

Att inte släppa taget

**En utvärdering av SAM-teamet
- ett Case management-projekt i Järfälla
och Upplands-Bro 2006-2008**

Slutrapport 2009

Martin Åberg

Katarina Piuva



Forskningsrapport 2009:1
ISBN 978-91-89681-20-0
ISSN 1651-7830

Martin Åberg och Katarina Piuva

Att inte släppa taget
En utvärdering av SAM-TEAMET
- ett Case management-projekt i Järfälla och Upplands-Bro 2006-2008

Slutrapport 2009

Forskningsrapport 2009:1

FoU-Nordväst – Forsknings- och utvecklingsenheten för socialtjänstens individ- och familjeomsorg i nordvästra Stockholm: Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Upplands-Bro, Upplands Väsby

Beställning görs från:
Post: FoU-Nordväst, Tingsvägen 17 B, 191 86 Sollentuna
Fax: 08-625 17 69
E-mail: fou-nordvast@sollentuna.se

© Alla rättigheter förbehållna Forsknings- och utvecklingsenheten samt författarna
Tryck: FoU-Nordväst, Sollentuna 2009
ISBN: 978-91-89681-20-0
ISSN: 1651-7830

Förord

”Att inte släppa taget. Att inte låta dom försvinna. Dom har försvunnit så många gånger i sitt liv så dom har inget förtroende för någon överhuvudtaget.....”

Den här rapporten handlar om SAM-teamet, ett samarbete mellan beroendevården, öppenvårdspsykiatri och två kommuner, Järfälla och Upplands-Bro. Det har varit ett långsiktigt och tålamodskrävande arbete, som gett resultat. Det täta samarbetet, inom styrgruppen och dess huvudmän, samt mellan projektets medarbetare, har lett till vinster framförallt för de personer som ingår i målgruppen. Det handlar om människor med stora livsproblem i form av psykisk sjukdom eller störning och missbruk, som vanligtvis blivit föremål för många punktinsatser från olika vårdgivare, vilket inte lett till någon varaktig förändring. För personer i denna grupp går det med andra ord inte att utforma någon behandling eller andra insatser på samma sätt, som de inblandade organisationerna vanligtvis möter sina brukare.

Det handlar om enträgenhet och tid. SAM-teamet visar att deras arbete som Case manager med Assertive Community Treatment (ACT-modellen) leder till att brukarna får stöd inom flera områden, vilket bland annat lett till nästan en halvering av antal dygn de varit i slutenvård. SAM-teamet har också arbetat med hög programtrogenhet och god dokumentation, vilket inneburit att det positiva utfallet för brukarna gått att identifiera.

FoU-Nordväst har på uppdrag av projektägarna genomfört denna utvärdering. Ansvarig för design och genomförande är Katarina Piuva, fil dr och FoU-forskare. Martin Åberg, socionom och FoU-assistent har medverkat i datasammanställning och analys. Inför de satsningar som nu sker inom missbrukarvården, socialpsykiatri och öppenvårdspsykiatri i nordvästra Stockholmsregionen har de bidragit med en viktig kunskapsbas om det möjliga att nå några av de mest utsatta grupperna vi kommer i kontakt med inom socialt arbete – människor med komplexa vårdbehov.

Sollentuna i mars 2008

Ann Palm

FoU-chef

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	7
1. INLEDNING & BAKGRUND	9
<i>En utvärdering av SAM-teamet. Ett Case management-projekt i Järfälla och Upplands-Bro kommuner</i>	9
<i>Uppdraget och utvärderingens syfte</i>	9
2. KUNSKAPSÖVERSIKT	11
<i>Inledning</i>	11
<i>Historik</i>	11
<i>Behandlingsmetoder – uppföljning och forskning</i>	12
<i>Samverkan</i>	15
3. UTVÄRDERINGSMODELL	17
<i>Utvärderingsinstrument</i>	17
<i>Utvärderingens design</i>	18
<i>Sammanställning av resultat</i>	19
4. RESULTAT	20
<i>SAM-teamet. Ett Case management-projekt i Järfälla och Upplands-Bro kommuner</i>	20
<i>Sammanställning av intervjuer och fokusgrupp</i>	22
<i>Uppföljning av brukarnas hälsa, missbruk och livskvalitet</i>	30
<i>Resultatet av brukarenkäten</i>	39
<i>Bedömning av vårdkonsumtion</i>	45
<i>Sammanfattning av resultat</i>	46
5. DISKUSSION	49
6. REFERENSER	51
<i>Litteratur</i>	51
<i>Elektroniska källor</i>	53

SAMMANFATTNING

En utvärdering av SAM-teamet. Ett Case management-projekt i Järfälla och Upplands-Bro kommuner

Bakgrund

Projektet finansieras främst med medel från regeringens satsning på ”psykiatri och socialt stöd och omsorg för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder”. För att kunna ansöka om projektmedel förutsattes det att kommuner och landsting sökte gemensamt samt hade en gemensam plan för projektet (Regeringsuppdrag: S2005/441/HS). Järfälla och Upplands-Bro kommuner, Psykiatri Nordväst samt Beroendecentrum Stockholm sökte, med bakgrund av detta, medel för att bygga upp en verksamhet för personer med komplexa vårdbehov.

Våren 2007 gavs FoU-Nordväst i uppdrag att utvärdera projektet. Inom ramen för projektet har en integrerad verksamhet, enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment), byggts upp för att förbättra vården och omsorgen om personer med komplexa vårdbehov. Järfälla och Upplands-Bro kommuner har tillsammans med landstingets beroendevård och den psykiatriska vården utvecklat ett integrativt arbetssätt för de individer som har behov av samtidiga insatser från flera huvudmän. Satsningen inbegriper utbildning och anställning av Case managers som ska samordna insatserna och utveckla ett nätverksorienterat arbetssätt. Ett team upprättades med representanter från de olika huvudmännen. Teamet ska inneha samlad medicinsk, social och psykiatrisk kompetens för att på bästa sätt möta behovet hos de hjälpsökande.

Utvärderingens syfte

Utvärderingens syfte och frågeställningar har formulerats utifrån verksamhetens intentioner och syfte. Utvärderingen består dels av en uppföljning av de personer som omfattats av projektets insatser samt dels en beskrivande del avseende organisation, samverkan och arbetsmetod.

Utvärderingens metodologiska ansats

Undersökningsmetoderna som tillämpas i denna utvärdering har både en kvalitativ och kvantitativ ansats. För bedömningen av klienternas/patienternas hälsa, missbruk och livskvalitet användes instrumenten GAF-F, CAN, KASAM, Audit och Dudit. En brukarenkät användes vid datainsamlingen med syftet att undersöka hur klienterna/patienterna värderade insatserna. En fokusgruppintervju med de anställda Case managerna genomfördes för att få en bild av bland annat arbetsmetod och yrkesroll. Intervjuer med styrgruppsrepresentanter gav information om projektets tillkomst, organisation och samverkansmöjligheter. Statistik angående omfattningen av klienternas institutionsvistelser och slutenvårdsdygn inhämtades för att få en jämförande bild av huruvida Case manager-insatsen påverkat projektdeltagarnas vårdkonsumtion.

Resultatet av utvärderingen

Som benämningen antyder har det inte varit problemfritt att arbeta med målgruppen personer med komplexa vårdbehov. Den kontaktskapande fasen kan vara lång, men ACT-modellens förespråkande av enträget arbete är något Case managerna har tagit fasta på. Av de 43 individer som deltagit i projektet har endast ett fåtal lämnat verksamheten för att de inte ville ha det erbjudna stödet. Att arbeta uppsökande betonas som en viktig del av arbetet för att upprätthålla den kontinuerliga kontakten. Vidare framgår det av fokusgruppintervjun att en god relation mellan Case manager och klient är avgörande för att positiva förändringar ska

kunna äga rum. Utifrån de skattningar som gjorts, med CAN, GAF-F, Audit, Dudit och KASAM, är det svårt att dra några definitiva slutsatser eftersom bortfallet är stort. Medelvärdena indikerar dock förbättringar för de klienter som skattats vid två tillfällen. De största behovsområdena, hos dem som genomfört en CAN-skattning, är *allvarliga psykiska symtom* och *emotionella besvär*. Inom dessa områden återfinns också de flesta pågående insatserna. Resultatet av brukarenkäten visar att brukarna är nöjda med insatsen i stort. Mest stöd upplever de att de får med sin psykiska hälsa vilket bekräftas av de CAN-skattningar som gjorts. Efter drygt ett års arbete verkar fokus hittills legat på förbättrad psykisk hälsa och mindre missbruk. Sammantaget ges höga omdömen till Case manager-stödet. Det sammanlagda antalet slutenvårdsdygn inom psykiatrin har nästan halverats under den studerade tidsperioden. Trots det har ett flertal individer fått mer psykiatrisk vård efter deltagande i projektet. För kommunernas del har antalet vård dygn ökat. Beroendevården har en viss minskning av antalet vård dygn för projektets deltagare. Vid en uppföljning av de 14 första personerna med Case manager blir tendensen tydligare att vård dyggen inom psykiatrisk vård minskar medan vård dyggen inom HVB- institutioner ökar.

I den avslutande diskussionen berörs det mångfacetterade begreppet ”komplexa vårdbehov” samt Case managernas huvuduppgift, att inte släppa taget. Vidare diskuteras de organisatoriska förutsättningarna för god samverkan mellan flera huvudmän i relation till resultatet. Diskussionen avrundas med några avslutande reflektioner angående hur insatsen case management ska kunna nå sin fulla potential.

1. INLEDNING & BAKGRUND

En utvärdering av SAM-teamet. Ett Case management-projekt i Järfälla och Upplands-Bro kommuner

Projektet har syftet att starta och fortlöpande bedriva en integrerad verksamhet för att förbättra vården och stödet till individer med komplexa vårdbehov. De personer som verksamheten vänder sig till har samtidigt missbruk och psykisk sjukdom. Järfälla och Upplands-Bro kommuner har tillsammans med landstingets beroendevård och psykiatriska mottagningar utvecklat ett integrativt arbetssätt för de individer som har behov av samtidiga insatser från flera huvudmän. Satsningen inbegriper utbildning och anställning av Case managers som ska samordna insatserna och utveckla ett nätverksorienterat arbetssätt. Ett team har upprättats med representanter från de tre olika huvudmännen: kommunerna, den psykiatriska öppenvården och beroendemottagningarna. Teamet har denna samlade kompetens för att på bästa sätt möta behovet hos de hjälpsökande (Projektansökan 2005-03-17).

Målgruppen är personer som både har ett missbruk och en psykisk sjukdom, psykisk störning, psykiskt funktionshinder eller en neuropsykiatrisk störning. Dessa personer har en mer komplicerad problembild än andra. Psykiska störningar och missbruk påverkar alltid varandra negativt. Enligt Nationell psykiatrisamordnings bedömning (SOU 2006:100) ska personer med denna dubbla problematik alltid få insatser som är anpassade till deras speciella behov.

Teamets roll är att genom nära samarbete och kontinuerliga möten etablera bärande relationer med de aktuella klienterna. Teamet ska gemensamt ansvara för allt som rör klientens situation och upparbeta fungerande samarbete med klienternas stödsystem. Det kan röra sig om kontakter med familj, hyresvärd, arbetsgivare, frivården, frivilligorganisationer och instanser för sociala, medicinska och psykiatriska insatser. Vidare ska teamet fungera som ombudsmän för klienterna och på så sätt bevaka deras samhällsliga rättigheter. Lättillgänglighet och uppsökande arbete är en annan del i case management-metoden liksom att arbeta intensivt med varje individ (Projektansökan 2005-03-17).

Uppdraget och utvärderingens syfte

Uppdraget

FoU-Nordväst fick i uppdrag att utvärdera projektet Case management i Järfälla och Upplands-Bro våren 2007. En utvärderingsplan utformades och medel avsattes för utvärderingen. Personalen var på plats vid 2007 års början vilket markerar projektets startpunkt. Utvärderingstiden sträcker sig från augusti 2007 till och med oktober 2008. En delrapport har publicerats 2008-03-04.

Syfte

Utvärderingens syfte och frågeställningar har formulerats utifrån verksamhetens intentioner och syfte. Utvärderingen består dels av en uppföljning av de personer som omfattats av projektets insatser, dels av en beskrivande del avseende organisation, samverkan och arbetsmetod.

Frågeställningar

Följande frågor har styr utvärderingen:

- Har case management-insatsen förändrat brukarnas psykiska hälsa, omfattning av missbruk samt livskvalitet?
- Hur värderar brukarna case management-insatsen?
- Har case management-insatsen lett till någon förändring avseende slutenvårdsinsatser/institutionsvistelser?
- Har brukarna fortsatt kontinuerlig kontakt med olika behandlingssystem?
- Har case management-insatsen förändrat brukarnas boendesituation?

2. KUNSKAPSÖVERSIKT

Inledning

Denna översikt har för avsikt att sätta in det lokala projektet i Järfälla och Upplands-Bro i ett större sammanhang. I detta avsnitt ges således en översiktlig genomgång av framväxten av det nuvarande samhällsstödet för personer med psykiska funktionshinder. Dessutom ges en överblick över kunskapsläget gällande case management och integrerad behandling. Eftersom detta projekt har flera huvudmän finns även en beskrivning av organisatoriska förutsättningar för samverkan.

Historik

Avinstitutionaliseringen

Svensk psykiatri har sedan 1980-talet genomgått en gradvis avinstitutionalisering. Denna process följde en internationell trend på området. Konkret innebar detta att antalet vårdplatser minskade samtidigt som öppenvårdsbaserade psykiatriska insatser ökade. Detta medförde även ett ökat behov av anpassat stöd i det vardagliga livet i bostaden, på arbetsplatser och i socialt samspel. Internationellt har under de senaste 25 åren olika typer av mer intensivt patient/klientinriktat samhällsbaserat arbete prövats för personer med psykisk sjukdom och sammansatta behov av vård, socialt stöd och rehabilitering (SOU 2006:100).

Psykiatrireformen

Syftet med psykiatrireformen, som genomfördes 1995, var att de långvarigt psykiskt sjuka skulle få ökade möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället. Med bakgrund av detta betonades social integration, omsorg, stöd och service, och alltså inte enbart medicinsk vård och behandling (Markström, 2003).

Psykiatriutredningen föreslog i sitt slutbetänkande Valfärd och valfrihet (SOU 1992:73) att "långvarigt och allvarligt psykiskt störda" skulle få rätt till personliga ombud. Utredningen byggde sitt förslag på studier av *case management*, en stödform som utvecklats i USA och Storbritannien. Dess utgångspunkt var att psykiskt sjuka behöver vård, stöd och service från en rad olika organ för att kunna leva ett självständigt liv ute i samhället. Case management blev lösningen för att bemöta behovet av en samordnande funktion för målgruppen. Även i Sverige behövdes en sådan samordnande funktion av insatserna till psykiskt sjuka personer och den fick benämningen *personligt ombud* (Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000).

Nationell psykiatrisamordning

Ytterligare en statlig psykiatrisatsning blev aktuell 2003. Då tillkallades en Nationell psykiatrisamordnare ledd av Anders Milton. Nationell psykiatrisamordning hade bland annat som uppgift att fördela medel till kommuner och landsting som ansökt om resurser för att utveckla samordning, rehabilitering samt verksamhetsutveckling för personer med psykiska funktionsnedsättningar / funktionshinder med komplexa vårdbehov (Regeringsuppdrag: S2005/441/HS). De så kallade Miltonmedlen var således statligt finansierade stimulansbidrag för samverkan mellan kommun och landsting kring personer med psykiska funktionshinder.

Nationell psykiatrisamordning betonade i sitt slutbetänkande Ambition och ansvar (SOU 2006:100) att kommuner och landsting skulle uppmärksamma personer med stora och komplexa vårdbehov och finna gemensamma lösningar för att möta deras behov. Vidare föreslog de en svensk motsvarighet till ACT-team för att säkra kontinuiteten och ett multidisciplinärt förhållningssätt i behandlingen av dessa individer.

Nationell psykiatrisamordning formulerade tillsammans med Nationell narkotikapolitisk samordning (Mobilisering mot narkotika) en programförklaring under våren 2005. Denna programförklaring syftar till att belysa vissa grundförutsättningar för att bättre möta behoven hos personer med både psykisk sjukdom och missbruksproblem.

Missbruk och samtidigt psykisk sjukdom – en programförklaring i tio punkter:

1. Öka medvetenheten.
2. Missbruk och psykisk sjukdom ska behandlas samtidigt.
3. Erbjud lättillgänglig vård.
4. Alla ska ha makt över sitt eget liv.
5. Anpassa organisationer och verksamheter.
6. Prioritera personer med dubbel problematik.
7. Gemensam behovsanalys krävs.
8. Samordna insatserna.
9. Använd resurserna mer effektivt.
10. Insatserna måste bygga på gemensam grundsyn.

(Ambition och ansvar, SOU 2006:100)

Behandlingsmetoder – uppföljning och forskning

Behandling av psykiskt störda missbrukare

Det finns en relativt omfattande internationell forskning om samsjuklighet (missbruk och psykisk störning), och ”integrerad behandling” rekommenderas som den mest framgångsrika¹ modellen för denna grupp (Ziedonis, D. M. 2005). Svåra personlighetsstörningar samt schizofreni och schizofrenilika tillstånd kan ha en allvarlig påverkan på individens funktionsnivå. Trots att det finns metoder för behandling av psykisk störning och samtidigt missbruk så är ofta funktionshindren hos många individer mångåriga eller till och med livslånga. Med detta sagt måste det finnas beredskap, hos både behandlare och organisationer, att insatser ofta inte leder till fullständig hälsa och social självständighet (Palmstierna, 2004).

Integrerad behandling

SBU-rapporten (2001) konstaterar utifrån en sammanställning av 10 studier av integrerade behandlingsprogram att bättre resultat kan påvisas än vad som är fallet i organisatoriskt åtskilda behandlingar. En analys av nio randomiserade studier visade att missbrukare med svår psykisk störning eller personlighetsstörning som behandlades för både sitt missbruk och sin psykiska sjukdom uppnådde bättre resultat än vid behandling av enbart missbruket.

Enligt Meuser (2001) består integrerad behandling av ett antal nödvändiga komponenter.

- Verksamheten ska vara aktivt uppsökande och därmed ska insatserna bedrivas främst i individens närmiljö.
- Behandlingen ska inriktas på omlärning. Med detta avses att förändra vanor som har med missbruket att göra. En meningsfull sysselsättning är viktig i detta sammanhang.
- Klienten/patienten måste vara delaktig i sin behandling. Beslut om insatser måste fattas ömsesidigt mellan behandlare och klient/patient. Vinsterna med ett gemensamt beslutsfattande är bättre utbildade patienter, större behandlingsföljsamhet, större tillfredsställelse med vården och förbättrade behandlingsresultat.

¹ Rekommendationer för evidensbaserad praktik (EBP) inom psykiatri för personer med schizofreni och drog/alkohol-missbruk. Rapport SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration i USA, Ziedonis et. Al. i J of Psych Pract, 2005:11(5):315-339.

- Behandlarna måste vara inställda på ett långvarigt åtagande. Eftersom individens förbättringsprocess sker långsamt förutsätter det ett långsiktigt behandlingsåtagande (för både personal och organisation).
- Vid eventuell läkemedelsbehandling för missbruk eller psykisk störning ska den användas integrerat med den psykosociala behandlingen. Många patienter/klienter har dålig följsamhet i läkemedelsbehandling vilket kan innebära exempelvis utdelning i hemmet.
- En stegvis förändrad behandlingsinställning som följer patientens/klientens olika faser av motivation och förändringsförmåga ("readiness to change").

Integrerad behandling beskrivs i internationell forskning som samtidig användning av psykosociala och medicinska metoder (biopsychosocial treatment). Behandlingsmodellen syftar till att överbrygga dualismen mellan medicinsk och psykosocial (psykodynamisk) behandling, eftersom patient/klientgruppen har livslånga problem som innebär ett behov av stöd inom flera livsområden (Gabbard, G. O. & Kay, J. 2001; Montero et. al 2007). Hållbara resultat uppnås inte heller om interventionen är kortvarig (Montero et. al. 2007).

Uppföljning av försöksverksamheter i Sverige

I samband med psykiatireformen sjuöppades tio försöksverksamheter med syftet att förbättra samverkan för personer med både svår psykisk sjukdom och missbruksproblem. Två huvudmodeller för samverkan prövades under en treårsperiod, dessa var behandlingsteam och vårdplaneringsteam. Efter ett och ett halvt år gjordes en uppföljning som visade att klienternas livssituation hade förbättrats, likaså relationerna, missbruket minskat, den psykiska och fysiska hälsan hade förbättrats samt kriminaliteten hade minskat. Det fanns dock kvarstående behov inom flera områden såsom arbete/försörjning, sociala relationer samt fysisk och psykisk hälsa. Slutenvårdskonsumtionen ökade under projektperioden för att sedan minska.

Resultaten pekade på behov av långsiktigt stöd. Gällande samverkan mellan socialtjänsten och psykiatrin fanns vissa problem trots de positiva resultaten. Det var främst kostnadsfördelningen som gav upphov till meningsskiljaktigheter. Efter projekttidens slut fortsatte fyra projekt med en organiserad samverkan mellan kommun och landsting. Efter fem år kunde 42 procent av klienterna följas upp, dessa representerades främst av personer med psykossjukdom. Förloppet över fem år visade att förbättringen för de personer som ingått i studien huvudsakligen skett under projekttiden. Drygt hälften av de intervjuade hade inga missbruksproblem efter fem år. Den sociala situationen hade förbättrats påtagligt och andelen som fått förtidspension/sjukbidrag hade ökat signifikant. Ingen var heller bostadslös. Sammantaget kvarstod dock behov av stöd och behandling inom flera områden såsom psykiska problem, alkoholproblem, sysselsättning och fysisk hälsa. En övergripande slutsats av uppföljningen var att en organisatoriskt beslutad samverkan kan underlätta arbetet med målgruppen och kan ge den enskilde ett professionellt nätverk vilket kan leda till bättre livskvalitet (Socialstyrelsen, 2004).

I en utvärdering av Ekermo och Zovko (2007), med fokus på metodutvecklingsarbete av ACT-projekt i tre landsting med samarbetskommuner, var en huvudfråga hur klienterna uppfattade Case management. Materialet omfattade intervjuer med sex klienter. Resultatet visade att klienterna inte hade så mycket vetskap om Case managern, uttalanden om förväntningar gjordes försiktigt men klienterna uttryckte sig ändå positivt. Ekermo och Zovko skriver vidare att en intervjuperson som haft en längre kontakt med sin Case manager visade uppskattning över stöd, hembesök, kontakt via telefon, bilskjuts, hjälp med myndighets- och vårdkontakter samt att de uppskattade att Case managern fanns till hands.

Ursprunget till case management-metoden

Case management-begreppet kommer ursprungligen från USA och Storbritannien. Där skedde omfattande omstruktureringar av mentalvården på 1980-talet och början på 1990-talet. De ideologiska nyckelorden bakom denna process var privatisering och management. Omstruktureringen var ett led i ett sökande efter att minska de statliga utgifterna för social service genom privatiseringar och ökad anpassning till marknadsprinciper. Detta kom i uttryck genom en uppdelning i inköpare av tjänster och de som tillhandahåller service. Managerns uppgift i detta ursprungliga upplägg var att bedöma individens behov, att planera ett servicepaket tillsammans med individen, att omsätta planeringen i praktiken, att övervaka hur integreringen av olika servicemoment fungerar och att utvärdera om resultatet av servicepaketet är till nytta för individen (Järkestig Berggren, 2006). Case management som arbetsform i Sverige introducerades efter psykiatrireformen och kan därmed dateras till mitten av 1990-talet (Socialstyrelsen 1999:1).

Case management – personligt ombud (PO)

Vad är då skillnaden mellan att arbeta enligt case management-modellen och att arbeta som personligt ombud? En kärnuppgift i flertalet modeller är att samordna vård och stödinsatser, alltså att ha en organisatorisk funktion. En funktion som ett personligt ombud har är att, på klientens uppdrag, ställa krav på organisationer med ansvar för stöd och service. Kärnan i case management-modellen är att bedöma behov och anordna stöd för en enskild individ. Det svenska personliga ombudet har inga medicinska uppgifter eller ansvar och har heller inte befogenheter att bedöma behov av insatser. Med bakgrund av detta är alltså ett personligt ombud inte en Case manager (Järkestig Berggren, 2006). Sammanfattningsvis är ett personligt ombuds huvuduppgift att bevaka en persons medborgerliga rättigheter medan case management snarare kan ses som en behandlingsmetod med samordning i fokus.

ACT-modellen - ett samhällsbaserat behandlings- och rehabiliteringsprogram

Assertive Community Treatment är en multiprofessionell case management-modell. Detta innebär att man arbetar utifrån ett team där det ska finnas såväl social, psykiatrisk som medicinsk kompetens. Tanken är att teamet ska tillhandahålla merparten av den service individen behöver och på så sätt minimera antalet inblandade. ACT-modellens målgrupp är personer med komplexa vårdbehov. Med detta menas en samexistens av ett psykiskt funktionshinder och missbruk. Enligt modellen ska teamet vara samlokaliserat och ha möjlighet att ta hjälp av varandra och på så sätt förhindra avbrott i vården pga. personalomständigheter. Varje person i teamet ska ha huvudansvar över ett begränsat antal klienter (ca tio) för att kunna arbeta intensivt med varje person och ständigt kunna vara tillgänglig vid behov (www.actassociation.org/actModel/).

Case managerns uppgift i initialfasen är att engagera sig och skapa en relation till vårdtagaren samt att bedöma behov och planera. Därefter kan Case managern föra samman individen med lämpliga samhällsresurser och bevaka att individen får det stöd denne är i behov av. Det långsiktiga målet är att främja ett självständigt liv för individen (Järkestig Berggren, 2006). ACT-modellens huvudprinciper är att det multiprofessionella teamet ska vara den *primära vårdgivaren* och ska arbeta *uppsökande* i individens lokala miljö. *Individuella vårdplaner* formuleras tillsammans med klienten för att fastställa behov och mål. Teamets medlemmar ska *enträget* assistera klienterna att fullfölja vårdplanens intentioner. Enligt ACT-modellen ska insatsen vara en *långsiktig* förändringsprocess. Vidare ska teamet uppmuntra till *arbetsrehabilitering*. Vid behov ska även *missbruksbehandling* erbjudas av teamet. En annan princip enligt ACT-modellen är att *upplysa* individen och dess nätverk om vad det innebär att ha ett psykiskt funktionshinder och på så sätt tillhandahålla verktyg för att bättre kunna hantera sin situation. Teamet ska även *inkludera individens nätverk* i behandlingen om det är möjligt. ACT-teamet ska även verka för att individen *integreras i samhällslivet* och på så sätt

motverka social isolering. Den sista huvudprincipen i ACT-modellen är att *uppmärksamma behov av sjukvård* (www.actassociation.org/actModel/).

Forskning om ACT

Marshall & Lockwood (1998) har undersökt effektiviteten av ACT-modellen, genom jämförelser med andra former av case management, i vården av personer med allvarliga psykiska störningar. De studerade utfallsområdena var om individerna behöll kontakt med olika behandlingssystem, omfattning av psykiatriska intagningar, kliniskt och socialt utfall samt vårdkostnader. ACT-modellen jämfördes med traditionell rehabilitering, case management och traditionell social vård. Studiens huvudslutsatser var att ACT är en klinisk effektiv metod för att behandla personer med allvarliga psykiska störningar. Substantiella minskningar i vårdkostnader kan förväntas med ACT-modellen liksom bättre utfall samt ökad tillfredsställelse bland vårdtagarna. Författarna till studien rekommenderade ACT som en effektiv metod vid arbete med personer med allvarlig psykisk störning.

Ett flertal reviews och systematiska uppföljningar har gjorts av metoden teambaserat ACT. 1997 studerades en integrativ behandlingsmodell, som byggde på ACT i kombination med missbruksrådgivning som betonade skademinskning för 67 patienter med svår psykisk sjukdom och missbruk. Uppföljningen visade att efter i medeltal 31 månader var alla patienter kvar i behandling. 82 % hade fått bostad, 41 % upplevde att de minskat sitt missbruk och 42 % hade någon form av arbete. Dessutom hade nyttjandet av sjukhusvård minskat (Meisler, m.fl., 1997). Ett återkommande resultat i studier där ACT-arbete granskats konstaterar att brukarna upplever högre grad av nöjdhet med det stöd som ACT erbjuder i jämförelse med ordinarie vård ("standard care") (Morse m.fl., 2006, & Killaspy m.fl., 2006). ACT har också bedömts som en framgångsrik metod i Storbritannien (Killaspy, H. et al 2006). I en nyligen genomförd review visade ACT goda behandlingsresultat beträffande minskning av sjukhusvård (van Oz, J. 2009). ACT som arbetsmodell har också visat sig ha goda effekter för långsiktigt arbete med hemlösa individer med samsjuklighet (Fletcher et al., 2008). Tillsammans med "psychoeducation" för familjer, "supported employment", "integrated dual disorders treatment", "illness management and recovery", "supported housing" (boendestöd), social färdighetsträning och kognitiv beteendeterapi, befanns ACT uppnå kriterier för en evidensbaserad metod (Bond, G. R. & Campbell, K. 2008).

Samverkan

Samverkan definieras i detta sammanhang på följande sätt: *Medvetna målinriktade handlingar som utförs tillsammans med andra i en klart avgränsad grupp avseende ett definierat problem och syfte* (Danermark, 2003, s.15).

Danermark (2003) menar att strukturella förutsättningar är nödvändiga, men inte alltid tillräckliga, för samverkan. Strukturella förutsättningar för samverkan kan enligt Danermark sammanfattas i följande punkter:

- att samverkan har en tydlig och klar ledning
- att samverkan har ett klart uttalat mål
- att tillräckliga resurser ställs till förfogande
- att skillnaderna mellan de samverkande avseende synsätt, organisation och regelverk har identifierats
- att hindrande skillnader undanröjts eller om detta inte går, sätt att hantera dem utvecklats.

Danemarks definition av samverkan överensstämmer väl med punkterna i programförklaringen i *Mobilisering mot narkotika*, 2005 (se s. 8), varför vi återkommer i slutdiskussionen till ovanstående förutsättningar för samverkan.

Sammanfattning

Svensk psykiatri har sedan 1980-talet genomgått en gradvis avinstitutionalisering. Detta innebar att antalet vårdplatser minskade samtidigt som öppenvårdsbaserade psykiatriska insatser ökade. Detta medförde även ett ökat behov av anpassat stöd i det vardagliga livet. Psykiatriutredningen föreslog i sitt slutbetänkande *Välfärd och valfrihet* (SOU 1992:73) att ”långvarigt och allvarligt psykiskt störda” skulle få rätt till personliga ombud. Utredningen byggde sitt förslag på studier av case management.

I den senaste utredningen om psykiatrisk vård och socialt stöd, Nationell psykiatrisamordning, betonas i *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100) att kommuner och landsting ska uppmärksamma personer med stora och komplexa vårdbehov och finna gemensamma lösningar för att möta deras behov. Den svenska SBU-rapporten (2001) konstaterar utifrån en sammanställning av 10 studier av integrerade behandlingsprogram att bättre resultat kan påvisas än vad som är fallet i organisatoriskt åtskilda behandlingar. Den beskrivna internationella forskningen och svenska uppföljningar visar att ACT är en klinisk effektiv metod för att behandla personer med allvarliga psykiska störningar och samtidigt missbruk. Substantiella minskningar i vårdkostnader kan förväntas med ACT-modellen liksom bättre utfall samt ökad tillfredsställelse bland vårdtagarna.

3. UTVÄRDERINGSMODELL

Utvärderingsinstrument

Inledning

För att undersöka utfallet för de personer som omfattas av projektet har följande metoder och utvärderingsinstrument använts. Syftet med att göra upprepade mätningar med standardiserade formulär är att synliggöra eventuella förändringar avseende bland annat missbruk, hälsa och livskvalitet.

Fokusgrupp

Fokusgruppintervjun genomfördes på Riddarmottagningen i Järfälla 9/10 2007. Närvarande var de sex anställda Case managerna, två processgruppsmedlemmar (och två medarbetare från FoU-Nordväst som angav ramarna för intervjun). Syftet med fokusgruppintervjun var främst att personalen skulle få möjlighet att berätta om arbetsmetoden. Andra områden som berördes var klienterna, samverkan, organisation, boende, sysselsättning, dokumentation och personalens tidigare erfarenheter.

Intervjuer

Styrgruppens fyra medlemmar intervjuades mellan slutet av september och början av november 2007. Intervjuerna genomfördes på respektive intervjupersons arbetsplats. Styrgruppsintervjuerna berörde främst bakgrunden till projektet, dess organisation och samverkansfrågor.

CAN (Camberwell Assessment of Need)

CAN är ett behovskattningsinstrument för att bedöma en vårdtagares aktuella behovssituation inom 22 olika områden och belyser vilka behov som är tillgodosedda och vilka behov som behöver åtgärdas. CAN ger en bild av vårdtagarens aktuella situation och vilka institutioner, vårdgivare och andra personer, som finns med i processen. Detta belyses ur såväl kvantitativa som kvalitativa spektra. I september 2007 gick Case managerna en CAN-utbildning.

GAF-F (Global Assessment of Functioning)

Med GAF-F mäts patientens globala psykiska ohälsa, utifrån psykiatriska symtom och social och yrkesmässig funktionsförmåga. Skattningen ska återspegla personens behov av behandling och omvårdnad.

Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Audit är ett frågeformulär som mäter en individs alkoholvanor. Det används som identifiering av personer som har alkoholrelaterade problem (Babor m.fl., 2004).

Dudit (Drug Use Disorders Identification Test)

Dudit är ett frågeformulär som mäter en individs drogvanor. Det används som identifiering av personer som har drogrelaterade problem (Berman m.fl., 2003).

KASAM (Känsla Av SAMmanhang)

KASAM mäter en individs upplevelse av tillvaron utifrån begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 2005). KASAM-formuläret innehåller 29 frågor och mäter en individs känsla av sammanhang. Det finns även en kortare version med 13 frågor.

Brukarenkät

Brukarenkäten delades ut till de klienter som haft kontakt med SAM-teamet i minst tre månader. Enkätens syfte är att få klienternas egna upplevelser och bedömningar av det stöd de har fått. Frågorna omfattar missbruk, psykisk och fysisk hälsa, fritid och nätverk, kontakt med myndigheter och sjukvård. Med andra ord de områden där insatsen är tänkt att ge en positiv förbättring.

Utvärderingens design

Inledning

Undersökningsmetoderna som tillämpas i denna utvärdering har både en kvalitativ och en kvantitativ ansats. Detta för att på bästa möjliga sätt få svar på utvärderingens frågeställningar. Den kvalitativa delen består av en fokusgruppintervju med de anställda Case managerna och två processgruppmedlemmar samt enskilda intervjuer med de fyra styrgruppsmedlemmarna. Syftet med fokusgruppintervjun, som färdigställdes till delrapporten 2008, var främst att personalen skulle få möjlighet att berätta om arbetsmetoden och om den skiljer sig från deras tidigare erfarenheter. Styrgruppsintervjuerna berörde främst bakgrunden till projektet, dess organisation och samverkansfrågor. Den kvantitativa delen representeras av de utvärderingsinstrument som används inom ramen för projektet. Projektets personal har gjort GAF skattningarna. Klienterna skattade sitt eget missbruk och psykiska välbefinnande med självskattningsformulären Audit, Dudit och KASAM. CAN-skattningarna har gjorts av personal tillsammans med klienten genom intervju. Syftet med skattningarna var att se om insatsen påverkat klienternas hälsa, missbruk och sociala livssituation. Någon kontrollgrupp finns inte utan istället genomfördes skattningar vid två olika tillfällen med sex till tolv månaders mellanrum för varje skattning. På så sätt är den kvantitativa delen uppbyggd med en före-efter design. En brukarenkät (Piuva & Lobos, 2007) delades även ut till de klienter som hade haft kontakt med SAM-teamet i minst tre månader. Syftet med enkäten var att få ta del av klienternas uppfattningar om det stöd de erhållit.

Figur 1. Utvärderingsmodell

t₁	t₂
071012	081031
GAF-F	GAF-F
Audit	Audit
Dudit	Dudit
KASAM	KASAM
CAN-S	CAN-S
Intervjuer	

Brukarenkät (insamlades löpande fram till och med oktober 2008).
Vårddyggn i slutenvård eller HVB, innan och efter case management insatsens start.

t₁ = tidpunkt för den första skattningen
t₂ = tidpunkt för den uppföljande skattningen

Metoddiskussion

Eftersom klienterna startat sitt deltagande vid olika tidpunkter är samtliga uppföljande mätningar gjorda mellan 6 – 12 månader efter individuell projektstart. De uppföljningar som gjordes vid delrapporten 2008 har därmed ersatts av senare skattningar och nya skattningar har tillkommit. Avsikten med att förlänga den studerade perioden till 2008 10 31 var dels att få med mer klienter i en uppföljning och dels att få så lång uppföljningsperiod som möjligt.

Det betyder att uppföljningarna för de medverkande klienterna har skett mellan tidsintervallet 6-12 månader. Det är samtidigt bra att hålla i minnet att internationella utvärderingar oftast har 30-38 månaders uppföljningsperiod.

Sammanställning av resultat

Bearbetning av data

- 1) Fokusgruppintervju med case management-teamet samt individuella intervjuer med medlemmar i styrgruppen och processgruppen gjordes inledningsvis med syfte att ge en bild av hur de medverkande uppfattade sina roller i projektet, vad de menade att projekt ytterst syftade till samt deras tankar om verksamhetens framtid.
- 2) Sammanställning av utvärderingsinstrumenten GAF-F, Audit, Dudit, KASAM och CAN gjordes för att få en inledande skattning av gruppens hälsa och livskvalitet samt för att möjliggöra uppföljningar avseende eventuella förändringar i undersökningsgruppen.
- 3) Enkät lämnades till samtliga brukare med syfte att undersöka vilket värde brukarna tillskriver insatsen och vad i insatsen som har betydelse för deras upplevda livskvalitet.
- 4) En sammanställning gjordes av mängden vårddyg, avseende placeringar innan case management insatsen och efter att insatsen påbörjats.

Analys och presentation av insamlade data

Sammanställningen av utvärderingsinstrumenten samt vårddygnsstatistiken har bearbetats med Excel och SPSS ver.17. Samtliga intervjuer spelades in på band, transkriberades och organiserades efter de teman som framkom under intervjuerna. Belysande citat valdes ut och presenteras i kursiv stil i resultatet (Kvale, 1997). Intervjupersonerna är avidentifierade men presenteras som medlemmar av styrgrupp, processgrupp eller Case managers för att tydliggöra vilket perspektiv var och en har utifrån de diskuterade temana.

4. RESULTAT

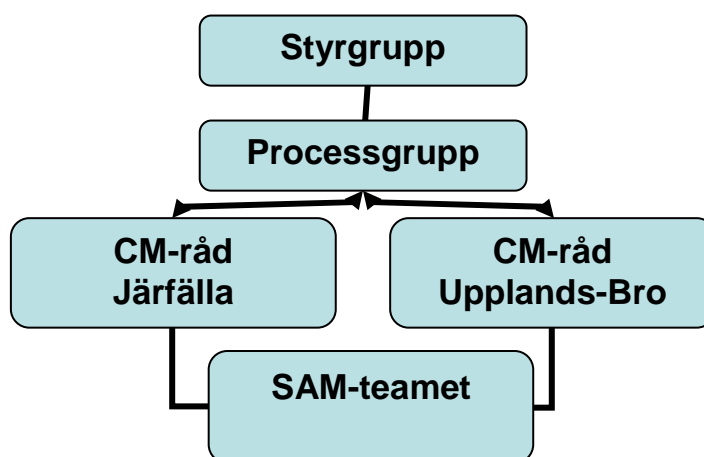
SAM-teamet. Ett Case management-projekt i Järfälla och Upplands-Bro kommuner

Inledning

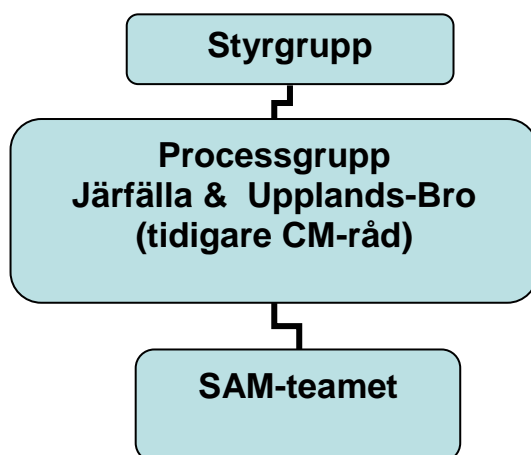
Avsnittet inleds med en beskrivning av projektets organisation. Därefter följer en sammanställning av fokusgruppintervjun samt de enskilda intervjuerna. Sedan presenteras resultaten av de skattningar som gjorts inom ramen för projektet samt brukarnas värderingar av Case manager-insatsen utifrån brukarenkäten. Avslutningsvis redovisas uppskattningar av slutenvård och institutionsplaceringar för projektets klienter, före och efter påbörjad Case manager-insats.

Projektets organisation

Figur 2. Projektets organisation vid start.



Figur 3. Organisation hösten 2008 (permanent verksamhet)



Styrgrupp

Styrgruppen har det övergripande ekonomiska ansvaret för projektet. Andra funktioner är att ange ramarna för projektet, följa upp och utveckla verksamheten samt se till att projektarbetet följer de ursprungliga intentionerna. I styrgruppen finns chefsrepresentanter från Järfälla kommun, Upplands-Bro kommun, Psykiatri Nordväst och Beroendevården, totalt fyra personer. Dessutom adjungeras två processgruppsmedlemmar till styrgruppen.

Processgrupp och CM-råd

Processgruppen har det operativa ansvaret och ska driva projektet i rätt riktning. Här behandlas frågor som rör den dagliga driften av mottagningarna. I processgruppen sitter enhetschefer och arbetsledare eller motsvarande från de olika huvudmännen. Processgruppen är organisatoriskt placerad närmast personalen på mottagningarna och har sju medlemmar.

Vid starten hade projektet två CM-råd (case management-råd), ett för Järfälla (fem personer) och ett för Upplands-Bro (fyra personer). CM-råden avgjorde vilka brukare som skulle ingå i projektet och fungerade således som en remissinstans. Representanterna i CM-råden var motsvarande som i processgruppen men uppdelade kommunvis, med undantag av två personer som är med i båda CM-råden. En Case manager var även representerad i varje CM-råd. Remisser kunde komma från flera instanser, dels kunde socialsekreterare i både Järfälla och Upplands-Bro remittera personer till Case manager-teamet, dels kunde det komma förfrågningar från bland annat psykiatrin, beroendevården och kriminalvården.

Idag, när verksamheten är permanent, har processgruppen och CM-råden slagits ihop till en operativ grupp.

Case manager-teamet

Inom ramen för projektet fanns vid inledningen fem Case manager-tjänster. Fyra personer var heltidsanställda som Case managers, två i Järfälla och två i Upplands-Bro. Två personer var deltidsanställda, var av den ena inte hade titeln Case manager men fungerade ändå i praktiken som en sådan. Eftersom verksamheten har en kompetensintegrerad ansats har de Case managers som är anställda inom ramen för projektet olika utbildning och bakgrund. Av dem som anställdes vid starten hade tre Case managers sjuksköterskebakgrund, två var mentalskötare och en var socionom. Eftersom teamet skulle inneha samlad medicinsk, social och psykiatrisk kompetens var samtliga huvudmän representerade i teamet. Teamet fick 6 tjänster, varav fem besattes. Det gick inte att få någon sökande till den planerade läkartjänsten. Vid utvärderingens start fram till och med sommaren 2008 vara de fem tjänsterna besatta. Därefter har två personal, bägge från beroendevården, slutat och inga nya har tillsatts. Alltså har teamet under det senaste halvåret av utvärderingsperioden arbetat med ett decimerat team där beroendevården inte varit representerat i teamet.

Mottagningarna

Två mottagningar har anpassats för denna integrerade verksamhet. Lokalerna är handikappanpassade och har mottagningsrum, provtagningsrum, behandlingsrum, väntrum, reception, sammanträdesrum samt säkerhetsmässiga förutsättningar.

Utbildning

Case managerna påbörjade utbildningen "Att arbeta integrerat som Case manager kring personer med psykisk störning och missbruk" i oktober 2007. Utbildningen omfattar 30 högskolepoäng och ges av Karolinska Institutet (KI). Kursen syftar till att utifrån olika perspektiv ge grundläggande kunskap om de särskilda problem som kan förekomma vid samtidigt missbruk och svår psykisk störning. Kursen innehåller följande moment:

- Målgruppens speciella problematik utifrån ett biopsykosocialt synsätt.
- Behandlingsmetoder (MI, återfallsprevention).

- Värdegrunder, etiska principer och bemötande.
- Samverkan kommuner och landsting – lagstiftning och organisatoriska förutsättningar för ett integrerat arbete i det lokala samhället (www.karolinskaeducation.ki.se).

Sammanställning av intervjuer och fokusgrupp

Inledning

Intervjuerna med de fyra styrgruppsmedlemmarna och fokusgruppintervjun med Case managerna och två processgruppsmedlemmar är sammanslagna och presenteras utifrån följande gemensamma teman: -*Bakgrund och projektstart*, -*Svårigheter*, -*Arbetsmodellen*, -*Yrkesrollen*, -*Relationen till klienter och myndigheter*, och -*Framtid*.

Bakgrund och projektstart

Från ledningshåll inom både kommun och landsting fanns en önskan om en bättre fungerande samverkan mellan de olika huvudmännen, särskilt i arbetet med personer med komplexa vårdbehov eller så kallad dubbeldiagnos. Trots att landsting och kommun gav stöd till samma person fanns inte ett tillfredsställande samarbete mellan parterna. Med bakgrund av detta söktes Miltonmedel för att skraddarsy en verksamhet till förmån för just denna grupp personer med komplexa vårdbehov. En av utgångspunkterna för projektet att utveckla samarbetet mellan beroendevård, psykiatri och kommun.

En annan viktig orsak till projektets tillkomst var att personer med komplexa vårdbehov inte fick det samlade stöd de behövde. Insatserna var separerade från varandra och gavs på olika platser. Det saknades en uppfångande instans som kunde stå för kontinuitet och uppföljning.

Hittills hade det varit väldigt mycket bollande med de här patienterna särskilt mellan psykiatrin och beroendevården. Så det är en del av vår målsättning var att man skulle kunna ta tag i de här patienterna på ett annat sätt och fånga upp dom och hålla kvar och kunna genomföra någon vettig behandling.

(D, styrgrupp)

Det var också viktigt att stödet skulle kunna ges i individens närmiljö vilket medförde en satsning på att anpassa och renovera två mottagningar efter målgruppens behov. På de båda integrerade enheterna skulle Case managers finnas tillgängliga, en enhet placerades i Järfälla och en i Upplands-Bro.

Då [innan projektet] satt psykiatrin i andra lokaler och man hade väldigt lite kontakt med oss och vi hade väldigt lite kontakt med dom.

(C, styrgrupp)

I och med projektets tillkomst har man svängt av från den vedertagna vägen och kommit in på okänd mark. Som förväntat har det inte varit problemfritt att starta upp en verksamhet som involverar flera huvudmän och en farhåga var att det skulle bli en sidordnad verksamhet från gängse mönster. Till en början gällde det att undvika alla fallgropar.

Det har varit väldigt rangligt och vingligt innan vi fått någon slags struktur på det.

(D, styrgrupp)

En av huvudanledningarna till att projektet initierades var att finna vägar för ett fungerande samarbete mellan beroendevård, psykiatri och socialtjänst, främst kring personer med komplexa vårdbehov. Projektet har satt samverkansprocesser i rörelse och det ges i huvudsak positiva beskrivningar av samarbetet mellan de inblandade parterna. Projektet har möjliggjort att de olika huvudmännen faktiskt sitter vid samma bord och arbetar med samma individer, trots att de kan ha olika synsätt.

Det kanske inte öppnat möjligheter... men det har startat upp flera samverkansprocesser än vad som har funnits tidigare.

(A, styrgrupp)

Jag tycker vi har kommit på speaking-terms med varandra, vi ska inte skylla på någon men vi har lärt oss att prata med varandra, huvudmän emellan.

(B, processgrupp)

Man har egentligen nått det grundläggande syftet, från mitt perspektiv, att det faktiskt går att göra någonting bra tillsammans.

(C, styrgrupp)

Även Case managerna ser förtjänster med ett tätare samarbete, framförallt i informationsutbytet. När klienterna inkluderas i projektet ger de sitt medgivande till att psykiatri, beroendevård och socialtjänst får kommunicera med varandra. Men det finns även omständigheter som försvårar för samverkan i klientarbetet. Ett tecken på att de inblandade huvudmännen inte har vanan eller organisationen för att ha ett nära samarbete sinsemellan är att de har olika journalsystem för dokumentation. Detta medför en komplicering av det dagliga arbetet på mottagningarna.

Det har varit något som varit väldigt, väldigt positivt med projektet att vi har fått access till information ifrån varandra som vi annars inte har fått och som har smittat av sig på övriga organisationen också. Alltså det har blivit en smidighet... Vi har utnyttjat det här samarbetet till att faktiskt kunna börja kommunicera mellan varandra... Jag tänker just på att det smittar av sig i hela organisationen och det blir ett smidigare samarbete. På sikt tänker jag då.

(B, Case manager)

Om en patient till exempel är borta en måndagsmorgon... då får man hoppas att E är där för att se om han blivit inlagd.

(B, Case manager)

Jag måste ju hela tiden fråga på båda sidor, så att säga, om det är nåt jag vill veta om "Pelle Petersson".

(D, Case manager)

Projektets två mottagningar tjänar som symboler för det nya samverkansarbetet. Här sitter alla under samma tak och jobbar med samma individer. Samlokaliseringen har varit behjälplig till att sudda ut gränserna mellan de inblandade huvudmännen, vilket också var tanken inom projektets styrgrupp.

Dom [Case managerna] uppfattar sig ju, som jag har förstått, mer som en gemensamhetsorganisation än att "jag är beroendevården" och det är viktigt med tanke på helheten och ansvaret för den enskilde... Den stora poängen är att man sitter i samma lokal.

(C, styrgrupp)

Man får en helhetssyn på klienten. Man gör inte som med Åkeshovsmannen, om man säger – jag är hemskt ledsen, du kommer till beroendemottagningen men – du är faktiskt psykotisk du måste bege dig till en annan mottagning. Här släpps du så att säga, inom citationstecken, inte ut utan här finns en helhet och den samverkan har fungerat alldeles ypperligt.

(C, styrgrupp)

Svårigheter

De svårigheter som ändå har funnits med att sy ihop en verksamhet med flera huvudmän hittas inte så mycket i klientarbetet utan snarare i de mer övergripande frågorna. Ekonomiska frågor och tröghet i beslutsfattandet är två faktorer som har haft en hämmande effekt på verksamheten. Vad gäller beslutsfattandet ligger förklaringen i att landsting och kommuner är organiserade på olika sätt och har därför olika långt till beslut. De har på så vis en ojämn trappa att vandra då beslut ska fattas. Även frågan om patientansvarig läkare (PAL) har gett upphov till diskussioner. Bristen på specialistläkare förde med sig att projektet aldrig lyckades rekrytera någon patientansvarig läkare som skulle ha det medicinska ansvaret för verksamheten. En konsekvens av detta blev att projektets verksamhet inte har tagit emot så många klienter som förväntades inledningsvis. Eftersom det inte var möjligt att rekrytera en patientansvarig läkare till projektet så finns de istället förankrade i sina respektive organisationer. Detta innebär att klienterna kan ha olika patientansvariga läkare.

En liten organisation med närhet till beslut och en organisation med väldigt långt till beslut är aldrig bra för en verksamhet där projekt ska bli reguljärt.

(C, styrgrupp)

Jag hoppades och trodde att det skulle va dubbelt så många klienter inom ramen för detta som det är idag... Att dubbeldiagnoserna skulle slippa gå på en annan psykiatrisk mottagning utan det är här man har hela sitt koncept och det har ju inte blivit så.

(C, styrgrupp)

Den ekonomiska aspekten kan få betydelse när beslut ska tas om projektets framtid.

Under projekttiden så är det ju inget stort problem. Vi har ju projektmedlen men från och med första januari nästa år [2008] så, när vi måste gå in med egna pengar, då kan det bli problem, det tror jag. Att man drar öronen åt sig för kostnader som man inte har räknat med.

(A, styrgrupp)

Arbetsmodellen

Av projektansökan kan det (indirekt) utläsas att ACT (Assertive Community Treatment) är den case management-modell som bäst stämmer överens med arbetsmetoden i detta projekt. ACT kallas även för integrerad psykiatri. Någon formell arbetsbeskrivning för Case managerna finns inte utan de riktlinjer som gavs var att varje Case manager skulle arbeta

intensivt med cirka tio individer. Det som sades vid anställningstillfället var att målgruppen för insatserna skulle vara personer med komplexa vårdbehov eller så kallad dubbeldiagnos. Arbetsbeskrivningen framställs på följande vis.

Beskrivningen jag fick det var ju att det här är patienter som faller mellan stolar som vi måste fiska upp. Vi skulle jobba i team och vi skulle jobba enligt ACT-modellen, det var den beskrivningen jag fick när jag började.

(B, Case manager)

Det har ju varit väldigt diffust med exakt hur vi ska jobba. Det har ju lite grann legat på gruppen själva att formulera och komma fram till hur vi vill jobba, på vilket sätt vi vill jobba och det är ju både fördel och nackdel.

(D, Case manager)

Det jag fick veta det var att jag skulle samordna insatserna för den här gruppen. Alltså vara någon typ av spindel i nätet. Den här gruppen då som faller mellan alla stolar skulle plockas upp och få den hjälp som dom behöver. Just att plocka in soc, plocka in psykiatrin och se till att dom får den här lite skraddarsydd hjälpen som dom behöver.

(C, Case manager)

På ledningsnivå fanns en önskan om att jobba nära ACT-modellen och att Case managern skulle ha en samordnande funktion.

Det har varit lite löst från ledningshåll. Vi har talat om att man ska jobba enligt den här ACT-modellen med vissa grundbultar som tillgänglighet och närhet och kontinuitet.

(D, styrgrupp)

Case manager-rollen är ju att vara nån slags bärare och just ombesörja att patienten eller klienten får den insats som dom är i behov av från ordinarie vårdnadsgivare, så att är dom i behov av psykiatriska insatser då är det Case managerns uppgift att så att säga försöka förankra dom inom psykiatrin. Och är dom i behov av behandling för beroende eller missbruk då är det inom beroendevården dom ska ha ansvar.

(D, styrgrupp)

Personalen på mottagningarna har ett samordnande mandat snarare än ett beslutsfattande. Syftet är att skapa en sammanhållen vårdkedja kring den enskilde. Myndighetsbeslut kring frågor som rör exempelvis försörjning och boende kan inte fattas av Case managerna. Däremot kan Case managerna underlätta beslut genom att ta fram relevant underlag. Det finns dock fördelar med att inte ha en myndighetsutövande funktion då man kan hamna i en svår sits om man måste fatta avslagsbeslut samtidigt som man ska upprätthålla en god behandlingskontakt.

ACT-modellen förespråkar ett aktivt uppsökande arbete i den miljö där individen befinner sig. Detta kan jämföras med det mer traditionella förhållningssättet där grundsynen är att individen själv ska vända sig till en mottagning för att boka tid. Detta belyses i följande ordväxling.

Jag tycker att själva ordet ACT säger ganska mycket, Assertive Community Treatment, att man som samhälle tränger sig på patienterna. Att vi kommer till dom, dom kommer inte till oss och kommer dom inte till oss går vi efter dom. Att det är det, lite det den här gruppen behöver. Dom behöver nån farsa som faktiskt står kvar, eller ja morsa eller vad det nu må vara. Men nån som inte ger sig. Att dom har bränt så många skepp hela tiden.

(B, Case manager)

Och det finns inte inom ordinarie vården så att säga att man ska kunna tränga sig på, den tiden och utrymmet finns inte. Och psykiatrin skickar ju motivationsbrev till personer och dom är ju inte motiverade, dom kommer ju inte då.

(A, processgrupp)

Dom öppnar ju inte ens en gång posten.

(D, Case manager)

Att röra sig utanför mottagningen har en kontaktskapande funktion som visar på engagemang och intresse. Uppsökande arbete är en viktig aspekt i arbetet som Case manager. Att röra sig ute kring de platser där klienterna befinner sig innebär att man blir ett bekant ansikte. Detta är i sin tur en central del av relationsbyggandet. Man nöjer sig inte med att ha en telefontid som den huvudsakliga kontaktmöjligheten. Platsen för ett möte är av mindre betydelse enligt Case managerna och det är ingen inbördes rangordning mellan det informella och det formella möten. Man ses helt enkelt där det passar.

Vi syns på beroendemottagningen, vi syns på torget, vi syns i hemmet, vi är liksom överallt. Dom kommer inte ifrån oss.

(B, Case manager)

... det tror jag är den absolut största skillnaden om man tittar på den här fysiska biten att man inte väntar på mottagningen. Ring på telefontiden och boka tid, så jobbar inte vi med de här personerna.

(D, Case manager)

Det betyder oerhört mycket att vi faktiskt sätter oss ner, att vi rör oss nere i Kungsängen, att vi blir kända ansiktet för "Pelle" och "Kalle" på bänken. För då kanske att, ja, den vi jobbar med också ser att – jo, men dom är här. Dom är i min miljö.

(B, Case manager)

Vi har ju oftast nån som vi kanske letar efter som vi inte har sett på länge och då är det bra att röra sig ute på samhället och spana av. Ibland åker vi hem till dom knackar på, ingen där. Sen drar vi en sväng i Kungsängen då hittar vi precis den personen eller nån som har sett den personen eftersom vi känner dom andra, eftersom vi rör oss på beroendemottagningen och så. Det är så att de här världarna är ganska små. Patienterna/klienterna har väldigt stor koll på varandra.

(B, Case manager)

Enligt ACT-modellen ska teamet vara multiprofessionellt för att kunna möta de varierande behov som klienten må ha. Att arbeta utifrån ett team har även andra fördelar. Eftersom en

Case manager har klientens behov i fokus kan arbetsdagen bli oförutsägbar. Att ha kollegor att vända sig till har en positiv inverkan på kontinuiteten i arbetet.

Det är väldigt viktigt att man jobbar som ett team. Att vi kan ta varandras klienter/patienter, i längden. Just därför att jag kan bli upptagen åtta timmar med "Pelle" för nu är det kris här. Det är olyckligt om man ställer in allting.

(B, Case manager)

Vi är mindre sårbara nu när ni är sex stycken i ett team.

(A, processgrupp)

Yrkesrollen

En Case manager har en stödjande roll gentemot klienten men även en företrädande roll gentemot organisationerna som denne har kontakt med. Att vara spindeln i nätet innebär att Case managern ska vara kontaktytan mellan klient och myndighet. I denna kontakt går det inte att underskatta betydelsen av titeln, Case manager, som för med sig trovärdighet och ökat inflytande.

Man kan gå in med lite pondus också när man är Case manager. Alltså dom få som vet vad det är för någonting. Men ändå dom som vet vad det är, då lyssnar dom. Det gjorde dom kanske inte förut när jag var uppsökare... Dom förstår att det här är någon som företräder patienten. Nästan lite på ett juridiskt sätt, att man får lite respekt i titeln... Det pratas så varmt om just det här systemet med Case manager och så inom socialtjänsten, inom psykiatri, inom beroendevård. Så dom som vet vad det är dom lyssnar också.

(B, Case manager)

Jag tror det är en annan viktig aspekt också, det här är en svag grupp på många sätt och vis och vi är ändå företrädare för den här gruppen. Vi är deras språkrör ibland mot andra myndigheter i andra sammanhang och det tror jag är väldigt viktigt och jag tror dom känner det många gånger, dom litar på oss.

(D, Case manager)

Jag tycker inte att man har mött några problem med allt det där. Det här är ju patienter/klienter som dom känner till som det har varit väldigt rörigt runtomkring. Och dom märker ju ändå att dom vill bli bättre, det fungerar bättre och då är dom ju också positiva.

(D, Case manager)

Relationen till klienter och myndigheter

Målgruppen för projektets insatser, personer med komplexa vårdbehov, har ofta en lång historia av kontakter med olika vårdgivare och socialarbetare. De betraktas många gånger som besvärliga, delvis på grund av att de inte kan sorteras in i ett särskilt fack eftersom de har samexisterande stödbehov. Med bakgrund av detta är det inte ovanligt att de har runnit igenom vårdsystemen likt kvicksilver och inte fått fäste någonstans. I projektet har man också en önskan om att komma bort ifrån den oftast negativa uppfattningen om klientgruppen. Det är i detta sammanhang som Case managerns viktigaste uppgift kommer till uttryck: "att inte släppa taget".

Att inte släppa taget. Att inte låta dom försvinna. Dom har försvunnit så många gånger i sitt liv så dom har inget förtroende för någon överhuvudtaget många av dom, när man träffar dom första gången.

(E, Case manager)

Det här har ju dom varit med om förut, folk som har kommit in i deras liv och sen bara försvinner och vi är kanske den hundrade personen som kommer in. Då gäller det att vi också fortfarande står kvar. För det har aldrig hänt dom förut.

(D, Case manager)

Det inte ska bli "Svartepetter" kring dom och den som tar den i sitt knä blir ensam med dom. Det är det vi ville komma bort ifrån då.

(A, processgrupp)

En god relation mellan Case manager och klient blir i ljuset av detta en grundläggande faktor i strävandet efter en ökad livskvalitet för den enskilde. Den naturliga frågan blir då, hur lyckas man bygga upp ett förtroende som ska hålla för en långvarig kontakt?

Det är ju att vara ärlig. Det finns några nyckelord, ödmjukhet, respekt skulle jag vilja säga. Man visar ödmjukhet, man visar också respekt. Det handlar ju väldigt mycket om våra relationer till klienterna... Det tar ju ett tag att bygga upp ett sånt här förtroende och när man en dag står på fast grund nåt sånär, då kan man också ställa dom här kraven på ett annat sätt. Det är ju ingenting man börjar med, dom måste märka det att den här personen finns kvar. Dom har varit svikna så många gånger.

(D, Case manager)

För vissa tar det ju ett och ett halvt år innan man ens får kontakt.

(E, Case manager)

Case managerna har en egen benämning på sin arbetsgrupp, SAM-teamet. Namnet speglar både ett arbetssätt och ett förhållningssätt; Samverkan, Ansvar och Medverkan. Andra nyckelord som nämns i samband med teamets grundidéer om hur arbetet ska bedrivas är motivation och envishet. Stor vikt läggs vid att motivera klienterna och att inte ge sig vid eventuella bakslag. Den individuella vårdplaneringen innehåller en krisplan som är framtagen i samråd med klienten. Krisplanen är en gemensam överenskommelse mellan Case managern och klienten om vad som ska ske vid akuta situationer och den bygger på ett förtroende mellan klient och Case manager.

När det gäller många av dom här patienterna, så dom här effekterna dom kommer ju först efter kanske tre år.

(D, styrgrupp)

Det är ett skydd mot att dom ska kunna förstöra sina liv totalt, mista lägenhet, göra saker som dom ångrar jättemycket sen.

(A, processgrupp)

Vi finns ju med hela tiden och även om vi går in ibland med tvångsingripanden så uppfattas det ändå positivt efteråt. Inte just då kanske när man kommer med polisen, men efteråt då när dom har piggnat och mår lite bättre så är dom ju

väldigt tacksamma för att vi har gjort dom här ingripandena och det visar ju lite grann att det finns en grund ändå att dom litar på oss och det är oerhört viktigt.

(D, Case manager)

Case managerns arbete är långsiktigt. Någon formell tidsbegränsning för insatsen finns inte utan det är snarare en växelverkan mellan intensivt arbete och lågintensivt arbete.

Alltså man ska ju vara medveten om, vissa av dom här klienterna, det är livslångt. Livslånga insatser.

(D, Case manager)

Men jag tror att har man väl klivit in så är det svårt att, så att säga, bli totalt utskrivnen. Nu skriver vi ut dig tack och hej, jag tror att det är väldigt svårt.

(C, Case manager)

Framtid

Projektets samverkansmodell har genererat tankar om ett fortsatt samarbete. Främst kommunrepresentanterna i styrgruppen uttrycker visioner om att utveckla samarbetet mellan huvudmännen till att även inkludera personer som inte ingår i projektets målgrupp. Eftersom en betydande del av psykiatrins patienter har någon form av missbruksproblem och likaså missbruksvårdens klienter ofta har psykiska problem, så är en annan tanke att den dubbelkompetens som finns på projektets mottagningar inte ska vara en unik företeelse. För kommunrepresentanterna är samlokalisering ett nyckelord och man ser potential i det förhållningssättet även för personer som inte omfattas av definitionen för personer med komplexa vårdbehov.

Jag tror helt på det här att man ska sitta tillsammans och ta ett gemensamt ansvar... Jag tycker att man har hittat rätt väg sen skulle jag vilja ha det där mycket större. Så att vi inte bara hade dom med missbruk där, utan jag skulle vilja att man fick ihop psykiatrin ändå mer.

(B, styrgrupp)

Jag ville ha en modell som man skulle kunna applicera på andra områden också.

(C, styrgrupp)

Sammanfattning

Förväntningarna på verksamheten är realistiskt ställda, både från ledningshåll och bland personalen på mottagningarna. De inblandade vet att det inte finns några mirakelkurer i arbetet med denna målgrupp. Några svårigheter på vägen uttrycks dock. Det har varit svårt att anställa en PAL (patientansvarig läkare) till projektet, vilket ibland fördröjt läkarbeslut för flera klienter. Beslutsgångarna är olika i de fyra organisationerna, vilket också fördröjt beslut avseende klienterna. Det är ett långsiktigt och tålamodskrävande arbete som ger resultat. Case managernas upplevelser av yrkesrollen ger uttryck för en bred palett av funktioner. Att man är den som håller i trådarna kan innebära att man ibland är boendestödare och hjälper till med städning och ibland är man behandlare. Ramarna för Case manager-rollen är snarare målade i gråskala än i svart och vitt. Ska man samordna eller utföra? Den odefinierade gränsen upplevs både positivt och negativt. Den skapar frihet men samtidigt otidighet. Projektets medarbetare, på alla nivåer, ser vinster av att ha ett tätare samarbete huvudmännen emellan. Framförallt blir det lättare att ha klienterna kvar i behandling med Case manager-modellen. Relationen mellan klient och Case manager lyfts fram som en viktig faktor för en god och

långvarig behandlingskontakt. Vidare beskrivs verksamheten ha uppnått en viss stabilitet efter en något trevande start. Det fanns framförallt en osäkerhet kring det medicinska ansvaret eftersom man inte lyckades rekrytera någon patientansvarig läkare till projektet. I intervjuerna har det även framkommit att Case managerna har ett samordnande mandat, inte ett beslutsfattande mandat. Det som genomsyrar mycket av det som nämnts ovan är enträgenhet. Som Case manager för denna målgrupp kan man inte nöja sig med att passivt vänta på att klienten ska ta initiativ till en kontakt. Enträgenheten består i att aktivt söka upp individen, skapa en relation och sedan, viktigast av allt, inte släppa taget. Kommunernas representanter uttrycker tankar om att utvidga arbetsmodellen till att omfatta en bredare målgrupp. När intervjuerna gjordes bedrevs verksamheten i projektform. Vid uppföljningen hösten 2008 är verksamheten permanent.

Uppföljning av brukarnas hälsa, missbruk och livskvalitet

Inledning

Förutom de kriterier som är formulerade för att en person ska ingå i projektet, som är psykisk sjukdom eller störning och missbruk, så kan en typisk klient exempelvis ha ett kriminellt förflutet. Sjukdomsinsikten kan vara begränsad vilket kan medföra att medicineringen inte sköts. En gemensam nämnare är att de inte har fått något sammansatt (integrerat) stöd tidigare utan snarare blivit föremål för punktinsatser från olika vård- och omsorgsorgan som inte har gett någon varaktig verkan. Sammanfattningsvis är kriterierna för att omfattas av projektets verksamhet att individen har en psykisk sjukdom eller störning samt missbruk och/eller att det inte har gått att genomföra någon behandling på ordinarie mottagning.

Samtliga deltagare i projektet

Figur 4. Samtliga deltagare i projektet, $N = 44$

<i>Födelseår</i>	<i>Man</i>	<i>Kvinna</i>	<i>Antal</i>
1940-49	1	1	2
1950-59	6	0	6
1960-69	12	4	16
1970-79	5	2	7
1980-89	9	4	13
Totalt	33	11	44

Innan verksamheten startade konstaterades det att det fanns c:a 20-25 personer i både Järfälla och Upplands-Bro som skulle kunna ingå verksamhetens målgrupp. De flesta klienter fick således kontakt med SAM-teamet på detta sätt. De som tillkommit har remitterats från socialtjänsten och psykiatrin. Totalt 44 personer har haft kontakt med teamet. Av de 44 personerna har 10 stycken blivit utskrivna från projektet och en är angiven som vilande. I skattningarna medräknas 43 personer². Teamet arbetade vid uppföljningstillfället aktivt med 32 personer.

² Den klient/patient som är registrerad som vilande finns inte med i datainsamlingen.

Figur 5. Sammanställning av samtliga skattningar samt bortfall, N = 43

Skattningsinstrument	t1	Bortfall t1	t2	Bortfall t2
Audit	19	24	8	35
Dudit	15	28	4	39
KASAM	16	27	5	38
GAF-F	37	6	28	15
CAN	18	25	1	-*
Vårdplan	28**	-	-	-

* Inget bortfall. Målet var att skatta så många som möjligt en första gång.
En person har skattats två gånger.

** 11 har inte någon vårdplan på grund av att dessa personer blivit utskrivna (10) eller är vilande (1). 4 personer saknar vårdplan.

Figur 6. Sammanställning av skattningarnas medelvärden och skillnader mellan medelvärden vid skattningstillfällena, N= 43

Skattningsinstrument	Antal individer	Mätning 1 (t1)	Mätning 2 (t2)	Förändring	Pos./Neg.	Wilcoxon Signed Ranks Test
Audit	8	17,5	13,5	-4,0	(+)	-
Dudit	4	28,2	15,5	-12,7	(+)	-
KASAM	22	49,7	51,2	1,5	(+)	-
GAF-F	28	54,25	56,0	1,75	(+)	.501**
CAN*	18	-	-	-	-	-

* Medelvärde av klienternas CAN-skattning

** Ej signifikant

Sammanställningen avser endast de individer där skattningar gjorts vid två tillfällen. De 18 CAN-skattningarna har genomförts vid ett tillfälle, och för de fyra som gjort CAN-skattning två gånger räknas den senaste skattningen. Det var mer ändamålsenligt att redovisa gruppens funktionsnivå än förändringar för så få personer. Wilcoxon Signed Ranks Test har gjorts för GAF skattningarna eftersom bortfallet var relativt lågt. Wilc. Sign. RT beräknar signifikanta skillnader i *paired samples* vilket innebär uppföljning av en och samma grupp. Är värdet över 0,6 anses skillnaden vara signifikant, eller med andra ord, statistiskt säkerställt. Som tabellen visar har positiva förändringar skett för de klienter som gjort skattningar vid två tillfällen.

Brukarnas behov av insatser:

Inledande skattning med CAN (Camberwell Assessment of Need)

CAN-skattningar har genomförts vid ett första tillfälle för 18 personer. Resultaten av de 18 CAN-skattningarna nedan har därför inte någon jämförande ansats utan kan istället ses som en lägesbeskrivning för de aktuella klienterna, angående inom vilka områden de har behov av stöd.

Figur 7. Hela den skattade gruppen, kön och ålder, N= 18

Födelseår	Män	Kvinnor	Totalt
1940-49	1	1	2
1950-59	2	0	2
1960-69	4	3	7
1970-79	2	0	2
1980-89	3	2	5
Total	12	6	18

Av de 18 skattade personerna är 12 män och 6 kvinnor. Den största åldersgruppen är inom intervallet 1960-69. Därefter följer åldersintervallet 1980-89.

Behovssummor över 10 i CAN indikerar behov som är så pass omfattande att en LSS-bedömning bör göras. Tabellen nedan visar att 7 av 18 personer befinner sig inom detta område enligt personalens skattning, och 6 av dem enligt klientens egen skattning. Fyra personer har över 10 i både personalens och klientens skattning. Av tabellen kan man utläsa att det är personerna inom åldersintervallet 1960-69 som har de största behoven av sociala insatser. Därefter följer åldersintervallet 1980-89.

Figur 8. CAN-skattning, summa av behov Klientens skattning och Personalens skattning, N= 18

Ålder	Kön	Summa behov	
		Klientens skattning	Personalens skattning
1940-49	Män	8	11
	Kv.	3	3
1950-59	Män	8	10
	Kv.	4	7
1960-69	Män	15	20
	Kv.	17	15
1970-79	Män	9	9
	Kv.	8	-
1980-89	Män	11	9
	Kv.	15	-
1940-49	Män	12	15
	Kv.	5	5
1950-59	Män	2	-
	Kv.	-	-
1960-69	Män	6	5
	Kv.	9	11
1970-79	Män	12	21
	Kv.	4	-
1980-89	Män	6	-
	Kv.	6	-

Av tabellen framgår behovssummor i samtliga skattningar, klienternas egna samt personalens.

Fig. 9. Summa behov. Klienter och personal. Medelvärden för kön och åldersgrupper, N= 18

Ålder	Kön	Medelvärde	
		Klienternas skattningar	Personalens skattningar
1940-49	Män	8,0	11,0
1940-49	Kv.	3,0	3,0
1950-59	Män	6,0	8,5
1950-59	Kv	-	-
1960-69	Män	12,25	14,67
1960-69	Kv	12,67	12,0
1970-79	Män	3,5	5,0
1970-79	Kv.	-	-
1980-89	Män	9,0	12,3
1980-89	Kv.	5,0	-
Summa		8,56	10,85

I tabellen ovan framgår det att medelvärdet av summa behov är högst inom ålderintervallet 1960-69, både avseende män och kvinnor. I följande tabell redovisas inom vilka av de 22 behovsområdena som insatserna inte är av rätt art och inte av rätt mängd.

Fig.10.Sammanställning av Nej på svaren Rätt sorts insats och Rätt mängd av insatsen, N=18

Område	Nej: Rätt	Nej: Rätt sorts	Nej: Rätt
	sorts hjälp	hjälp	mängd
	Klienternas	Personalens	
	skattningar	skattningar	
01 Bostad	-	1	1
02 Föda	-	-	1
03 Hemmets skötsel	-	-	-
04 Hygien	-	-	-
05 Daglig sysselsättning	-	1	1
06 Fysisk hälsa	2	-	2
07 Allv. psyk. symptom	2	1	2
08 Info hälsa/behandling	1	3	1
09 Emotionella besvär	1	6	3
10 Egen säkerhet	1	1	1
11 Andras säkerhet	1	1	1
12 Alkohol	-	-	-
13 Droger/Mediciner	2	-	-
14 Sociala kontakter	-	1	-
15 Nära relationer	3	1	2
16 Sexuell funktion	1	1	1
17 Barnomvårdnad	3	-	2
18 Grundskola/färdigh.	-	-	-
19 Telefon/Komm.	-	-	-
20 Transport	-	-	-
21 Ekonomi	-	1	2
22 Bidrag	1	-	1
23 Utsatt för våld	-	-	-
Totalt	18	18	21

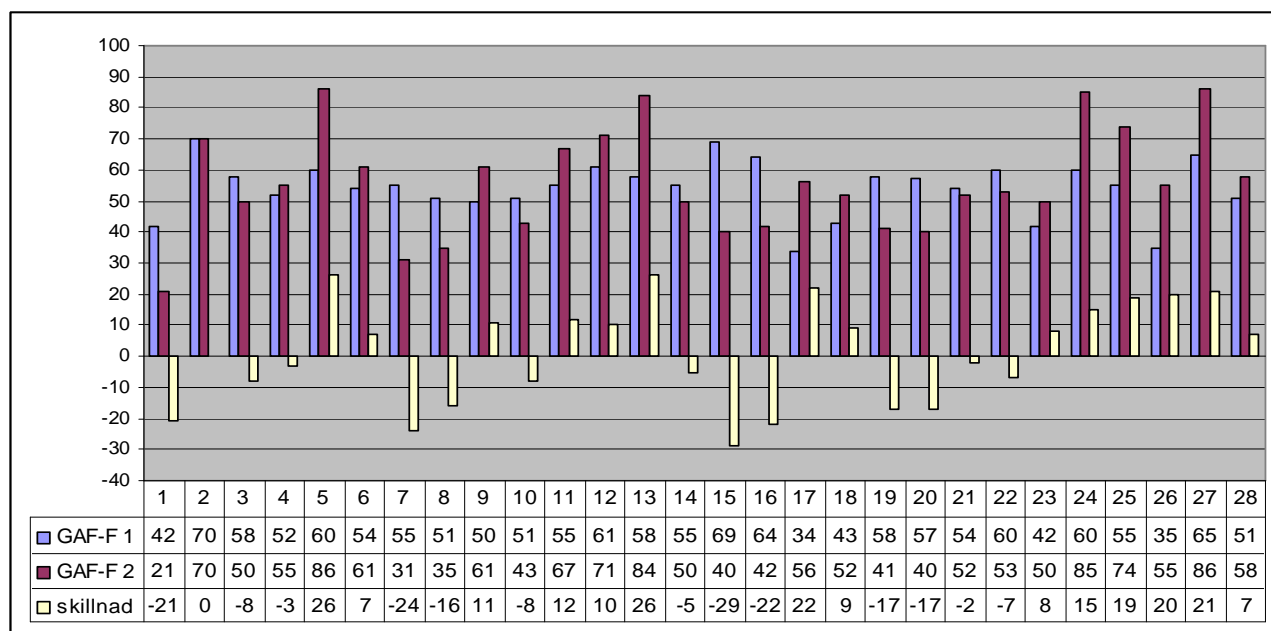
Det framgår vidare att insatserna motsvarar behoven avseende *hjälp med alkoholfrågor, hemmets skötsel och hygien*. De största problemen (ej tillräckliga insatser) återfinns inom områdena *allvarliga psykiska symptom, nära relationer, emotionella besvär, fysisk hälsa och barnomvårdnad*.

Sammantaget visar skattningarna att gruppen klienter/patienter med Case manager har stora behov av sociala insatser. Nästan hälften (7 av 18) befinner sig enligt skattningarna inom området för LSS-bedömning.

Skattning av funktionsnivå med GAF-F (Global Assessment of Functioning)

GAF-skalan är graderad mellan 0-100 och mäter global funktion med avseende på psykologisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga. Maxvärdet 100 står för *synnerligen god funktionsförmåga* och längst ner på skalan (1-10) *ständig risk för att individen tillfogar sig själv eller andra allvarlig skada*. Skalan är på så sätt ett kontinuum där varje tiotal (ex. 41-50: *allvarliga funktionssvårigheter*, 51-60: *måttliga funktionssvårigheter*) motsvarar en funktionsnivå.

Figur 11. GAF1= första skattning, GAF2= uppföljning, N=28



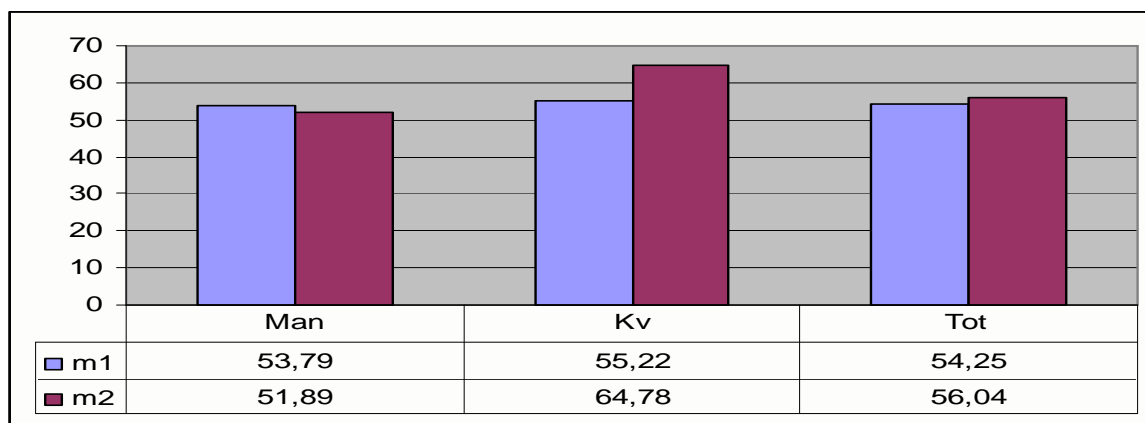
Tabellen ovan innehåller samtliga GAF-skattningar som gjorts inom ramen för projektet. 14 personer hade högre GAF-värde vid den uppföljande mätningen och 13 personer hade försämrat GAF-värde vid uppföljningen. Medelvärdet vid det första skattningstillfället (för de 28 personer som även gjort en uppföljande skattning) var 54,25 vilket hamnar i intervallet *måttliga funktionssvårigheter*. Vid den uppföljande GAF-mätningen var medelvärdet 56,0 för dessa 28 individer vilket är en viss ökning men medelvärdet ligger fortfarande inom samma intervall.

Figur 12. GAF-F, förändring i medelvärde, uppdelat efter födelseår, N = 28

Ålder	Antal	GAF1	GAF2
1940-49	2	54,5	64
1950-59	4	59,75	50,75
1960-69	13	53,23	52,92
1970-79	4	51,25	71,75
1980-89	5	54,8	52,6
Totalt	28	54,25	50,04

Diagrammet ovan innehåller medelvärden för de två GAF-skattningstillfällena uppdelat efter klienternas födelseår. Alla åldersgrupper ligger i intervallet 51-60 som motsvarar *måttliga funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete och skola* i första mätningen. Två av åldersgrupperna (40-talisterna och 70-talisterna) har förbättrats. Den mest synliga förbättringen står 70-talisterna för vars medelvärde gått från 51,25 (strax över gränsen för *allvarliga funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola*) till strax över intervallet 61-70 (*vissa funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola men i stort sett tämligen välfungerande, har några etablerade, betydelsefulla personliga relationer*).

Figur 13. GAF-F, medelvärde (m1 och m2) uppdelat efter kön, N = 28

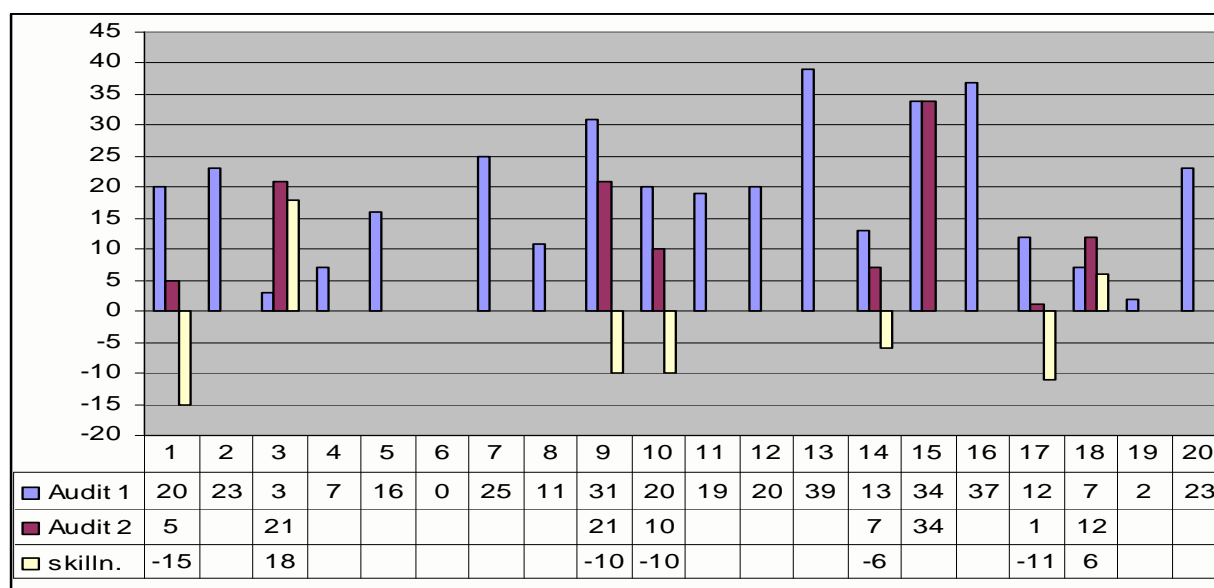


Diagrammet tydliggör skillnaden mellan könen gällande de två GAF-skattningarnas medelvärden. Kvinnornas medelvärde har förbättrats (55,22 till 64,78) motsvarande en funktionsnivå samtidigt som männens medelvärde har försämrats något (53,79 till 51,89).

Missbruk av alkohol – Audit

Audit-formuläret består av 10 frågor som vardera ger maximalt 4 poäng, vilket innebär 40 poäng som mest. Hög poäng motsvarar hög risknivå gällande en persons alkoholkonsumtion. Audit-poängen kategoriseras i tre risknivåer: mer än 8 poäng anses som riskbruk, över 16 poäng motsvarar allvarliga alkoholproblem, 20 poäng och uppåt är en stark indikation på att alkoholberoende föreligger (Babor m.fl., 2004). Tabellen visar de som skattat två gånger (uppföljning).

Figur 14. Audit, grunddata på samtliga (22) samt uppföljning för 8, N =22.



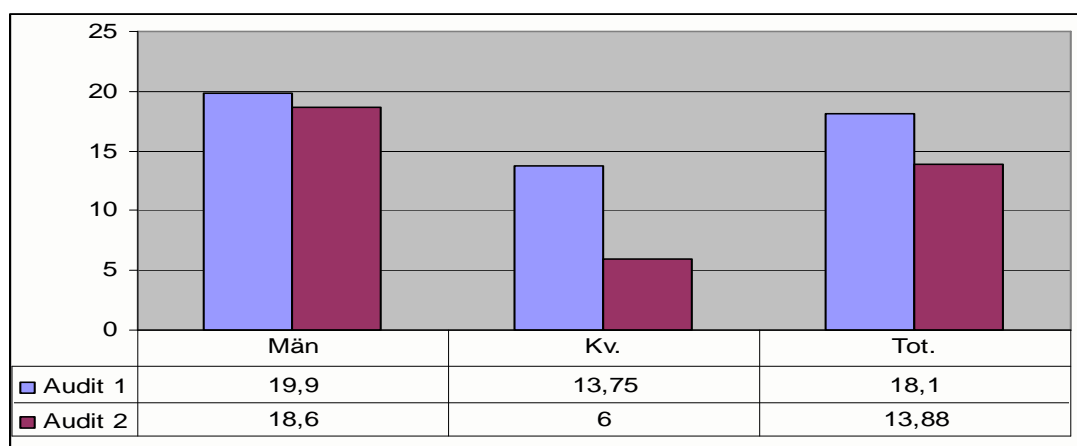
Av samtliga tjugotvå personer som skattats en gång hade femton personer mer än 8 Audit-poäng vilket är gränsen för riskbruk. Fem personer hamnade under gränsen för riskbruk. En person hade ett Audit-värde som motsvarar allvarliga alkoholproblem och tio personer hade 20 poäng eller mer vilket enligt Audit indikerar alkoholberoende. De individer som medverkade vid båda mättillfällena uppvisar en minskande alkoholkonsumtion, förutom i två fall där Audit-poängen är densamma och högre vid andra skattningen. Tre personer hade lämnat intervallet som motsvarar alkoholberoende vid det andra skattningstillfället

Figur 15. Skillnader i medelvärde uppdelat på ålder, N= 8.

Ålder	Audit 1	Audit 2
1940-49	16,00 (1)	-
1950-59	18,33 (3)	14,00 (2)
1960-69	24,63 (8)	21,67 (3)
1970-79	7,00 (2)	1,00 (1)
1980-89	13,33 (6)	8,50 (2)

Medelvärdet för de åtta personer som även gjort en uppföljande skattning har minskat från 17,5 vid den första mätningen till 13,5 vid den andra mätningen. Men eftersom endast åtta personer har gjort två skattningar, vilket möjliggör en jämförelse, är det svårt att dra slutsatser som är relevanta för hela gruppen.

Figur 16. Skillnader i medelvärde uppdelat på kön, N= 8.

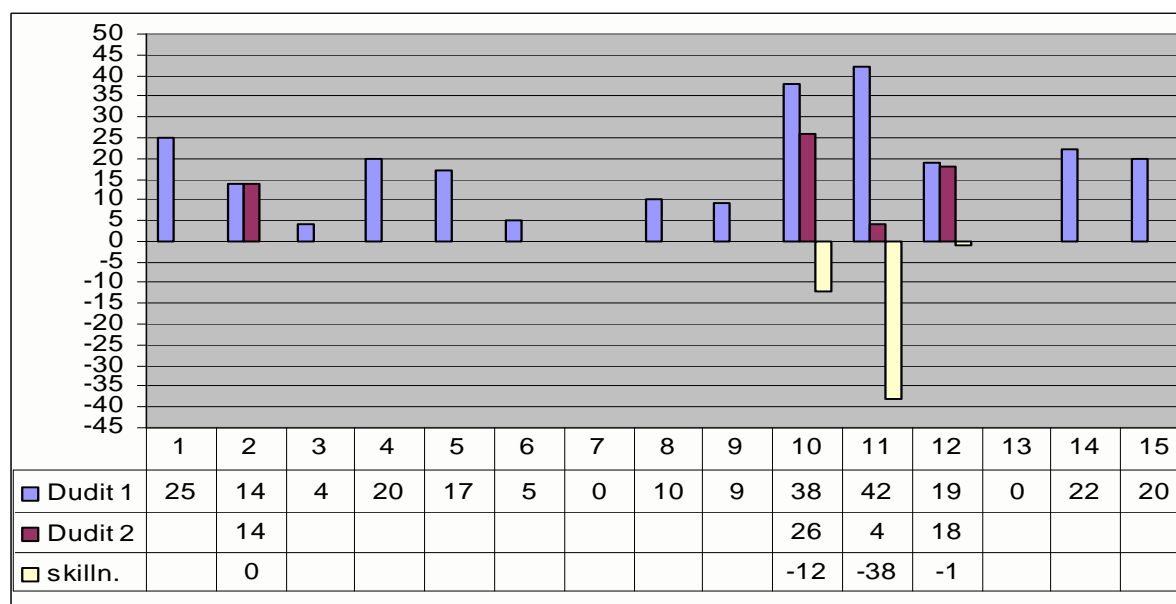


Positiva förändringar avseende alkoholbruk är mest framträdande för de yngre. Data gäller dock bara tre personer. Beträffande skillnader för kön är förändringen mest positiv för kvinnor. I det jämförande datamaterialet finns dock endast två kvinnor.

Drogmissbruk – Dudit

Dudit mäter en individs droganvändning med hjälp av 11 frågor som vardera ger högst 4 poäng. Den maximala poängen är således 44. Hög poäng medför hög risk. Som riskabelt bruk räknas 6 poäng eller mer för män och 2 poäng eller mer för kvinnor. Om individen har 25 poäng eller mer är denne med stor sannolikhet beroende av en eller flera droger (Berman mfl, 2003).

Figur 17. Dudit. Skattning för samtliga 15 personer, N= 15



Samtliga 15 klienter, utom tre, som gjorde ett första Dudit-test har antingen ett riskbruk av droger eller är beroende av droger. Av de fyra individer som även har gjort en uppföljande Dudit-skattning uppvisar tre positiva förändringar gällande sin droganvändning och en individ har gått från intervallet för beroende till intervallet som motsvarar riskbruk. Medelvärdet för de fyra individer som även har gjort en uppföljande mätning har minskat väsentligt från 28,2

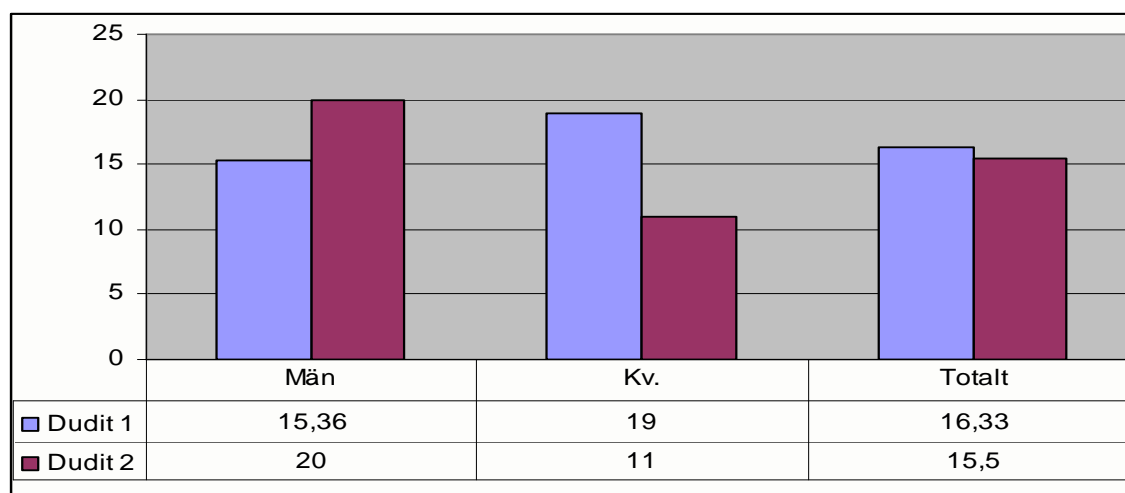
till 15,5. Men likt Audit-resultatet är det svårt att dra slutsatser som gäller hela gruppen utifrån de fyra personer där en jämförelse kan göras.

Figur 18. Skillnader i medelvärde uppdelat på ålder, N= 15

Ålder	Dudit 1	Dudit 2
1940-49	-	-
1950-59	9,00 (1)	-
1960-69	19,60 (5)	26,0 (1)
1970-79	18,67 (3)	9,0 (2)
1980-89	13,67 (6)	18,0 (1)

Värdena har förbättrats i positiv riktning för två personer i åldersintervallet 1970-79. För de två övriga personerna har värdet stigit sedan första skattningen.

Figur 19. Skillnader i medelvärde uppdelat på kön, N= 15

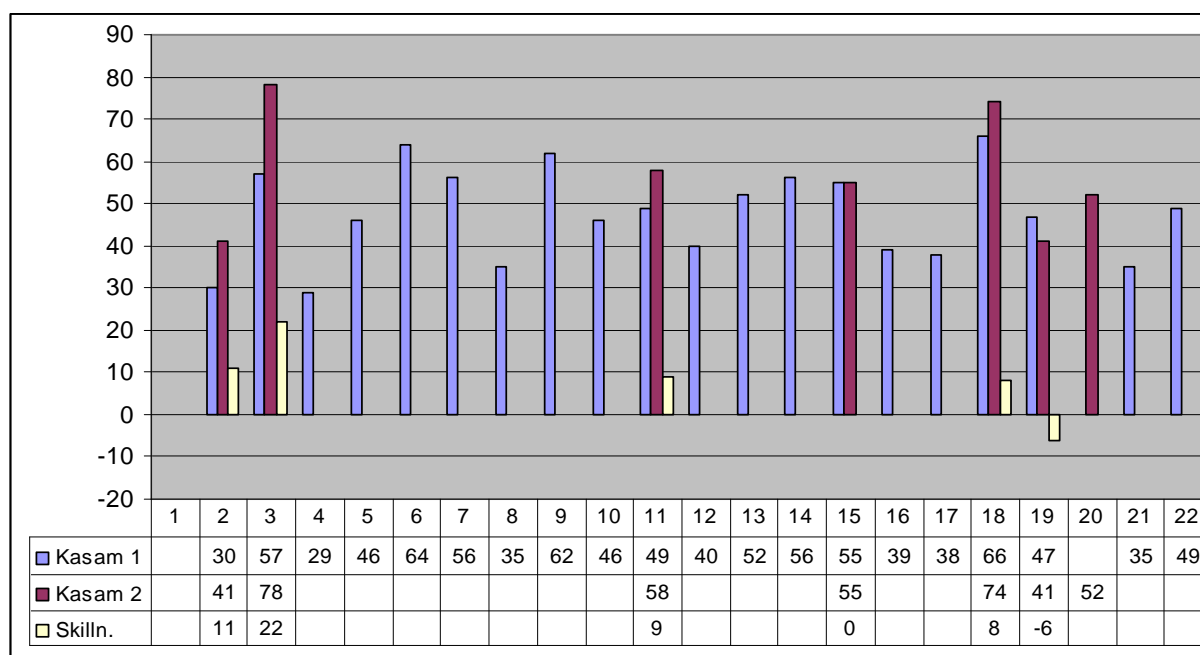


Beträffande Dudit så visar jämförelse mellan könen, att kvinnorna har en positiv förbättring. Det jämförande materialet innehåller endast två kvinnor.

Kasam

KASAM (Känsla Av SAMmanhang) mäter en individs upplevelse av tillvaron utifrån begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. I denna utvärdering har kortversionen av KASAM använts med motiveringen att försöka öka svarsfrekvensen. Kortversionen består av 13 frågor och ger som mest 91 poäng och som minst 13 poäng. Poängen tolkas på följande sätt; låg KASAM: 30-60 poäng, måttlig KASAM: 61-75 poäng, hög KASAM: 76-91.

Figur 20. KASAM, grunddata samt uppföljning, N = 22



Tre individer hade måttlig KASAM vid första mättillfället, medan sexton fanns i intervallet som motsvarar låg KASAM vid den första mätningen. Fyra av de fem individer som även har gjort en uppföljande KASAM-skattning uppvisar vissa förändringar i riktning mot högre KASAM. Tre individer har en ökad känsla av sammanhang och en har minskat sin poäng. Men som tabeller visar har det inte skett några större förändringar, ingen av de fem med jämförbara resultat har ändrat intervalltillhörighet. Medelvärdet för de fem individer som gjort två skattningar har ökat något från 49,7 vid första tillfället till 51,2 vid det andra tillfället.

Sammanfattning

Medelvärdena indikerar förbättringar för de klienter som skattats vid två tillfällen. GAF-F skattningar har gjorts på flest individer och resultatet av dessa visar på en förbättring, dock inte signifikant enligt *Wilcoxon signed rank test (0.501)*. CAN-skattningarna pekar på att det fortfarande finns otillfredsställda behov hos klientgruppen. De största behovsområdena, hos dem som genomfört en CAN-skattning, är *allvarliga psykiska symtom* och *emotionella besvär*. Gällande missbruk visar resultaten av Audit- och Duditskattningarna minskningar vid de uppföljande mätningarna. Resultatet av KASAM-skattningarna påvisar en viss förbättring av medelvärdet för dem som även gjort en uppföljning.

Resultatet av brukarenkäten

Brukarens bedömning av CM-stödet

Under hösten 2007 fick samtliga patienter i projektet, som haft kontakt med en Case manager i minst tre månader, en enkät med frågor om vilket stöd de tyckte att de fått av sin Case manager. Enkäten överlämnades och samlades in av personalen på respektive enhet. 12 fullständigt ifyllda enkäter kom tillbaka. Härefter redovisas resultaten på samtliga frågor med brukarnas kommentarer i de fall där de skrivit sådana. Samtliga enkätfrågor har besvarats av 12 personer.

Figur 21. Hur länge har Du haft en Case manager?

Hemort	>12 mån	6 – 11 mån.	1-5 mån	Ej uppg.	Totalt
Järfälla	4	1	1	1	7
Upplands-Bro	1	3	0	1	5
Totalt	5	4	1	2	12

Nio av de tolv som svarat har haft Case manager mer än 6 månader.

Figur 22. Hur ofta träffar Du din Case manager?

Hemort	Varje dag	Fler ggr/v.	Ngn g/v	Varannan/v	En ggr/m	Totalt
Järfälla	1	1	3	0	2	7
Upplands-Bro	1	2	2	0	0	5
Totalt	2	3	5	0	2	12

De vanligaste alternativen är att brukaren träffar Case managern varje vecka i olika omfattning.

Figur 23. Var träffas Ni?

Hemort	Riddarmottagn.	Härnevimottagn.	Hem/boende	Ute	Totalt
Järfälla	5	0	1	1	7
Upplands-Bro	0	3	1	1	5
Totalt	5	3	2	2	12

Det är något vanligare att brukaren träffar sin Case manager på mottagningen (8 av 12). En av brukarnas svar på frågan om var man träffades, var: "där jag är".

Figur 24. Begärde Du själv att få en Case manager?

Hemort	Ja	Nej	Totalt
Järfälla	3	4	7
Upplands-Bro	0	5	5
Totalt	3	9	12

Det är vanligare att klienten får hjälp med att ordna en Case manager än att själv begära en.

Figur 25. Vem hjälpte till med att ordna en Case manager?

Hemort	Riddar- mott.	Socialtj. Järfälla	Härnevi- mott.	Socialtj. Uppl.-Bro	Ej svar	Totalt
Järfälla	5	1	0	0	1	7
Upplands-Bro	0	0	2	3	0	5
Totalt	5	1	2	3	1	12

De som bor i Järfälla har oftast fått sin Case manager genom Riddarmottagningen, medan de som bor i Upplands-Bro har fått Case manager förmedlat genom både Härnevimottagningen och socialtjänsten.

Figur 26. Hur bor Du nu?

Hemort	Egen bostad	Socialt kontrakt	Behandl.hem /HVB	Bostads- grupp	Inneb. /annat	Familje- hem	Tot.
Järfälla	2	1	1	1	2	0	7
Upplands-Bro	3	1	0	0	0	1	5
Totalt	5	2	1	1	2	1	12

Fem av tolv uppger att de har egen bostad. En person bor i bostadsgrupp, två är inneboende hos någon med kontrakt.

Brukarnas bedömning av stödet från sin Case manager

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

Figur 27. Är Case managern ett stöd för Dig beträffande bostaden?

Hemort	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Järfälla	0	3	1	3	0	7
Upplands-Bro	1	2	2	0	0	5
Totalt	1	5	3	3	0	12

Brukarnas kommentarer:

”Har ibland fått hembesök när jag inte orkat komma till mottagningen. Bra!”

”Han vill hjälpa till men får inte för mig.”

”Jag har god kontakt med min CM, hon lyssnar på mig och är pålitlig.”

”Jag har bra kontakt med soc. via min Case manager.”

“ Jag får en rutin i vardagen”

Figur 28. Vilket stöd anser du att Du har av din Case manager beträffande ekonomiska frågor?

Hemort	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Järfälla	0	4	1	2	0	7
Upplands-Bro	1	2	1	1	0	5
Totalt	1	6	2	3	0	12

Brukarnas kommentarer:

”För lite hjälp, borde vara utbetalning en gång per vecka.”

”Case managern är inte så inblandad i det.” ” Soc. sköter ekonomin.”

Figur 29. Är Case managern ett stöd för Dig beträffande arbete eller sysselsättning?

Hemort	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Järfälla	1	1	2	3	0	7
Upplands-Bro	0	4	1	0	0	5
Totalt	1	5	3	3	0	12

Brukarnas kommentarer:

”Case managern är inte så inblandad.”

”Har ingen sysselsättning.”

Figur 30. Är Case managern ett stöd för Dig i frågor som rör Din fysiska hälsa?

Hemort	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Järfälla	2	1	2	2	0	7
Upplands-Bro	0	2	2	1	0	5
Totalt	2	3	4	3	0	12

Brukarnas kommentarer:

”Hon hjälpte mig att få ett gym-kort. Det var bra!”

Figur 31. Är Case managern ett stöd för Dig i frågor som rör Din psykiska hälsa?

Hemort	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Järfälla	2	4	0	1	0	7
Upplands-Bro	4	0	1	0	0	5
Totalt	6	4	1	1	0	12

Brukarnas kommentarer:

”Jag får den hjälp jag behöver.”

Figur 32. Är Case managern ett stöd för Dig i frågor som rör Ditt missbruk?

Hemort	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Järfälla	3	3	1	0	0	7
Upplands-Bro	3	2	0	0	0	5
Totalt	6	5	1	0	0	12

Brukarnas kommentarer:

”Jag träffar en sköterska från psykiatrin.”

Figur 33. Är Case managern ett stöd för Dig i frågor som rör din tandvård?

Hemort	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Järfälla	0	2	0	5	0	7
Upplands-Bro	0	0	2	3	0	5
Totalt	0	2	2	8	0	12

Brukarnas kommentarer:

Inga kommentarer till denna fråga.

Figur 34. Är Case managern ett stöd för Dig i kontakten med olika myndigheter och i juridiska ärenden? (t. ex. Försäkringskassan, Kronofogden, Socialtjänsten, Frivården)

Hemort	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Järfälla	3	1	1	2	0	7
Upplands-Bro	2	1	2	0	0	5
Totalt	5	2	3	2	0	12

Brukarnas kommentarer:

”Jag får den hjälp jag behöver.”

Figur 35. Är Case managern ett stöd för dig i kontakten med hälso- och sjukvården? (t. ex. Psykiatri, Beroendevård, Vårdcentral)

Hemort	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Järfälla	3	4	0	0	0	7
Upplands-Bro	3	2	0	0	0	5
Totalt	6	6	0	0	0	12

Brukarnas kommentarer:

”Jag får den hjälp jag behöver.”

Figur 36. Är Case managern ett stöd för Dig avseende Dina fritidsintressen?

Hemort	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Järfälla	0	2	1	4	0	7
Upplands-Bro	0	3	1	1	0	5
Totalt	0	5	2	5	0	12

Brukarnas kommentarer:

”Vill ha fler permissioner för att kunna besöka mamma och barnen.”

Figur 37.

Är Case managern ett stöd för Dig i kontakten med Din familj och Dina vänner?

Hemort	Ja, stort stöd	Ja, till en del	Inte så mkt	Inte alls	Ej svar	Totalt
Järfälla	0	1	4	2	0	7
Upplands-Bro	0	2	1	2	0	5
Totalt	0	3	5	4	0	12

Brukarnas kommentarer:

Inga kommentarer till denna fråga.

Figur 38. Sammanställning av samtliga frågor om stöd i enkäten (N = 12)

CM-stöd	Bost.	Ek.	Arb./ syss.	Fys. Hälsa	Psyk. hälsa	Missbr.	Tandv.	Myndigh.	Sjukv.	Fritid	Fam.	Tot
Ja, stort stöd	1	1	1	2	6	6	0	5	6	0	0	28
Ja, till en del	5	6	5	3	4	5	2	2	6	5	3	46
Inte så mkt	3	2	3	4	1	1	2	3	0	2	5	26
Inte alls	3	3	3	3	1	0	8	2	0	5	4	32
Ej svar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	

Svarsalternativet, *Ja, till en del* är det mest förekommande svaret. Sammantaget överväger alternativet *Ja, stort stöd* + *Ja, till en del* med 74 poäng jämfört med *Inte så mycket* + *Inte alls* som sammantaget blir 58 poäng. Mest stöd upplever brukarna att de får med sin psykiska hälsa, missbruk samt kontakt med myndigheter och sjukvård. Beträffande bostad, arbete och ekonomi upplevs stödet inte lika stort, vilket delvis kan förklaras med att de har fungerande hjälp från socialtjänsten. Beträffande arbete och sysselsättning uppger en av brukarna att ”jag har ingen sysselsättning”. Tandvård är också ett område som brukarna uppger att de inte fått så mycket stöd. Dessa senare områden kan tänkas bli aktuella senare i en längre behandlingskontakt. Det viktigaste resultatet är att brukarna uppger att de fått mycket stöd och en del stöd beträffande psykisk hälsa, missbruk samt kontakt med sjukvård och myndigheter.

Brukarnas sammanfattande omdöme av värdet av Case manager (n = 10)

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

Figur 39. N= 12.

										x x
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
										Medelvärde: 7,75 Median: 7,9

Brukarna gav genomgående höga omdömen till case management-stödet. En av brukarna som skattade lågt, uppgav att det berodde på att han/hon inte haft Case manager så länge, vilket gjorde det svårt att bedöma insatsen.

Bedömning av vårdkonsumtion

Inledning

Beräkningen av vårddygn gjordes utifrån dokumentation i akter vid socialtjänsten samt utifrån statistik över vårddygn vid psykiatrin och beroendevården. Kostnader har inte beräknats, bland annat beroende på olika kostnader för olika placeringsalternativ.

Figur 40. Genomsnittligt antal vårddygn för respektive huvudman under perioden 2006-01-01 till och med 2008-10-31, indelat på före CM och med CM (samtliga klienter som varit placerade eller inlagda för vård), N=43

	Psykiatri	Kommun	Beroendevård	S:a vårddygn
före CM	779	672	71	1522
med CM	435	807	55	1297
Totalt	1214	1479	126	2819

Psykiatrin är den huvudman som har haft flest antal patienter med slutenvårdsdygn (26 st) under den studerade tidsperioden. Däremot står kommunerna för det högsta antalet vårddygn under samma period. Beroendevården har lägre siffror men samma antal individer som kommunerna (12 st). Kommunerna har fler institutionsdygn efter att klienten fått en Case manager än de hade innan. Den psykiatriska slutenvården har minskat med nästan hälften efter det att patienterna fått en Case manager. Beroendevården har också en viss minskning av antalet vårddygn.

De individer som var storkonsumenter av omfattande vårdinsatser innan de fick en Case manager har i nästan samtliga fall minskat antalet vårddygn i och med Case manager-stödet. Det finns även en grupp av betydande storlek som har fått mer av de beskrivna insatserna efter att de remitterats till SAM-teamet. Detta kan tyda på, vilket även nämnts tidigare i intervjuerna, att man i och med Case manager-teamets tillkomst nu kan hålla kvar individen och genomföra den behandling denne är i behov av.

I syfte att komplettera bilden med vad som händer beträffande konsumtion av heldygnsvård har en uppföljning gjorts på de 14 första klienterna som fick Case manager, avseende vårddygn inom psykiatrisk vård och vårddygn inom socialtjänsten (HVB).

Figur 41. Antal vård dygn inom psykiatri, N= 14

Året innan Case manager	Första året med Case manager	Andra året* med Case manager
<i>Vård dygn/genomsnitt</i>	<i>Vård dygn/genomsnitt</i>	<i>Vård dygn/genomsnitt</i>
22,07	18,3	1,05

*Avser 12 månader för fem personer och påbörjat andra år för nio personer.

Figur 42. Antal dygn i HVB-placering, N= 14

Året innan Case manager	Första året med Case manager	Andra året med Case manager
<i>HVB Vård dygn/genomsnitt</i>	<i>HVB Vård dygn/genomsnitt</i>	<i>HVB Vård dygn/genomsnitt</i>
3,1	6,7	20,1

Den tendens som fanns i första delrapporten om att vård inom HVB ökar, medan sluten psykiatrisk vård minskar, bekräftas igen, efter en uppföljning över längre tid på de första klienterna i projektet. Klienter som avslutat Case manager insats är inte med i beräkningen. Den beskrivna vårdkonsumtionen avser klienter med Case manager under en hel tvåårsperiod (5 klienter) eller en 18-månaders till 24-månaders period (9 klienter).

Sammanfattning av resultat

Intervjuer

Intervjuerna genomsyras av positiva beskrivningar av projektet. Både Case managerna och projektets ledning anser att mycket nytta görs på mottagningarna. Arbetsmetoden har gett mersmak och projektet beslutades att ingå i ordinarie verksamhet från och med 2008. Som benämningen antyder har det inte varit problemfritt att arbeta med målgruppen personer med komplexa vårdbehov. Den kontaktskapande fasen kan vara lång, men ACT-modellens förespråkande av enträget arbete är något Case managerna har tagit fasta på. Av de 43 individer som deltagit i projektet har endast tio skrivits ut ur verksamheten. Resten har alltså fortfarande kontakt med olika behandlingssystem vilket får ses som ett gott resultat med tanke på målgruppens tidigare problem med att få ett kontinuerligt, långsiktigt stöd. Case managernas samordnande funktion får med bakgrund av detta ta åt sig en stor del av äran. Dessutom har vårdplaner upprättats för 26 individer inom ramen för projektet. Att arbeta uppsökande betonas som en viktig del av arbetet för att upprätthålla den kontinuerliga kontakten.

Vidare framgår det av fokusgruppintervjun att relationen mellan Case manager och klient är avgörande för att positiva förändringar ska kunna äga rum. Samverkan mellan huvudmännen är en förutsättning för att arbetet ska gå framåt. Trots vissa svårigheter med att starta upp en ny verksamhet med flera inblandade så ges det i stort positiva beskrivningar av samverkansarbetet. Undantaget i detta fall är att huvudmännen har olika datasystem för att dokumentera arbetet vilket medför en viss komplicerad av informationsutbytet. Frågan om en patientansvarig läkare (PAL) har gett upphov till diskussioner. Bristen på specialistläkare har blivit tydlig i och med detta projekt då man inte lyckats anställa någon PAL. Detta hade inledningsvis en negativ inverkan på projektets framåtskridande. Case managernas mandat kan beskrivas som samordnande och inte beslutsfattande. Sammanfattningsvis har verksamheten nått en stabilitet efter en något vinglig inledning. Huvudsyftet med projektet, att

utveckla samarbetet mellan huvudmännen samt att klienterna ska få det samlade stöd de behöver, verkar vara på god väg att nås.

Skattningar av behov av sociala insatser, psykisk funktionsnivå, alkohol- och droganvändning samt känsla av sammanhang.

Utifrån de skattningar som gjorts är det svårt att dra några definitiva slutsatser eftersom tidsspännet är relativt kort och bortfallet påtagligt. Medelvärdena indikerar dock förbättringar för de klienter som skattats vid två tillfällen. GAF-F skattningar har gjorts på nästan alla som medverkat i projektet och resultatet av dessa visar på en förbättring. CAN-skattningarna pekar på att det fortfarande finns otillfredsställda behov hos klientgruppen. De största behovsområdena, hos dem som genomfört en CAN-skattning, är *allvarliga psykiska symptom* och *emotionella besvär*. Inom dessa områden återfinns också de flesta pågående insatserna. På så sätt finns det tecken på att de främsta stödbehoven är i fokus för att tillmötesgå. Gällande missbruk visar resultaten av Audit- och Duditskattningarna minskningar vid de uppföljande mätningarna. Enligt CAN finns dock ännu stödbehov som inte är mötta avseende klienternas missbruk. Boende är inte något stort problemområde enligt CAN-skattningarna. Behovet av stöd är störst beträffande allvarliga psykiska symptom, fysisk hälsa, nära relationer och emotionella besvär. Resultatet av KASAM-skattningarna påvisar en viss förbättring av medelvärdet för dem som även gjort en uppföljning. Medelvärdet ligger i intervallet för låg känsla av sammanhang vid båda mättillfällena.

Brukarenkäten

Resultatet av brukarenkäten visar att brukarna är nöjda med insatsen i stort. Mest stöd upplever de att de får med sin psykiska hälsa vilket bekräftas av de CAN-skattningar som gjorts. Stöd i områdena missbruk samt kontakter med myndigheter och sjukvård upplevs också som stort. Hjälpsamt beträffande bostad och sysselsättning upplevs inte som lika stort. Efter drygt ett års arbete verkar fokus hittills legat på förbättrad psykisk hälsa och mindre missbruk. Sammantaget ges höga omdömen till Case manager-stödet.

Vårdkonsumtion

Det sammanlagda antalet slutenvårdsdygn inom psykiatrin har nästan halverats under den studerade tidsperioden. Ett flertal individer har fått mer psykiatrisk öppenvård efter deltagande i projektet. För kommunernas del har antal dygn i placering ökat. Beroendevården har en viss minskning av antalet vårddygn för projektets deltagare. För de första 14 klienterna i projektet har antalet vårddygn inom psykiatrisk slutenvård minskat medan kommunernas placeringar på HVB- institutioner har ökat.

Boendesituation

CAN-skattningarna och brukarenkäten visade att boendet inte var något problem för de som deltagit i dessa skattningar, arton respektive tolv personer.

Resultatet i jämförelse med annan forskning

På grund av att case management existerat så kort tid i kombination med långa behandlingsperioder är de svenska utvärderingarna få. Den genomsnittliga behandlingsperioden i ett ACT- team ligger vanligtvis på sex år (Burns & Firn, 2005), så det dröjer ännu innan långsiktiga utvärderingar kan göras. I de uppföljningar och utvärderingar av case management-projekt som bedrivits i Sverige påtalas brister i inventeringen av målgruppen, variationer i dokumentationen samt oklarheter i vilken grad case management-arbetet genomförs enligt ACT- modellen (Ekermo & Zovko, 2007, Ekermo & Beckman, L. 2008). SAM-teamet har i den jämförelsen en hög "fidelity" (programtrohet) gentemot ACT, den evidensbaserade modellen av case management.

Arbetsmodellen case management har undersökts i ett antal filosofie kandidat-uppsatser. Metoden har företrädesvis bestått av intervjuer. I dessa studier framkommer bland annat att organisationen och ledarskapet tidvis varit ett problem i projekten samt att bristande information till klienter och andra medarbetare påverkat resultatet av arbetet (Tevebring, J. & Olsson, P, 2006; Claesson, L. & Karlsson, L. 2009). I föreliggande studie har organisationsproblem diskuterats. Det verkade dock vara ett initialt problem som inte kvarstår vid permanentningen av arbetsformen.

Socialstyrelsen och Länsstyrelsen i Skåne län har utvärderat de ekonomiska effekterna av PO (Personligt ombud) och konstaterat att verksamheten är samhällsekonomiskt lönsam, särskilt beträffande minskningen av slutenvård och tvångsvård. Studien visar att den ekonomiska minskningen är störst för landstinget. I denna studie kan samma mönster skönjas, att slutenvård inom landstinget minskar, medan kommunernas åtaganden för målgruppen ökar.

Beträffande resultatet av SAM-teamets arbete finns bara en ytterligare svensk studie som går att jämföra med denna utvärdering (Piuva & Lobos 2007). I denna studie undersöktes också ett case management projekt med ACT-modellen som förebild. Både den utvärderingen och utvärderingen av SAM-teamet visar, enligt de dokumenterade uppföljningarna, på en förbättring av klienternas hälsa och sociala situation samt att klienterna var mycket nöjda med Case managerns arbete. I ett avseende, organisationen och acceptansen bland andra medarbetare, visades att det gått fortare för SAM-teamet att etableras sig och få acceptans bland övriga medarbetare i kommunerna. I jämförelse med internationella studier är klientunderlaget i denna utvärdering förhållandevis litet och trots att förbättringar skett har det inte gått att påvisa signifikanta skillnader beträffande missbruk och hälsa. Däremot följer SAM-teamets arbete samma tendens som större klientunderlag, att resultaten för de deltagande klienterna är positiva beträffande hälsa, missbruk och sociala situation. Någon jämförelse med andra insatser eller andra former av case management har inte gjorts i denna studie.

Den evidensbaserade formen av case management, ACT, är framförallt en arbetsform som utvärderats i USA, Storbritannien och Canada. 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. SAM-teamet, har trots olikheter i organisation (kommunerna, beroendevården och landstinget) genom samverkan utvecklat en arbetsmodell som ligger nära den förespråkade ACT-modellen. Arbetet i multidisciplinära team är både styrkan och svagheter i arbetsmodellen. Styrkan ligger i att teamarbetet överbryggat samverkansproblem mellan de olika vårdgivarna, genom att teammedlemmarna representerar de olika vårdgivarnas kompetens i det direkta arbetet med klienterna. Svagheter ligger i organisationsstrukturen. Ledningen för detta och liknande ACT-projekt är konstruerad i samband med projektet. Denna ledningsfunktion som går utöver den ordinarie verksamheten behöver upprätthållas och finna former som fungerar på längre sikt.

SAM-teamet har, som ett av mycket få projekt i landet, arbetat med hög programtrohet (fidelity) och god dokumentation. Därför har det varit möjligt att följa projektets resultat beträffande klientarbetet, något som är ovanligt i utvärderingar av case management. Oftast har utvärderingar skett genom enbart intervjuer av anställda och klienter. Det är därför oroande att konstatera att teamet på grund av personalbrist avseende beroendevården, inte arbetat fullt ut enligt ACT-modellen under det senaste halvåret. Det kan naturligtvis innebära konsekvenser för tillströmningen av nya klienter, kvaliteten på dokumentationen och möjligheterna att fortsätta med uppföljningar av klienternas behov, missbruk och psykiska hälsa.

5. DISKUSSION

Personer med komplexa vårdbehov är ett dubbelsidigt begrepp. Som begreppet är formulerat så beskriver det komplexiteten av individens problematik med både en allvarlig psykisk sjukdom eller störning och ett omfattande missbruk. Samtidigt finns en organisatorisk innebörd av begreppet. Det har visat sig vara komplicerat att ge vård till en individ med dessa sammansatta behov eftersom det ofta involverar insatser från flera olika vårdgivare, bland annat psykiatri, beroendevård och socialtjänst. Det finns en rad försvårande omständigheter med att skapa en sammanhållen vårdkedja utifrån dessa förutsättningar. Det råder i huvudsak sekretess mellan landsting och kommun vilket uttrycker en tydlig skiljelinje dem emellan. De är oftast belägna i olika lokaler, vilket i sig markerar den egna organisationens autonomi. För personer med komplexa vårdbehov är dock de olika vårdgivarna bitar i samma pussel. Case managerns uppgift är att lägga pusslet.

När Case managerna beskriver yrkesrollens mest angelägna uppgift betonas vikten av att *inte släppa taget*. Precis denna formulering återfinns även i "Missbruk och samtidigt psykisk sjukdom – en programförklaring i tio punkter" (SOU 2006:100) under punkt sju som har rubriken *Gemensam behovsanalys krävs*. Resonemanget utvecklas på följande sätt:

Utifrån en bred utredning görs en gemensam bedömning av behov och en samordnad plan med berörda aktörer och resurser i nätverket. Kontinuitet är avgörande för framgång. Det ska alltid finnas en ansvarig samordnare i det professionella nätverket och denna samordning ska alltid finnas och inte släppa taget.
(SOU 2006:100)

Denna formulering fångar kärnan i det arbetssätt som eftersträvas inom ramen för projektet. Det fångar även kärnan i arbetsgruppens benämning, SAM-teamet, som står för samverkan, ansvar och medverkan. Dessa ledord motsvarar de faktorer som har varit underrepresenterade i arbetet med denna grupp, om man blickar tillbaka i tiden. Samverkan har av hävd varit ett problemområde, ansvarstagande har ofta saknats i den mening att individerna har hänvisats fram och tillbaka mellan olika vårdgivare och i ljuset av dessa omständigheter kan även medverkan bli bristfällig.

De samhällsliga processer och de politiska beslut som har skapat dagens individstödande insatser innebär nya möjligheter inom vård och omsorg men också nya hinder som måste passeras. Möjligheterna är bättre och mer effektiva metoder för behandling och hindren består bland annat av att vårdgivarna måste hitta vägar för att samarbeta på ett sätt som de inte tidigare har gjort. Forskningen som presenterades i kunskapsöversikten visar att integrerad behandling ger bättre resultat än behandling som utförs efter stafettprincipen, då man fokuserar på ett stödbehov i taget. Vinsten för den enskilde torde därför prioriteras före den organisatoriska smidighet det innebär att endast utföra den behandling som erbjuds under den egna organisationens tak. Case management är en produkt av ett nytänkande inom omsorgen av personer med komplexa vårdbehov. Lärdomar från gårdagen har lett fram till denna stödform. Morgondagens lärdomar blir troligtvis att ge denna stödform bättre förutsättningar så att den kan nå sin fulla potential.

Integrerade arbetsmodeller som ACT har som syfte att förbättra samordningen av insatserna för klienten och att på sikt minska onödiga vårdkostnader i form av slutenvård. Denna utvärdering samt Socialstyrelsens och Länsstyrelsens utvärdering (2006) av personligt ombud (PO) pekar på att insatserna och därmed kostnaderna på sikt hamnar inom öppna och frivilliga verksamheter, i de flesta fall inom kommunernas ansvarsområden. Det är en samhällsekonomisk vinst totalt. Ökad placering i HVB hem kan dock innebära en kostnadsökning för de deltagande kommunerna. Denna utveckling är helt rimlig utifrån

psykiatrireformens, normaliseringsprincipens och det integrerade arbetssättets mål, men utvecklingen behöver uppmärksammas och diskuteras för att förhindra att detta förhållande bidrar till ett dolt motstånd mot arbetsmodellen och dess långsiktiga effekter. Det skulle också vara av stort värde att fortsätta följa vårdkonsumtionen, behov och insatser, samt hälsa och droganvändning för de klienter som ingår i verksamheten. Ett rimligt antagande utifrån syftet med insatsen är att heldygnsvård bör minska även för kommunernas del och öppen vård och sociala insatser i hemmet bör öka på sikt. Utvärderingsperioden, två år, för denna verksamhet har varit relativt kort i relation till att arbetsmodellen syftar till ett arbete på fem till sex år med denna klientgrupp.

6. REFERENSER

Litteratur

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2004). *AUDIT. The Drug Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. 2:nd ed. WHO. Dept. of Mental Health and Substance Dependence.

Bond, G. R. & Campbell, K. (2008). "Evidence-Based Practices for Individuals with Severe mental Illness" in *Journal of Rehabilitation*. Vol 74, issue 2, p. 33-44.

Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., Schlyter, F. (2003). *DUDIT-E. The Drug Use Disorders Identification Test-E. Manual*. Version 1.0, Mars 2003. Karolinska Institutet för neurovetenskap. Sekt. För klinisk alkohol- och narkotikaforskning.

Burns, T. & Firn, M. (2005). *Samhällsbaserad psykiatrisk vård*. Lund: Studentlitteratur

CAN (Camberwell Assessment of Need). Bo G. Ericson, 2005.

Claesson, L. & Karlsson, L. (2009). "En slags kompis som verkar bry sig och lyssnar och så". *Klientens beskrivning av Case managern i relation till arbetsmetoden*. C-uppsats. Stockholms Universitet, Inst. för socialt arbete.

Danermark, B. (2003). *Samverkan – himmel eller helvete?*. Stockholm: Gothia.

Ekermo, M. & Beckman, L. (2008). *Det räcker inte med en bra idé. Utvärdering av Sveriges Kommuner och Landstings metodutvecklingsarbetemed case management för människor med dubbla diagnoser*. Mälardalens högskola. Studies in social sciences.

Ekermo, M. & Zovko, D. (2007). *Att utbilda vävare och bygga vävstolar samtidigt. Utvärdering av Sveriges Kommuner och landstings metodutvecklingsarbete med case management för människor med dubbla diagnoser*. Mälardalens högskola. Studies in social sciences. Arbetsrapport 2007:1

Fletcher, T. DD., Cunnigham, J. L., Calsyn, R. J., Morse, G. A., Klinkenberg, W. D. (2008). "Evaluation of treatment programs for dual disorder individuals: Modeling longitudinal and mediation effects" in *Administration and Policy in Mental Health Services research*. Vol. 35(4). P. 319-336.

Ericson, B. G. (2005). *CAN (Camberwell Assessment of Need)*.

Gabbard, G. O. & Kay, J. (2001). "The Fate of Integrated Treatment: Whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist?" in *American Journal of Psychiatry*, 158: 1956-1963.

GAF (Global Assessment of Functioning Scale. American Psychiatric Association, 1987).

- Järkestig Berggren, U. (2006). *Personligt ombud. Social praktik i medicins diskurs*. Lic. avh. Växjö Univ. Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete. Rapport nr 2, 2006.
- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., King, M. (2006). *The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London*. *BMJ*, 332:815-820.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindström, E. (2002). Evidensbaserad psykiatri, i Malm, U. (red.). *Case management. Evidensbaserad integrerad psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Malm, U. (2002). *Case management. Evidensbaserad integrerad psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Markström, U. (2003). *Den svenska psykiatireformen. Bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. Umeå: Boréa förlag.
- Marshall M., & Lockwood A. (1998) Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1998), Issue 2. Art. No.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089.
- Montero I, Asencio A., & Talavera M. (2007). Discontinuation of an integrated treatment for schizophrenia disorders: one-year outcome. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 11 (2), 53-60
- Meisler, N., Blankertz, L., Santos, A. B., McKay, C. (1997). *Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders*. *Community Mental Health Journal*, 33:113-122.
- Meuser, K. T. (2001). *Dubbel diagnos. Allvarlig psykisk sjukdom och missbruk. En forskningsöversikt av Kim T. Meuser m.fl.* Stiftelsen: "Ett helt liv". Karlskrona.
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Dean Klinkenberg, W., Helminiak, T. W., Wolff, N., Drake, R. E., Yonker, R. D., Lama, G., Lemming, M. R., McCudden, S. (2006). *Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes*. *Community Mental Health Journal*, 42:377-404.
- Palmstierna, T. (2004). *Fokusrapport. Behandling av personer med komplexa vårdbehov pga psykisk störning och missbruk*. Stockholms läns landsting.
- Piiva, K., & Lobos, C. (2007). *Case management. Utvärdering av en arbetsmetod i samverkan mellan vård och socialtjänst*. Ersta Sköndal Högskola.
- Projektansökan, 2005-03-17.
- Regeringsuppdrag, S2005/441/HS.
- SBU. (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*. Vol. 1. Stockholm.

Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000.

Socialstyrelsen & Länsstyrelsen i Skåne Län (2006) *Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personliga ombud.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2004). *Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem. En långtidsuppföljning av Socialstyrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatrireformen.*

Socialstyrelsen (1999). *Personer med svår psykisk störning och missbruk.*

Psykiatriuppföljningen 1999:1. Socialstyrelsen. Stockholm.SOU 1992:73. *Välfärd och valfrihet: service, stöd och vård för psykiskt störda.* Stockholm: Allmänna förlaget.

SOU 2006:100. *Ambition och ansvar: nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.* Stockholm: Fritzes förlag.

Tevebring, J. & Olsson, P. (2006). *Case management: arbetsmodeller och uppgifter.* C-uppsats, Malmö högskola.

van Os (2009). "Schizophrenia treatment: content versus delivery. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Feb 2009, suppl. 438, Vol.119, p. 29-32.

Ziedonis, D. M., Smelson, D., Rosenthal, R. N., Batki, S. L., Green, A. I., Henry, R. J., Montoya, I., Parks, j., Weiss, R. D. (2005). "Improving the Care of Individuals with Schizophrenia and Substance Use Disorders: Consensus Recommendations. In *Journal of Psychiatric Practice*, sept. 11(5), p. 315-339.

Elektroniska källor

Assertive Community Treatment Association
www.actassociation.org/actModel/

Karolinska Institutet
www.karolinskaeducation.ki.se

Tidigare utgivna FoU-rapporter

FoU-Rapport 2002:1	Kartläggning av den sociala barnavården i sju av Stockholms nordvästra kommuner
FoU-Rapport 2002:2	Vad är verksamt i handledning? - en kvalitativ undersökning
Forskningsrapport 2003:1	Hellre brödlös än rådlös Ekonomisk rådgivning som metod i socialt arbete
FoU-Rapport 2003:1	"...vi har ju ändå barn ihop..." - separerade pappors röster om svårigheter med gemensamt föräldraskap
FoU-Rapport 2003:2	Familjeliv som yrkesliv En enkätstudie av familjehemmen i Solna stad
FoU-Rapport 2004:1	En inblick i familjens vardag? Om intensiva barnavårdsutredningar
FoU-Rapport 2004:2	Flyktingar i Nordväst
FoU-Rapport 2004:3	Adrian Arbete med unga vuxna missbrukare i öppenvård
FoU-Rapport 2005:1	Händelser i det tysta Utvärdering av en öppenvårdsverksamhet för missbrukare
FoU-Forskningsrapport 2006:1	Med andra ögon - brukarens syn på familjebehandling
FoU-Forskningsrapport 2006:2	Marte Meo - en hållbar intervention?
FoU-Forskningsrapport 2006:3	Tid för arbete En tidsgeografisk studie av socialsekreterares arbete med barnavårdsutredningar
FoU-Forskningsrapport 2006:4	I skuggan av Fadime och socialsekreterares arbete med hedersvåld
FoU-Rapport 2006:3	Små barn i familjehem och deras läsvanor
FoU-Rapport 2006:4	Av egen kraft Invandrade kvinnors berättelser om inträdet i det svenska

FoU-Forskningsrapport 2007:1	Socialekonomi – en väg mot förändring? Utvärdering av Dataverkstaden Väntorp. - ett ESF Växtkraft Mål 3-projekt
FoU-Forskningsrapport 2008:1	Vägen till förändring? En studie av socialtjänstens arbete med ungdomar som begår brott
FoU-Forskningsrapport 2008:2	Hedersrelaterade traditioner i en svensk kontext En studie av omhändertagna flickor