kommun och psykiatri. Vi har bred personkännedom och bra kontakt med slutenvårds- och öppenvårdspsykiatri. Det finns helg och natt team och boendestödare. Så känner vi att vi inte räcker till kan vi snabbt täcka upp på annat sätt.

Arbetsättet är uppsökande i grunden, huvuddelen av kontakten med patienterna sker i deras hem eller på deras arena i olika sammanhang. Särskilt i början, i varje kontakt sköttes medicineri i klientens hem, så småningom utvecklades detta till mottagning en förmiddag i veckan, dit de flesta klienterna kommer.

F: Sen handlade det om att de inte var hemma eller öppnade när vi kom, då fortsatte vi att åka runt och leta efter dom. Vi sa aldrig: nu ska vi respektera hans vilja att inte träffa oss, utan vi krävde att vederbörande själv sa att: jag vill absolut inte träffa er. Då är det klart att man ska respektera viljan men dessförinnan tillät vi inte någon att bara försvinna.

POM-Teamet samarbetar med öppenvårds- och slutenvårdspsykiatri, socialtjänsten, boendestödare och helg- och natteamet som vänder sig till psykiskt funktionshindrade.

F: Detta är ett jungfruligt forskningsområde. Det är belagt att samordning är bra men inte belagt att ACT-team är bra. Det är bra men inte vetenskapligt belagt att det är så väldigt mycket bättre. Inte evidensbaserat belagt. Det beror på att det inte är så mycket bättre eller inte tillräckligt bra studier. Den vetenskapliga metodologin är svag.

F upplever bara fördelar med team arbete då det breddar och fördjupar kunskapen och gör ens egen kunskap synlig i ett större sammanhang. Det är stimulerande att människor kommer in från olika håll och ser på problem utifrån olika aspekter.

F: Människor är helheter, vi är alla biologiska, psykologiska och sociala varelser och då hamnar den enskilde individen mer i centrum än om man bara ser med psykosociala glasögon.

G anser att fyra personal istället för åtta är att föredra som det ser ut nu. Det är lättare att behålla team känslan som är viktig. Nu har personalen full kännedom om varandra och kan snabbt bli insatta i varandras ärenden vid exempelvis sjukdom. Team har en tendens att splittras upp om de blir för stora. Samtidigt blir teamet sårbart när det är litet. Hittills har personalen varit friska men om flera blir sjuka samtidigt eller om två skulle sluta samtidigt så är femtio procent av kompetensen borta. Det är viktigt att patientrelationer och samarbetet inte försvinner i ett svep. Personalkemin är också viktig. Vid arbete så tätt tillsammans är det ett måste att trivas med varandra. Det är inte bara kompetensen som är viktig, det måste stämma personlighetsmässigt. Det är stora fördelar när det fungerar bra men det kan snabbt ändra sig. Teamet är sårbart vid semesterperioder, då det går på halv styrka.

F: Om man jobbar för länge tillsammans finns det risk för att något tar överhand. Jag undrar om mina vikarier har påverkat eller ändrat ideologin då de inte är socionomer. Har det i så fall haft betydelse för det sociala synsättet i arbetet kring patienterna?

G uttrycker ett intresse för att på sikt jobba med kranskommunerna. Att vidga upptagningsområdet. G tror att det finns en hel del personer som skulle ha nytta av POM konceptet i kranskommunerna men att det skulle kräva betydligt mer resurser.

G: Hur den finansieringen ska se ut kan nog vara rätt komplicerad.

F hävdar att det behövs en samverkan. Det är känt på alla nivåer att samverkan inte fungerar. Samarbete måste ske kring enskilda patienter, inte bara mellan organisationer. I teamen fungerar samarbetet mycket bättre men de arbetar i och för sig med få klienter. Andra behöver också vård. Ett alternativ hade varit att missbruksvården hamnat under psykiatrin. Att de hade haft gemensam budget. Ett annat problem är de olika ideologierna. Alla inom socialtjänsten ser inte missbruket som en sjukdom, det gör man inom psykiatrin. Redan där krockar det.

F: Detta är en multimyndighetsproblematik. Det är vi som har problem som inte kan ge rätt adekvat vård. Det är vi som måste anpassa oss, ge vård som är anpassad för klienten, inte tvärtom. Man pratar ofta om att patienten faller mellan stolarna men det är ju vi som ska föra ihop stolarna.

6 RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS

Informanterna A och B, INM, uppger att målet för behandlingen är att öka patienternas självständighet. Informanterna tillämpar olika behandlingsmetoder beroende på patienternas problematik men utgår från en grund i evidensbaserad psykiatrisk vård. Patienten är delaktig i planering av behandlingen. Informanterna betonar vikten av den samverkan de bedriver med andra organisationer och närstående som är involverade i patienten.

Vad som framkommer av A och B:s berättelser är att de stämmer överens med serviceområdena för den kliniska case management modellen. Vilket inbegriper att uppskatta och planera patientens vårdbehov, bruka olika psykoterapier samt att arbeta med miljöinterventioner (Björkman, 2000). En sak som särskiljer denna modell från den tidigare mäklarmodellen är att case managern har en psykiatrisk utbildning (Burns, 2005), samtliga personal på INM är utbildade case managers.

Det finns en samstämmighet mellan vad informanterna C och D, PO-Skåne, berättar om sina uppgifter och litteraturen (Regeringens proposition, 1993/94:218, Socialstyrelsen, 2003):

- att tillsammans med individen fastställa och utforma dennes behov av stöd och vård utifrån egna önskemål.
- Bistå, hjälpa och agera som språkrör åt den enskilde i samräde med olika myndigheter och organisationer.

Genom att skapa en förtroendefull relation mellan klient och ombud etableras en tilltro. Detta är en förutsättning för att uppnå målet med uppgiften; att genom stöd öka klientens självständighet och självbestämmande. Uppdraget utgår inte från något behandlingsperspektiv, utan är ett stödjande arbete som grundar sig i klientens behov och önskemål där dennes självbestämmande sätts i centrum.

Informanterna E, BOP-teamet, samt F och G, POM-teamet, uppger att de arbetar huvudsakligen uppsökande och med ett långsiktigt perspektiv. Deras arbetsuppgift och metodik är att etablera en god relation med patienten för att kunna klarlägga på vilket behandlings stadie denne befinner sig. Teamets förhållningssätt och insatser anpassas sedan därefter. Det finns stora likheter i informanternas redogörelse med Burns & Firms (2005) beskrivning av ACT-modellen: den utgörs av ett tvärdisciplinerat team vars uppgift är att arbeta uppsökande och ge klienten behandling och stöd i hemmet vid behov. Intentionen är att genom en tät klientkontakt kunna ha uppsikt över klientens tillstånd så att bästa möjliga behandling kan sättas in.

Eftersom de olika modellerna bygger på klientens inflytande och delaktighet i stöd och behandling blir delaktigheten en förutsättning för att nå framgång i arbetet. Samtliga informanter påtalar vikten av att etablera en god relation med klienten, att insatserna styrs av klientens egen process och anpassas därefter. Det första steget i case managerns uppgift är att etablera en förtroendefull relation med klienten.

Flertalet informanter poängterar att telefonsvararen fyller en viktig funktion. Klienterna ringar ofta och pratar av sig på den när personalen är ledig. Samtliga informanter, varav de flesta arbetar under kontorstid, uppger att telefonsvarare tillsammans med samarbetet med organisationer så som mobila natt- och helgteam

ger tillräcklig tillgänglighet i nuläget. I ACT-modellens ursprungliga version var tanken att teamen skulle ha tjugofyrtimmars tillgänglighet, något som efterhand ofta övergavs då behovet inte visade sig finnas (Burns & Firn, 2005). Vilket stämmer väl överens med informanterna syn på klienternas behov av tillgänglighet och hur detta lösts när personalen är ledig. Tillgängligheten är en del av uppgiften, att ha en systematisk och tät kontakt med klienten. Något som dock ej kräver konstant tillgänglighet till case managern.

Till skillnad från i standard- och resursmodellerna delar ACT-teamens informanterna klienter. Fördelen med att dela klienter, efter att den initiala kontakten etablerats, är att det finns resurser att tillgå för klienten även när en specifik person inte finns på plats. En delning är nödvändig i en modell som ursprungligen byggts på tjugofyra timmars tillgänglighet men det har även tydliga fördelar om den enskilde case managern till exempel har semester eller slutar sitt arbete. I de tidigare modellerna, särskilt i resursmodellen som bygger på en nära och intensiv klientkontakt, blir den enskilde case managern lätt oersättlig och mycket av arbetet kan raderas om denne försvinner. Fördelen med att inte dela klienter är att en person har lättare för att skapa en långvarig och givande kontakt än flera. Sammantaget tycks dock fördelarna med att dela klienter överväga.

6.1 Samverkan

Samtliga informanter talar om uppgiften som samordnare av organisationers och myndigheters resurser för att klienten ska kunna få sina behov av stöd och behandling tillgodosedda. Informanterna poängterar att de har upprättat ett väl utbyggt samarbete med övriga aktörer. De anser sig ha lyckats få till en integrering av de perspektiv som är grundläggande hos olika enheter.

Formen i ett samarbete utmärks genom organisationernas förhållande till varandra, hur de interagerar och påverkar varandra. Konkret kommer detta till uttryck i till exempel klinisk case managements resursgruppmöten, i de personliga ombudens medverkan med klienten vid myndighetsmöten och i ACT-modellernas integrering av skilda yrkesgrupper. Det abstrakta samarbetet, vilket definierar det konkreta, kommer till uttryck i viljan att få alla inblandade aktörer att sträva åt samma håll vilket förtydligas i den samverkande uppgift som finns hos samtliga informanter.

Komplexitet hos problembilden för klientgruppen, exempelvis psykostillstånd och ett samtidigt missbruk, visar på att det dels finns behov av flera vårdgivare. Dels att det finns ett behov av samverkan mellan dessa om klienterna inte ska falla emellan organisationerna. Utan samarbete sitter var enhet och gör sin del utan att veta vad den andra sysslar med och följden blir att klienten skickas emellan enheterna. Klienten vandrar runt mellan de olika socialsekreterarnas ansvarsområden, avgiftning, psykiatri, somatisk vård och olika behandlingar. Vården fragmentiseras och det finns ingen som har en överblick över klientens livssituation. De kunskaper de enskilda aktörerna besitter är var för sig inte tillräckliga för att lösa problem som innefattar flera områden; psykiatri, social situation och medicinskt. Samtligas kunskaper behöver samlas i en samverkansform för att undvika rundgång mellan organisationerna.

Motivet för samarbete finns för att kunna få en helhetsbild av klienten. De enheter som ska komma samman utgår från skilda perspektiv. Det biologiska perspektivet inom sjukvården, det psykologiska inom psykiatrin och det sociala inom

socialtjänsten. De skilda professionerna har sina egna synsätt och det kan vara svårt att förstå de andra parternas sätt att se på saken. Eftersom de har skilda perspektiv har de olika sätt att lösa problem vilket kan bli ett hinder för samverkan. För att nå fram till en helhetsbild behöver dessa komma samman i ett biopsykosocialt perspektiv. Andra motiv är att kunna utnyttja varandras kompetenser, som exempelvis i ett ACT-team, och erfarenhet vilket kan ge vinster av både ekonomisk och administrativ karaktär samt leda till en förbättring av klientens utsatta position.

Hur väl det biopsykosociala perspektivet är inorporerat inom case management framträder olika starkt i modellerna. Perspektivet kom klarast till uttryck hos informanterna inom ACT-teamen, vilket kan förklaras av att där finns yrkesgrupper med skilda grundperspektiv som arbetar integrerat. Informanterna för klinisk case management lade mer betoningen på det psykologiska perspektivet även om både det sociala och det biomedicinska nämndes. Informanterna för personligt ombud gav mest uttryck för det sociala perspektivet och de övriga perspektiven, i enlighet med deras uppdrag, kom fram i samverkansprocessen. Oavsett case managers eget grundperspektiv framkom att en av dennes uppgifter är att få ihop de tre perspektiven till ett: det biopsykosociala. Vilket överrensstämmer med Larsson & Malms (2002) tes att det är först då, när helheten samordnas och blir tydlig, som samverkan genererar effektivt stöd och behandling.

Det är när specialister agerar tillsammans, som det frambringas en mer komplett verklighetsbild, det är först då helhetssynen uppkommer. Informant F, POM-teamet, ser avsaknaden av samverkan som en myndighetsproblematik, att samarbete behövs kring den enskilde klienten, inte bara emellan organisationer. Ett hinder för detta kan vara att när verksamheten utgår från ett perspektiv, exempelvis socialt inom socialtjänsten, är det lätt att glömma de andra. Skillnader i kunskapsmönster försvårar samverkan (Danemark & Cullberg, 1999). Det är först när de skilda perspektiven möts och når en form av överrensstämmelse som en samverkans effekt kan uppstå. Uppnåendet av en dylik samverkans effekt är en grundläggande uppgift för en case manager, att först kunna se till hela det biopsykosociala perspektivet för att sedan tillgodose behovet av den behandling och det stöd klienten behöver.

Det täta samarbetet med andra organisationer utgör en del av effektiviteten i case management, då insatser snabbt kan sättas in. Socialstyrelsen (1999:5) framhåller som motiv för samverkan, sett ur ett hjälparperspektiv:

- Att problemet kan lösas mer effektivt.
- Den enskilda verksamheten klarar inte alltid att på egen hand lösa problemet.
- Klientens lidande minskar.

6.2 Klientmängd

Informanterna för klinisk case management berättar att de uppsöker vissa av klienterna när dessa ej hör av sig, framförallt de med svår psykisk störning som exempelvis psykostillstånd. I övrigt ges behandlingen på en öppenvårdsmottagning som vänder sig till alla som behöver specialistpsykvård för exempelvis depressionstillstånd, ångest, psykostillstånd, ätstörningar, självskadebeteende och manodepressivitet.

Informanterna för personligt ombud har som uppgift att ge stöd till personer med allvarliga och långvariga psykiska funktionshinder, orsakade av schizofreni och psykostillstånd. Informanterna i ACT-teamen uppger att de har som uppgift att ge stöd- och behandlingsinsatser till klienter med svåra psykiska störningar som psykoser och schizofreni, klienterna ska dessutom ha ett dokumenterat missbruk. Medan de personliga ombudens uppgift är stödinsatser tillkommer för klinisk case management och ACT även behandling.

Antal klienter per case manager – informanter

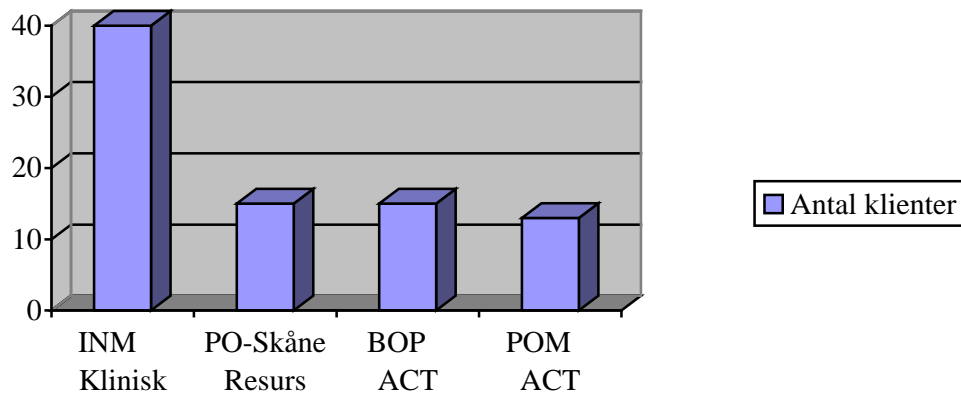


Diagram 2. Antal klienter per case manager enligt informanter. I de fall ett max antal eller hur många klienter det varit som mest uppgivits har denna siffra använts. När arbetet sker parvis, BOP- och POM-teamen, har klienterna fördelats parvis, exempelvis om två case managers tillsammans har femton klienter så har någon ytterligare delning ej skett utan angivits som femton per case manager.

Vid en jämförelse mellan diagram 1 på sid 17, över antal klienter per case manager internationellt, i respektive arbetsmodell, med vad informanterna uppgivit som klientmängd, diagram 2, framkommer att, även om klientmängden skiljer något mellan diagrammen, överrensstämmer utvecklingslinjen. Desto mer omfattande case managerns uppgifter blir för den enskilda klienten desto mer sjunker det totala klientantalet. Den uppsökande verksamheten ökar, från att ha varit nästan obefintlig i standardmodellerna, klienten fick komma till case managern, till att för personliga ombud ge stödinsatserna på klientens arena. För att slutligen komma till att både behandlings- och stödinsatser ges i klientens hemmiljö. Det är i den sistnämnda inriktningen det biopsykosociala perspektivet klarast kommer till uttryck, då det avses att täcka allt i en enhet, från exempelvis medicinering till boende.

Fördelen med tvärdisciplinära ACT-team är att kompetensen för behandling och stöd inom skilda områden; medicinska, sociala och psykiatriska, finns samlade på ett ställe. Det bör dock påpekas att majoriteten svårt psykiskt störda klarar sig utmärkt med stöd av någon av de tidigare modellerna (Burns & Firn, 2005). Det är endast en ytterst liten del av dessa, med mer sammansatta behov, som har behov av den stödomfattning som finns inom ett ACT-team. Även om det skulle visa sig att klienten skulle behöva den omfattningen kan ändå arbetet i en tidigare

modell lagt grunden till en terapeutisk relation och klienten kan vara mer välvilligt inställd till andra behandlingsåtgärder.

6.3 Evidensens motsägelser

Informanterna från INM uppger att deras behandlingsmetoder är grundad i forskningsevidens. Informant F, POM-teamet, pekar på att forskningsevidensen för ACT inte är belagd. Motsägelser över forskningsevidensen för case management återspeglas i forskningen. Det finns studier som visar på dess effektivitet (Socialstyrelsen, 2004) och studier som visar på att den inte är mer eller mindre effektiv än den traditionella psykiatrin (Jeffery et al, 2000). Vad som bör betäckas är att det finns aspekter som är svåra att mäta, exempelvis värdet för klienten att kunna bo kvar i sitt hem; livskvalité och värdet av den personliga relationen till case managern. Klientens upplevelse av i vilken form behandlings- och stödsatser ges. I socialstyrelsens (2004) studie av personliga ombud uppger klienterna att de får bättre vård och stöd än tidigare samt att det var mycket tillfredsställande med personliga ombud.

Svårigheten i att mäta resultat i människobehandlande organisationer hänger samman med att välbefinnande är en subjektiv upplevelse och varierar från klient till klient. Människor är föränderliga vilket innebär en hög oförutsägbarhet i vad som kommer att uppnås (Larsson & Morén, 1988). Det är lättare att mäta exempelvis antal inläggning i slutenvård än att enas om vad till exempel välbefinnande består av. Samtliga informanter tar upp att antalet inläggningar i slutna psykiatri minskat och ser detta som en måttstock på hur effektiv case management är. I studier som visar på en nedgång i antalet inläggningar (Socialstyrelsen, 2004, Öjehagen & Cruze, 2003) saknas dock en diskussion om vilken betydelse det minskade antalet platser i slutenvård har haft, om detta lett till att det blivit svårare att bli inlagd. Saknas dessutom kontrollgrupper (ibid) säger resultatet inget om ifall den neråtgående trenden i antal inläggningar kan bero på andra orsaker.

Avsaknaden av forskningsevidens innebär inte att behandlingens effektivitet per automatik skulle vara sämre (Burns & Firn, 2005). Något som mer kommer till uttryck i informanternas uppgifter är deras kliniska experterfarenhet, exempelvis att kunna bedöma nyttan av vissa interventioner och kunna ta till sig klientens åsikter. Samtliga informanter poängterar vikten av att skapa en förtroendefull relation till klienten, förutan vilket det blir svårt att nå ett gott resultat. Konsten att skapa en dylik relation kan visserligen förstärkas genom kurser i exempelvis samtalsmetodik men grunden för att lyckas ligger i erfarenheten. En del i den evidensbaserade psykiatrin är att klientens värderingar ska integreras i behandlingen. Något som genomsyrar samtliga informanters svar på hur de arbetar är att de poängterar klientens delaktighet och målet att denne ska bli så självständig som möjligt.

6.4 Effektivitet

Forskningsevidensen tar inte alltid hänsyn till övriga omständigheter (Öjehagen och Cruze, 2003, Socialstyrelsen, 2004) kring varför antalet inläggningar minskar efter insatser av case management. Den neråtgående trenden i antalet inläggningar låter sig dock inte enbart bortförklaras med mindre antal platser i slutenvården (Socialstyrelsen, 2004). I vår teori lyfts tre punkter upp som motiv för samverkan, vilka korresponderar med färre inläggningar:

1. Effektivitet, exempelvis en samhällsekonomisk vinst på sjutton gånger pengarna för personliga ombuds insatser (Socialstyrelsen & Länsstyrelsen i Skåne Län, 2006) i och med att uppgiften kan lösas mer effektivt.
2. Verksamhet, den vinst som görs på färre inläggningar visar på behovet av en effektiv samverkan emellan människobehandlande organisationer.
3. Etiskt återspeglar ett färre antal inläggningar i slutenvård ett ökat välmående och en bättre livskvalité hos den enskilde klienten.

Effekterna av en case managers uppgifter innebär således en samhällsekonomisk vinst likväl som en etisk vinst för den enskilde klienten.

Flertalet informanter tar upp en önskan om ökade resurser för sin verksamhet. Att samhället inte går in med mer ekonomisk stöd till denna verksamhet trots de besparingar som finns att göra, kan hänga samman med att det finns mer än en huvudman för målgruppen. De stora besparingarna av till exempel stödinsatser av personligt ombud kommer till största delen landstingen tillgodo medan kommunerna, som betalar för insatsen, får en nettoförlust (ibid).

Samhällets människobehandlande organisationer upprätthåller en nivå där samverkan enbart består av koordinering (Boklund, 1987); en yrkesgrupp överlämnar ett ärende till en annan utan någon direkt insikt i vad den andre sysslar med. Istället för att satsa på fler utbyggda integrerande samverkansformer som (ibid):

- Kollaboration, att de olika yrkesgrupperna samarbetar integrerat kring vissa ärenden/klienter såsom det kommer till uttryck i klinisk case management och för personliga ombud.
- Integration, att alla oavsett yrkesgrupptillhörighet i stort sett utför samma uppgifter, som i ett ACT-team.

6.5 Organisatoriska problemområden

Ett av problemområdena för människobehandlande organisationer är att de verkar i en föränderlig samhällsstruktur vilket kan göra det svårt för aktörerna inom respektive verksamhet att bestämma över sin egen utvecklingslinje (Larsson & Morén, 1988). Det kan ha för- och nackdelar att vara en fristående människobehandlande organisation; att arbeta under någon form av anbuds-förfarande eller verkar fysiskt utanför den ordinarie verksamheten i meningen att utgångspunkten för verksamheten inte finns placerad i en central enhet bland andra. Vilket är fallet för samtliga informanter.

BOP- och POM-teamen startade som försöksverksamheter och blev permanenta efter fyra respektive två år. PO-Skåne har anbuds-förfarande vilket innebär att respektive kommun i avtal lämnar i uppdrag åt föreningen att utföra tjänsten personliga ombud. Kommunen bekostar uppdraget som sedan utförs av PO-Skåne, vid avtalstidens utgång sker omförhandling. INM drivs i privat regi. Region Skåne, landstinget, betalar en avgift per patient till INM för att utföra behandlingsuppdraget. Samtliga verksamheter är relativt nyetablerade, BOP-teamet bildades 1993 och övriga under de senaste sex åren.

Problemområdena för en case management organisation korresponderar med de allmängiltiga problemområdena för människobehandlande organisationer(ibid):

1. Att uppnå ett enande om vad välfärd och välbefinnande innebär. För informanternas målgrupper kan detta definieras som avsaknad/minskning

- av de problem en psykisk störning och ett eventuellt missbruk medför för klienten i dennes dagliga liv.
2. Människor är föränderliga vilket gör att de stöd- och behandlingsinsatser organisationen använder kräver en hög grad av flexibilitet samtidigt som de har sin grund i en evidensbaserad metodik. De informanter som arbetar med behandling har angivit att de använder ett flertal skilda behandlingsmetoder, utgående från evidens, i sitt arbete för att kunna möta klienten på det behandlingsstadium denne befinner sig.
 3. För att motivera verksamhetens fortgående krävs att den kan uppvisa resultat. De mänskliga egenskaper det är organisationens uppdrag att förändra är svåra att mäta. De upplevde, subjektiva värdena, som exempelvis välbefinnande är svårare att mäta än de fysiska, som alkohol- och drogmisbruk och frekvensen av inläggningar i psykiatrisk slutenvård. Vilket i forskningen leder till att det mer förlitas på fysiskt mätbara värden (Öjehagen & Cruse, 2003, Socialstyrelsen & Länsstyrelsen i Skåne Län, 2006, Socialstyrelsen, 2004). Samtliga informanter tar upp den neråtgående frekvensen av inläggningar men pekar också på den feedback de får av klienterna om hur dessa upplever sitt välbefinnande som en måttstock på hur väl insatserna fungerar.

En av grunderna, i de case management modeller informanterna verkar i, är att verksamheten är samhällsbaserad och uppsökande. Ovanstående problemområden blir då en oundviklig del av organisationen. För att uppdraget ska kunna utföras fördras att organisationen är fristående i hög grad, för att undvika intressekonflikter och för att case managern ska kunna vara opartisk. Kärnan i case managerns uppgift är rollen som advokat för klienten. Hon eller han har alltid haft uppdraget att verka för klientens rättigheter och behov och inte som företrädare för någon offentlig institution som även har organisationens behov att tillvarata.

7 SAMMANFATTNING

Syftet med denna uppsats var att undersöka hur case managers organiserar sitt arbete samt vilka uppgifter de har beroende på organisation och arbetsmodell. För att precisera syftet ställdes frågorna:

- Vilka uppgifter har en case manager?
- Hur beskriver informanterna respektive arbetsmodell och vilka för- och nackdelar ser de med sitt arbete?

Samtliga informanter verkade i människobehandlande organisationer som i skilda grader var fristående från kommun och/eller landsting; samtliga var fysiskt fristående genom verksamhetens placering. Två var även, i viss grad, ekonomiskt fristående genom anbudsförfarande. Arbetet organiseras till största delen självständigt och utifrån klientens behov.

En case managers grundläggande uppgift är att se till att de stöd- och behandlingsinsatser klienten har behov av utifrån ett biopsykosocialt perspektiv kommer honom till del i den omfattning som klienten har laglig rätt till. Förutom att agera som mäklare har case managern en advokatroll: att föra klientens talan så att dennes rättigheter kommer honom tillgodo.

Uppgifterna för en case manager är att:

- Skapa en förtroendefull relation till klienten för att övervaka och tillgodose dennes behov av stöd- och behandlingsinsatser.
- Arbeta för att öka klientens sociala livsområden som boende, sysselsättning och sociala kontakter.
- Arbeta samhällsbaserat, uppsökande för att kunna möta klienten på dennes arena.
- Tillgodose att klienten får långvariga behandlings- och stödinsatser med kontinuitet.
- Tillgodose att klienten är delaktig i planeringen av stöd och behandling.

Informanternas uppgifter stämde väl överens med hur case management modellerna beskrivs i litteraturen. Trots att varken de informanter som placerades under klinisk case management eller resursmodellen uttryckligen sade sig arbeta efter dessa specifika modeller.

Fördelarna uttrycktes av informanterna som att för egen del kunna arbeta relativt fritt och självständigt. Från klienterna sågs fördelar i den feedback de gav om sitt mående och en neråtgående trend i antalet inläggningar i slutenvård, vilket samtliga informanter såg som en god måttstock på sitt arbete. Fördelar för case management modellerna framkom också i dels den samhällsekonomiska vinst de genererar, dels i den etiska vinst arbetsmetoden utgör för klienterna i form av ökat välbefinnande.

Nackdelarna kom till uttryck i en önskan om ökade resurser då de flesta av informanterna ansåg att fler kunde behöva tillgodose av dylika stöd- och behandlingsinsatser. Ingen av informanterna gav uttryck för några nackdelar för respektive arbetsmodell, mer än påpekande att arbets sättet är sårbart i meningen att klienterna är tätt knutna till respektive case manager. Vilket dock är en oundviklig del av den grund i en tät relation som samtliga av informanternas case management modeller bygger på.

En föresats med uppsatsen var att försöka ge en generaliserad bild av case management. Något som ej lyckats fullt ut då modellerna har alltför många olikheter, som:

- Ensam- och teamarbete.
- Huvudinriktning på stöd- alternativt behandlingsinsatser eller både och.
- Skilda yrkesprofessioner.

8 SLUTORD

Gemensamma nämnare som varit konstanta i samtliga modeller är case managerns uppdrag att organisera, planera och samverka för klientens vård- och stödbehov. Visserligen har case managerns roll ändrats från att enbart utföra detta till att själv aktivt ta del i behandlingsarbetet men även i ACT-modellen kvarstår detta uppdrag. Alla former av behandling och stöd ges inte i klientens hemmiljö och bör så inte heller göras.

En case managers verksamhet syftar till att stödja klienten på vägen till integration i samhället. När denna väg når sitt slut är också case managerns uppdrag avslutat. Uppdraget har aldrig varit att skapa entiteter av slutna miljöer ute i samhället därför bör också avslutandet av kontakten inte förloras i sikte. Vi fann inte exempel på att så skett i vår studie, kanske beroende på att verksamheterna var relativt nya, men det finns en risk inbyggd i arbetsmodellerna; vilka bygger på en nära och intensiv kontakt under åtskilliga år, att avslut inte sker i tid. Vilket i förlängningen skulle leda till att målet att klienten ska bli så självständig som möjligt går förlorat.

För klienter med både en svår psykisk störning och ett missbruk ligger ansvaret hos skilda huvudmän; landstinget och kommunen. Vilket kan få konsekvenser som att klienten först går till psykiatrin och får lugnande medicin för att sedan gå vidare till socialtjänsten som försöker motivera honom till sysselsättning. Det så omhuldade helhetsperspektiv, som de flesta människobehandlande organisationer säger sig ha, går helt förlorat i klientens rundgång mellan samhällets institutioner. Utan en uppsökande verksamhet kan det vara nästintill omöjligt att nå denna klientgrupp med adekvata insatser.

Samarbete har inget självändamål. Det behövs först när klientens behov kräver insatser från olika kompetensområden. När välfärdssystemet alltmer differentieras innebär det att desto mer specialiserad en verksamhet blir desto större blir beroendet av andra aktörer. Allt fler blir involverade i klientens liv, bara inom exempelvis socialtjänsten kan en och samma klient ha en handläggare för ekonomi, en för bostad, en för missbruk också vidare. Helhetssynen på klienten försvinner redan i den egna organisationen. Har dessutom klienten behov av insatser från skilda organisationer ökar successivt antalet aktörer som alla sitter och gör sin insats utan att veta vad andra gör. Något som starkt talar för behovet av en person med överblick över antalet insatser och klientens behov, till exempel ett personligt ombud. Någon som kan hjälpa till att navigera rätt i djungeln av ett alltmer differentierat välfärdssystem.

För en fristående och relativt nyetablerad organisation krävs en högre grad av motivering till fortgående än av redan etablerade organisationer. Även om motiveringen lyckas kan fortgåendet misslyckas om till exempel den ekonomiska nettovinst som blir följderna av exempelvis färre inläggningar i psykiatrisk slutenvård, inte kommer den huvudman som betalar för tjänsten till del. Vilket är fallet med till exempel kommunens förhållande till de personliga ombuden där den ekonomiska vinsten i huvudsak kommer landstingen tillgodo. I tider av besparingar kan det då bli att bortprioriteringarna drabbar det som är lättast att skära bort: en fristående och ny organisation som inte genererar någon ekonomisk vinst, tvärtom en förlust, för den verksamhet som står för kostnaden.

Detta kan delvis vara en förklaring till att case management inte är mer utbyggt än det är trots de samhällsekonomiska vinster den genererar. Det är talande att en förhållandevis fattig storstadskommun som Malmö inte har ett enda ACT-team. Det som rör andra verksamheter förflyttas till periferin och ansett som någon annans huvudområde. Kortsiktiga åtgärder prioriteras inom de olika verksamheterna istället för ett långsiktigt perspektiv med höga initialkostnader, vilket ett ACT-team innebär. Det blir ekonomiskt lönsamt först på kommande årsbudgetar och då kanske i en annan huvudmans budget.

Istället för att skrapa flera case management modeller på ytan kunde uppsatsen istället ha fokuserat på en modell. En följd av större insikt i en modell hade dels givit utrymme för en mer kritisk granskning vilket exempelvis hade kunnat klargöra nackdelar med arbetsmodellerna, något vi ej lyckats med, dels givit ett mindre brokigt intryck än när ett flertal ska studeras på en relativt kort tid och på ett begränsa utrymme. En strävan av att vara allomfattande inom ramen för en c-uppsats lät sig ej genomföras fullt ut.

En av informanterna påpekade att vårt ämnesval var ett jungfruligt forskningsområde. Något vi blivit uppmärksammade på vid åtskilliga tillfällen under arbetets gång. Det är mycket tal om evidens när det gäller case management men lite distinktion emellan vilka områden som verkligen är evidensbaserade. Begreppet evidensbaserad vård kommer från sjukvården och berörde från början fysiska sjukdomar, så småningom anammades det av psykiatrin för att likställa dess status med det medicinska området. Till att idag blivit ett nytt honnörsord även inom till exempel socialtjänsten.

Problemet med evidens när den appliceras på områden som är svåra att mäta som välbefinnande, är att begreppet ofta blir innehållslöst när det byggs upp på forskningsstudier som egentligen inte har så mycket belägg för vad de påstår. Inom svensk forskning finns mycket lite gjort på området case management. Det mesta materialet består av Socialstyrelsens åtskilliga utvärderingar av insatsen personligt ombud, som nästan samtliga saknar kontrollgrupper och därför inte säger så mycket om resultaten.

Det är lätt glömt, och sammanblandas ofta, att det som faktiskt är evidensbaserat oftast handlar om behandlingsmetoderna inte om arbetsformen. Det bör även betänkas att mycket av den forskning som gjorts inom case management utomlands inte alltid är direkt applicerbar på svenska förhållanden. Det finns en rad framtida forskningsfält inom detta område, bland annat skulle vi vilja se:

- Fler och mer omfattande resultatjämförelser med kontrollgrupper.
- Innefattande av klientperspektiv i samtliga case management modeller.
- Studier som försöker gripa mer omfattande över hela fenomenet case management.

Det sistnämnda var en väg vi själva försökte beträda i blygsam skala i denna uppsats. Att försöka skapa en översiktlig bild av vad case management är och innebär. Något som skulle kunna ha relevans särskilt inom området för socialt arbete där det fortfarande är ett relativt okänt fenomen.

9 REFERENSER

- Björkman, T (2000) *Case management for individuals with severe mental illness: a process-outcome study of ten pilot services in Sweden*. Lund: Lunds Universitet.
- Boklund, A (1987) *Samverkan inom socialtjänsten*. Stockholm: Stockholms Universitet.
- Brusén, P (2005) Psykiatrireformen. I: Mallander, O & Tideman, M (Red) *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad*. Lund: Studentlitteratur, ss 41-62.
- Burns, T & Firn, M (2005) *Samhällsbaserad psykiatrisk vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Danemark, B & Kullberg, C (1999) *Samverkan: välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejd, M (2005) *Case management tvingar vårdgivare att samverka*. Vårdfacket, bilaga, nr. 9, 2005.
- Essock, S, Mueser, K, Drake, R, Covell, N, McHugo, G, Frisman, L, Kontos, N, Jackson, C, Townsend, F & Swain, K (2006) *Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders*. ><http://ps.psychiatryonline.org/content/vol57/issue2/>< 2006-04-15.
- Falloon, I, Fadden, G, Borell, P, Kärräng, L, Ivarsson, B & Malm, U (1997) *Integrerad psykiatri*. Värnamo: Psykologia.
- Gilje, N & Grimen, H (1993) *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Göteborg: Daidalos.
- Gren, J (1996) *Etik i socialt arbete*. Stockholm: Liber.
- Hatch, M J (2002) *Organisationsteori: moderna, symboliska och postmoderna perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Intagliata, J (1982) *Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management*. Schizophrenia Bulletin 8:4, ss 655-674.
- Jeffery DP, Ley A, McLaren S, Siegfried N (2000) *Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2. ><http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD001088/frame.html>< 2006-04-15.
- Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, H & Morén, S (1988) *Organisationens mänskliga insida: om det sociala arbetets utvecklingsmöjligheter*. Umeå: Umeå universitet, institutionen för socialt arbete.

- Larsson, O & Malm, U (2002) En biopsykosocial helhetssyn för en integrerad psykiatri. I: Malm, U (Red) *Case management: evidensbaserad integrerad psykiatri*. Lund: Studentlitteratur, ss 167-182.
- Malm, U (2002) *Case management: evidensbaserad integrerad psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin (1994) *Patient*. Höganäs: Bra Böcker.
- Nationell psykiatrisamordning (2005) *Varför brister samarbetet kring psykiskt funktionshindrade?*
>http://www.sou.gov.se/psykiatri/z_PDF/rapport_samverkan.pdf<
2006-02-14.
- Nylén, U (2005) *Att presentera kvalitativ data*. Malmö: Liber.
- Regeringens proposition 1993/94:218. *Psykiskt stördas villkor*.
- Revisorerna i region Skåne (2004). *Granskning av vård och omsorg om psykiskt störda missbrukare*. Stockholm: Ramböll Management.
- Rosengren, K-E & Arvidson, P (2002) *Sociologisk metodik*. Malmö: Liber.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000) *Evidence-based medicine*. Churchill: Livingstone 2nd edition.
- Socialstyrelsen (1999:1) *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1999:5) *Psykiatriuppföljningen: att samarbeta kring psykiatrireformens klienter*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003) *Mål och metoder: att arbeta som personligt ombud*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004) *Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder: en sexårsuppföljning av tio försöksverksamheter*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen & Länsstyrelsen i Skåne Län (2006) *Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personliga ombud*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000. *Statsbidrag till kommuner för uppbyggnad av verksamheter med personliga ombud*.
><http://www.sos.se/sos/publ/medblad/mb0014.htm>< 2006-02-14.
- SoS-rapport 1996:14. *Psykiskt störda missbrukare*. Linköping: Socialstyrelsen.
- SOU 1992:73. *Välfärd och valfrihet service, stöd och vård för psykiskt störda: slutbetänkande av psykiatriutredningen*. Stockholm: Allmänna.

Stein, L & Santos, B (2004) *Psykiatriskt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Svensk författningssamling 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag*.

Svensson, P-G & Starrin, B (red) (1996) *Kvalitativa studier i teori och praktik*.
Lund: Studentlitteratur.

Wallén, G (1996) *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Öjehagen, A & Cruce, G (2003) *Behandling och stöd till personer med psykossjukdom och missbruk: ett samverkansprojekt mellan psykiatri och socialtjänst*. Lund: Lunds universitet, institutionen för klinisk neurovetenskap, avdelningen för psykiatri (opublicerad rapport).

BILAGOR

Bilaga 1

FRÅGEFORMULÄR I

Standard- och resursmodeller (ensamarbete)

01. Till vilka klientgrupper vänder ni er?
02. Vilken organisation (landsting/kommun/annan) tillhör ni?
03. När kan klienterna komma i kontakt med dig? Om ej dygnet runt, anser du att omfattningen av tillgängligheten är tillräcklig?
04. Går någon annan in och ser till klientens behov när du till exempel har semester? Om ja, vem? Om kollega, i vilken omfattning delas klienter?
05. Bedriver ni någon uppsökande verksamhet? Om ja, i vilken form?
06. Hur många klienter har du? Hur många har dina kollegor?
07. Har verksamheten någon uttalad arbetsmodell eller –metodik som arbetet utgår från? Om, ja, hur tycker du att den omsatts i praktiken?
08. Vilka samarbetar ni med?
09. Ser du några fördelar med att arbeta ensam?
10. Ser du några nackdelar med att arbeta ensam?
11. Anser du att verksamheten kan förbättras i något avseende? Om ja, på vilket sätt?
12. Finns det något som vi inte har tagit upp som du tycker är viktigt att tillägga?

Bilaga 2

FRÅGEFORMULÄR II

Resurs- (team) och ACT-modeller (team)

01. Till vilka klientgrupper vänder ni er?
02. Vilken organisation (landsting/kommun/annan) tillhör ni?
03. När kan klienterna komma i kontakt med dig? Om ej dygnet runt, anser du att omfattningen av tillgängligheten är tillräcklig?
04. Finns det någon skillnad i arbetsuppgifter/kompetens (medicinsk/social med mera) inom teamet? Om ja, vilka?
05. Anser du att det hade behövts någon ytterligare kompetens i teamet? Om ja, vilken?
06. Delas klienter inom teamet? Om nej, vem ser till klientens behov när du till exempel har semester? Om kollega, i vilken omfattning delas klienter?
07. Bedriver ni någon uppsökande verksamhet? Om ja, i vilken form?
08. Hur många klienter har du? Hur många har dina kollegor?
09. Har verksamheten någon uttalad arbetsmodell eller –metodik som arbetet utgår från? Om, ja, hur tycker du att den omsatts i praktiken?
10. Vilka samarbetar ni med?
11. Ser du några fördelar med att arbeta i ett team?
12. Ser du några nackdelar med att arbeta i ett team?
13. Anser du att verksamheten kan förbättras i något avseende? Om ja, på vilket sätt?
14. Finns det något som vi inte har tagit upp som du tycker är viktigt att tillägga?