

Stöd och samordning kring psykiskt störda

– ett kunskapsunderlag



Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2014



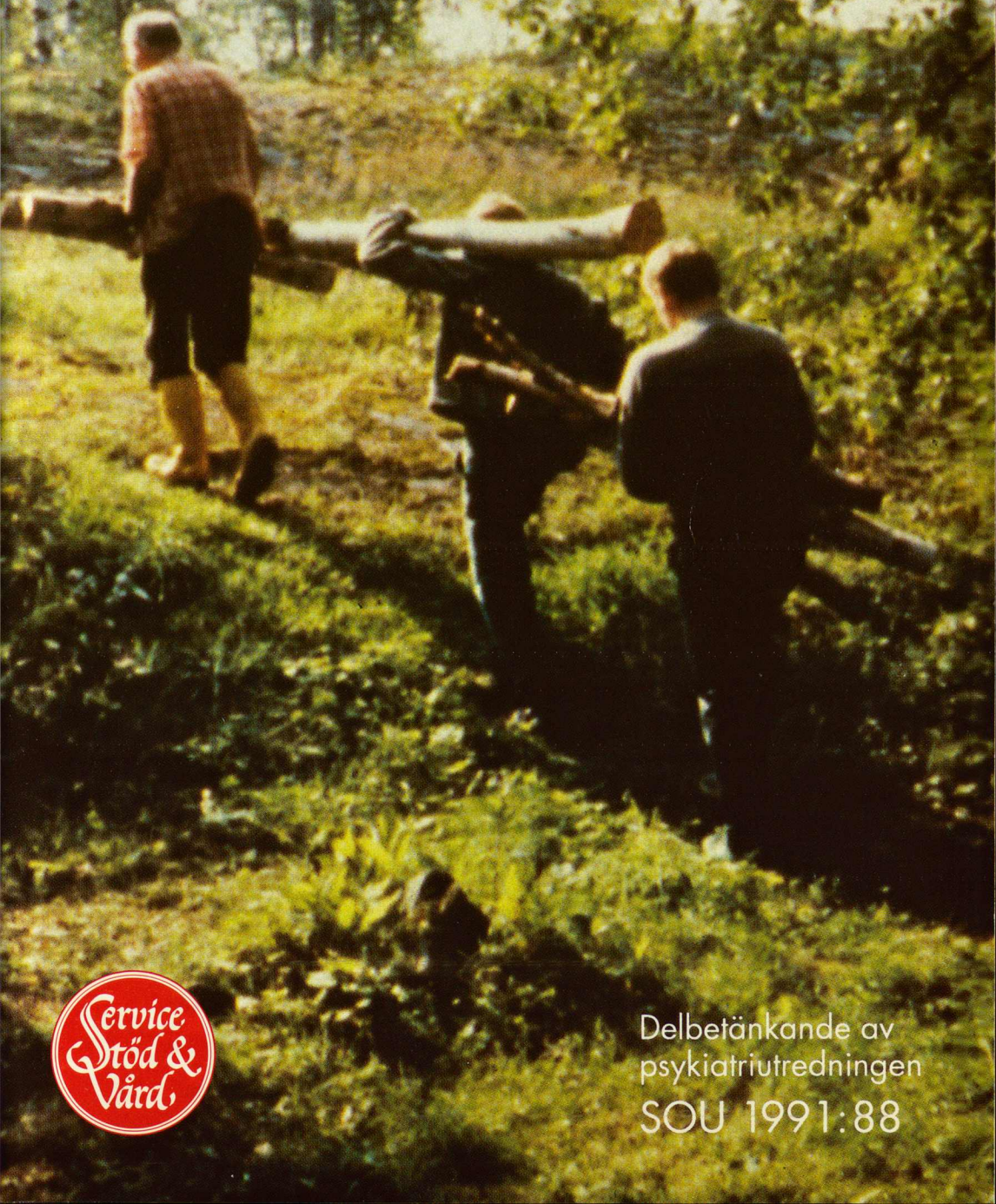
National Library
of Sweden



Delbetänkande av
psykiatriutredningen
SOU 1991:88

Stöd och samordning kring psykiskt störda

– ett kunskapsunderlag



Delbetänkande av
psykiatriutredningen
SOU 1991:88

Ref KB Oc

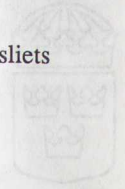


Statens offentliga utredningar
1991:88
Socialdepartementet

Stöd och samordning kring psykiskt störda

– ett kunskapsunderlag

Delbetänkande av psykiatriutredningen
Stockholm 1991



SOU och Ds kan köpas från Allmänna Förlaget, som också på uppdrag av regeringskansliets förvaltningskontor ombesörjer remissutsändningar av dessa publikationer.

Adress: Allmänna Förlaget
Kundtjänst
106 47 Stockholm
Tel 08/739 96 30
Telefax: 08/739 95 48

Publikationerna kan också köpas i Informationsbokhandeln, Malmorgsgatan 5, Stockholm.

Omslagsfoto: Kent Viklund
Projekt "Fornminnesvård" för psykiskt störda i Sundsvall

NORSTEDTS TRYCKERI AB
Stockholm 1991

ISBN 91-38-10897-6
ISSN 0375-250X

Förord

Regeringen beslutade i november 1990 att ge en parlamentarisk kommitté i uppdrag att utreda frågor om service, stöd och vård till psykiskt störda. Kommittén övertog därmed det uppdrag som år 1989 gavs till en särskild utredare. I enlighet med utredningens direktiv (Dir. 1990:71) skall utredningen slutredovisa sina förslag senast juni 1992.

I direktiven anges bl.a. att utredningen bör överväga behovet av att särskilda stödpersoner förordnas för psykiskt långtidssjuka. Som ett led i detta arbete har utredningen gjort studiebesök i USA och England för att studera den funktion som där benämns "Case management". Erfarenheterna har sammanställts och presenterats för utredningen.

Samhällets stöd, service och vård till psykiskt sjuka har under de senaste decennierna genomgått en dramatisk förändring. Det har skett en målmedveten satsning på öppna vårdformer. Vården vid mentalsjukhusen har i stor utsträckning kunnat avvecklas och ersättas med öppen vård. Den slutna vården har successivt reducerats och den förmedlas i ökande omfattning vid psykiatriska kliniker som är samlokaliserad med annan hälso- och sjukvård.

De genomförda förändringarna innebär att vi har kommit in i ett nytt utvecklingsskede. För att livsvillkoren för psykiskt sjuka skall kunna fortsätta förbättras krävs att nya frågeställningar fokuseras. Allt fler psykiskt sjuka lever idag ute i samhället och för att de skall kunna få del av välfärden på lika villkor som andra grupper krävs en helhetssyn på den service, stöd och vård som psykiskt sjuka behöver.

Behovet av en sådan förskjutning i angreppssätt är inget vi är ensamma om i vårt land. Tvärt om har motsvarande förändringar genomförts i flertalet jämförbara länder och vissa ligger också tidsmässigt före oss i denna förändringsprocess. Det är därför naturligt att vi i Sverige hämtar

inspiration och idéer från länder som har längre erfarenhet än vad vi har.

Case management är en stödform som på ett bredare sätt försöker hantera de nya förutsättningar som satsningen på öppna vårdformer inom psykiatri givit och som utvecklats och etablerats i stor skala främst i USA men också, om än i mindre utsträckning, i England. Vissa försök med case management eller med liknande verksamheter pågår också i vårt land.

Någon samlad beskrivning av case management eller av de erfarenheter som man vunnit internationellt har dock hittills inte gjorts på svenska.

Med hänsyn till det intresse som case management väckt i Sverige och till att redovisningar på svenska saknas har psykiatriutredningen funnit att det material som framtagits inom utredningens ram bör presenteras i ett särskilt delbetänkande. Det bör dock framhållas att psykiatriutredningen ännu inte tagit ställning till om och i så fall i vilken form en case management-funktion bör införas i Sverige. Materialet skall alltså ses som ett kunskapsunderlag.

Som inledning till rapporten redovisas vissa utgångspunkter och erfarenheter av case management i USA och England. I ett särskilt avsnitt och i bilaga 3 beskrivs verksamheter i vårt land, både inom och utanför psykiatri, som påminner eller ansluter till case management. Som en avslutande del av rapporten diskuteras vissa tänkbara principer m.m. för hur case management skulle kunna passa i vårt samhälle.

BO HOLMBERG

Sten Svensson

Britt Bohlin

/Gert Knutsson

Svante Pettersson

Irene Karlsson

Harald Wilhelmsson

Innehållsförteckning

Förord	3
1 Case management i USA	7
2 Case management i England	17
3 Case management i Sverige	23
4 Funktioner både inom och utom psykiatri som anknyter till case management-funktionen	25
5 Diskussion om case management i Sverige	27
Litteraturförteckning	51
 Bilagor	
1 Beskrivning av case management-programmet i Cape Ann i USA	53
2 Exempel på case management-liknande verksamheter för psykiskt störda i Sverige	59
3 Beskrivning av case management-liknande funktioner i Sverige för olika målgrupper	71

1 Case management i USA

Som en effekt av den snabba och kraftiga avinstitutionaliseringen i USA har behovet av en ny strategi blivit allt tydligare för att möta de problem som uppstått när det gäller samordningen av olika insatser för psykiskt störda. Antalet vårdplatser vid de statliga psykiatriska sjukhusen i USA har under den senaste 30-årsperioden minskat med över 400 000 platser till ca 140 000 år 1990 vilket givit upphov till allvarliga påfrestningar i det amerikanska samhället. Vid mitten av 1970-talet påbörjades ett nationellt arbete som år 1977 resulterade i "Community support program" (CSP) med syfte att stimulera delstaterna att utveckla en samhällsbaserad service för psykiskt handikappade.

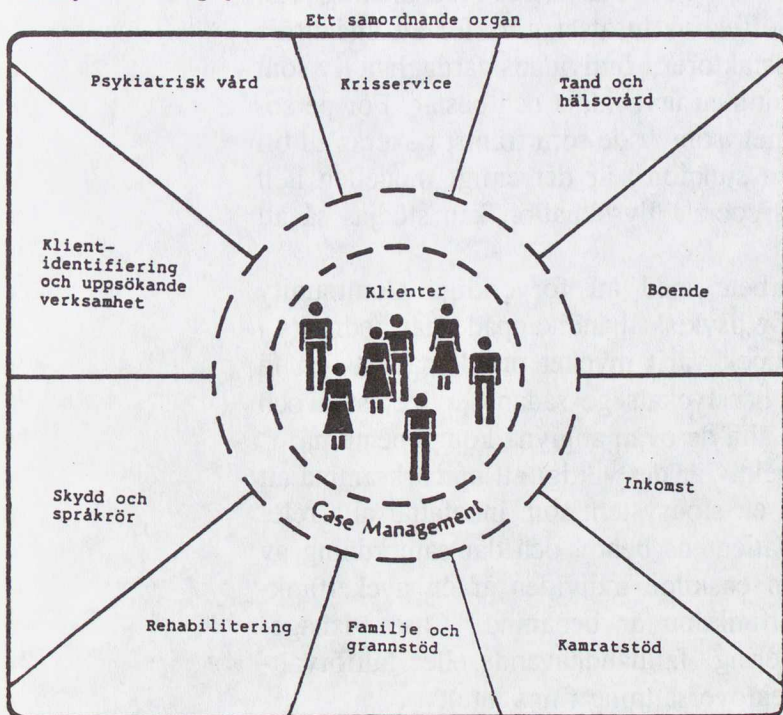
Den övergripande utgångspunkten för den nya strategin är att det behövs ett samlat **system** för att samordna, ge och utveckla service, stöd och vård till de psykiskt långtidssjuka om deras behov skall kunna tillgodoses ute i samhället i stället för vid institutioner. Vad som måste ingå i servicen brukar sammanfattas i elva punkter:

1. Identifiering av gruppen långvarigt psykiskt störda på sjukhus och ute i samhället och att nå ut med och erbjuda den service som de behöver.
2. Ge psykiatrisk behandling för att hjälpa klienten att kunna hantera sina symtom och sin medicinering, uppmärksamma tecken på återinsjuknande och klara det dagliga livet. Ge uppbackning till familjen, vänner och samhället i övrigt.
3. Ge service och stöd vid akuta kriser dygnet runt i så öppna former som möjligt.
4. Ge somatisk sjukvårdsservice och tandvård. Se till att de kan få dessa behov tillgodosedda.

5. Erbjud en bredd av olika alternativa boendeformer som baseras på klienternas val, värderingar och livsmål.
6. Stödja klienterna att få samhällelig assistans och kunna hävda de samhälliga rättigheter de har behov av för att kunna leva ute i samhället.
7. Ge möjligheter till kamratstödjande verksamheter och självhjälpsprogram, utbildning och assistans.
8. Ge förutsättningar för familjestöd och samhällelig medverkan i planering och i att ge service.
9. Ge social och yrkesmässig rehabilitering för att stödja klienten att bli produktiv och kunna bidra till samhället.
10. Skydda patientens intressen både i öppna och slutna boendeformer.
11. Ge "case management"-service för att kunna garantera att klienten får den service och det stöd som han har behov av, att servicen är samordnad och att den är anpassad till behoven även när de förändras över tiden.

I figur 1 redovisas en bild som brukar användas för att beskriva programmets olika delar.

Figur 1. Ett klientcentrerat allomfattande service-, stöd och vårdssystem för psykiskt störda



Källa: Toward a Modell Plan for Comprehensive, Community-Based Mental Health System, National Institute of Mental Health, US Dep. of Health and Human Services, 1987.

När det gäller den teoretiska referensram utifrån vilken Community Support Program har utvecklats är det starkt influerat av den s.k. stress-sårbarhetsmodellen för hur psykiska sjukdomar uppkommer. Som en bakgrund kan det finnas skäl att kort beröra modellen. Enligt denna sammanhänger en individs benägenhet att utveckla en psykisk sjukdom, dels med vilken grad av sårbarhet som individen har, dels med vilken stress han/hon utsätts för. Sårbarheten ses i första hand som en biologisk eller biologiskt betingad faktor och stressen som en social faktor som rör individens allmänna levnadsförhållanden. Om en individ har en hög sårbarhet kan en mindre stressituation utlösa sjukdomen medan det för personer som har en låg sårbarhet krävs en omfattande och kanske långvarig stress för att han skall utveckla en psykisk sjukdom.

Konsekvensen av modellen är bl.a. behovet av ett om-

fattande service- och stödsystem för att hjälpa svårt psykiskt sjuka. Utöver en sjukdomsinriktad behandling etc. krävs samtidigt att effektiva insatser görs för att undanröja eller mildra de stressfaktorer i individens vardagliga liv som bidragit till att sjukdomen utvecklats och består. För personer med hög sårbarhet, som är de som främst riskerar att bli handikappade av sin sjukdom, är det enligt modellen helt avgörande att deras sociala livssituation kan stödjas så att stressen minimeras.

Ett omfattande arbete med att förverkliga Community Support Program för psykiskt handikappade har bedrivits i USA. Arbetet har dock varit mycket problematiskt och få eller inga program har lyckats ge sådan service, stöd och vård som innefattar alla de ovan angivna komponenterna.

I ett svenskt perspektiv är det viktigt att upmärksamma att strategin baseras på ett stödsystem som innefattar alla relevanta aspekter av patientens behov och där samordning av insatserna kring den enskilde individen är en nyckelfunktion. Denna nyckelfunktion är benämnd "Case Management" dvs. fallhantering, fallhandhavande eller fallförvaltning (någon bra direktöversättning finns inte).

I sammanhanget kan nämnas att man parallellt med detta Community Support Program (CSP) också presenterat en alternativ strategi i form av sammanhållna program riktade till psykiskt störda. Dessa program innefattar i sig själv då ett antal eller alla de delar som behövs för att tillgodose psykiskt störda behov. Det program som är mest känt i vårt land är Fountain house som innefattar bl.a. social och yrkesmässig rehabilitering, boende samt utbildning. Skillnaden mellan CSP-modellen och dessa sammanhållna program är att de förstnämnda bygger på förutsättningen att det är de reguljära samhällsorganen som skall aktiveras att ta ansvar också för psykiskt störda och att man undviker att skapa sårverksamheter som enbart riktar sig till personer med psykiska funktionshinder.

Sammanfattningsvis kan grundelementen i det case management-koncept som utvecklats i USA sägas vara att allvarligt psykiskt störda för att kunna leva ett oberoende liv i samhället har behov av stöd, service och vård från en rad olika organ. Stödbehoven varierar över tiden och individen har ofta behov av insatser från flera organ samtidigt under

en lång tidsperiod. Den psykiskt störde kan på grund av sitt handikapp inte själv svara för att dessa behov tillgodoses på ett adekvat sätt. För att kunna garantera att servicen görs tillgänglig, att den behovsanpassas och koordineras samt att den är effektiv förutsätter att en samordnande funktion skapas. Den psykiskt stördes behov av kontinuitet, både i de insatser som pågår vid ett visst tillfälle och över tiden gör att en person eller ett så begränsat antal personer som möjligt bör svara för att upprätthålla denna samordnande funktion.

Case management är i USA inte en funktion som definierats exklusivt för psykiskt sjuka. Tvärt om byggdes funktionen först upp inom den privata somatiska sjukvården och spreds därefter till den offentligt finansierade allmänna sjukvården. I den somatiska vården kan case management sägas vara en form av "controllerfunktion" för att öka effektiviteten och resursutnyttjandet och den har som sådan fått en stor popularitet.

Även för psykiskt störda har case management, men då med den bredare funktionen, blivit populär. Ett stort antal lokala case management-program har utvecklats och enligt uppgift finns case management-program för psykiskt störda i alla delstater och över 1 000 program pågår i dag. Den snabba utvecklingen sammanhänger sannolikt bl.a. med att det varit möjligt att få statliga bidrag till case management-verksamheter. Syftet med bidragen är att minska behovet av statliga psykiatriska slutenvårdsplatser. Någon enhetlig modell eller struktur utöver vissa grunddrag finns inte.

Case management-funktionens uppgifter varierar och man arbetar med olika inriktning i olika program. I första hand är det de lokala delstatsorganisationerna med ansvar för den psykiatriska vård som ges vid sidan av de statliga mental-sjukhusen som svarar för driften av case management-programmen. Men också privata, frivilliga och andra organisationer kan anförtros uppgiften. Någon myndighetsuppgift eller motsvarande har normalt inte givits till funktionen utan den arbetar med ett självständigt definierat uppdrag.

Case management-uppgiften är i USA inte kopplad till någon särskild yrkesgrupp och behöver heller inte utföras av professionella. I första hand utförs uppgifterna av mentalvårdsarbetare, socialarbetare, sjuksköterskor och arbetster-

peuter. Många program har också psykologer anställda. Ett stort antal program har psykiater knutna till verksamheten antingen som anställda eller som konsulter. Det förekommer också att programmen är baserade på icke-professionella eller klientorganisationer. De program där de anställda är professionella innefattar normalt ett antal olika yrkesgrupper. Det betonas ofta att den personliga lämpligheten för uppgiften är viktigare än den professionella bakgrunden.

Under de senaste åren har vidareutbildningar med inriktning mot case management börjat utvecklas och arbete pågår med att försöka skapa en nationell sammanslutning för de som arbetar med uppgiften.

Antalet klienter per case manager varierar från 10 upp till 50, vilket är ett uttryck för att funktionen givits mycket olika roller i olika program. Det vanligaste är att tyngdpunkten i case managerns uppgifter ligger i att identifiera behov, att se till att klienten får den service han behöver och att samordna servicen. I några fall har dock case management-funktionen givits en mycket omfattande uppgift. Det förekommer t.ex. att case managern har fått ett samlat ansvar för att tillgodose klientens behov genom att han tilldelats en ekonomisk ram per klient, genom vilken han köper de tjänster klienten har behov av.

Utformningen av case management i USA är som framgått mycket varierad och speglar sannolikt det icke-system som karakteriserar det amerikanska samhällets sätt att hantera personer med psykiska sjukdomar. För att kunna sätta in case management-utvecklingen i USA i sitt sammanhang kan finnas skäl att nämna något om hur det psykiatriska sjukvårdssystemet är uppbyggt i USA och vad som karakteriserar det.

Psykiatrisk sjukvård förmedlas i princip av tre olika system i USA. Ett privat system för de som omfattas av de privata försäkringarna, ett statligt som i princip utgörs av mentalsjukhusen och ett delstatligt som ansvarar för öppenvård samt viss institutionsvård. De två senare är offentligt finansierade. Den vård som förmedlas via de privata försäkringarna är normalt tidsbegränsad till någon eller några månader. Därefter utförsäkras patienterna och de får själva svara för vårdkostnaderna så länge de förfogar över ekonomiska resurser.

I praktiken innebär detta att flertalet personer som drabbas av långvariga psykiska sjukdomstillstånd är eller blir hänvisade till de två offentligt finansierade systemen vilka båda har problem att upprätthålla en god vårdkvalitet eftersom det inte anses vara attraktivt att arbeta inom dessa. Karakteristiskt är också att de psykiskt långtidssjuka hamnar i en fattigdomsfälla som tenderar att vara bestående eftersom de allmänna sociala förmånerna inte medger att man kan skaffa sig en bostad eller i övrigt leva ett normalt liv. Det tydliga uttrycket för detta förhållande är den stora hemlöshetsproblematiken bland psykiskt sjuka samt att kriminalvården bedöms härbärgera fler psykiskt sjuka än de psykiatriska sjukhusen. Här kan också poängteras att man i USA inte förefaller ha någon klar uppdelning mellan medicinsk resp. social verksamhet på delstatsnivån när det gäller verksamheter som riktar sig till psykiskt störda.

Community Support Program inklusive case management utgår från denna problematik samt från konstaterandet att en bristande eftervård leder till onödiga kostsamma sjukhusinläggningar. Synsätten på samhällets sociala ansvar liksom resurser och system för att stödja socialt utsatta varierar dock mellan olika stater och olika delar av USA. Den stora variation som case management-konceptet fått i praktisk tillämpning speglar sannolikt dessa regionala och lokala olikheter i synsätt, resurstilldelning etc.

Någon samlad beskrivning över vilka olika modeller som har etablerats finns för närvarande inte. I några olika sammanhang har dock vissa principer m.m. lyfts fram och i det följande redogörs kortfattat för ett par sådana ansatser som beskriver hur olika case management-program byggts upp.

I nedanstående tabell illustreras, så som det beskrivits i litteraturen – Ross 1980 – tre olika roller som case management kan spela utifrån amerikanska förhållanden.

Tabell 1. Tre modeller för case management program i USA

Minimal modell	Koordinationsmodell	Allomfattande modell
Uppsökande	Uppsökande	Uppsökande
Klientbedömning	Klientbedömning	Klientbedömning
Fallplanering	Fallplanering	Fallplanering
Remisser till servicegivare	Remisser till servicegivare	Remisser till servicegivare
	Föra klientens talan	Föra klientens talan
	Direkt klientarbete	Direkt klientarbete
	Utveckling av ett stödsystem för normalisering	Utveckling av ett stödsystem för normalisering
	Fortlöpande klientbedömning	Fortlöpande klientbedömning
		Påverkan för att resurser tillskapas
		Utbildning av lokal-samhället
		Krisintervenering

Enligt en annan och senare studie – Robinson 1991 – baserade bl.a. på intervjuer med olika case management-program kan följande fyra olika modeller identifieras.

A. Utvidgad "mäklarmodell"

Denna modell utgör en form av minimi-modell som begränsas till att avse "mäklarservice" (förmedlingsservice) dvs. att case managern enbart svarar för att identifiera behov och sammanföra klienten med olika servicegivare, framför allt psykiatrisk sjukvårdsservice. Antalet klienter per case manager kan där denna form av modell utvecklats uppgå till så många som 50. Case managern arbetar enskilt med dessa klienter. Ansvar för uppföljning, boendet och andra stödfunktioner åvilar i denna modell klienten eller hans familj. Modellen betonar alltså förmedlingsfunktionen sett i ett vårdperspektiv.

B. Stärkande av personliga resurser-modell

På andra håll har en modell som kan benämnas personlig resurs-modell utvecklats. Denna modell tar sin utgångspunkt i de sociala problem som individer med svåra psykiska störningar har. Case management med denna inriktning försöker främst identifiera en persons starka sidor och understödja en situation där dessa kan utvecklas. Arbetet inriktas mot att stödja sådana insatser som låter den psykiskt störde växa som människa. Anställning, eget boende, utbildning, social och medicinsk service är självklara rättigheter även för den som är psykiskt störd. Samhället uppfattas därmed som ett nätverk av resurser som kan göra det möjligt att förbättra klientens villkor. Modellen fokuserar handledningsfunktionen och funktionen att vara förespråkare för klienten i samhället. Case managern arbetar i denna modell i ett team men har ansvaret för ett visst antal enskilda klienter.

C. Rehabiliteringsmodellen

Denna modell utgår i högre grad från klientens mål och behov snarare än från systemets målsättningar. Rehabiliteringsorienterad case management ses som en process där man försöker stödja klienten i att bli framgångsrik och tillfredsställd i sitt sociala sammanhang utifrån dennes egna val och med minsta möjliga professionella hjälp. En viktig del av modellen är att identifiera och bedömma sådana brister i kunskaper som innebär hinder för att uppnå personliga mål. Modellens focus är således att göra det möjligt för klienten att förbättra sina färdigheter att leva ett så normalt liv som möjligt. Case managern arbetar i denna modell enskilt med en grupp av klienter.

D. Fullservicemodell

Fullservicemodellen för case management-arbete innefattar förutom samordning, systemorienterad planering, uppföljning, stödfunktioner m.m. även psykoterapi, symtomhantering inkl. utbildning i hur man hanterar symtom, krisintervention, familjeutbildning och familjestöd. I denna modell förmedlas vården, rehabiliteringen och andra service- och

stödåtgärder av ett behandlingsteam som består av specialister inom aktuella områden så som yrkesrehabilitering, socialt arbete, psykiatri etc. Dessa specialister förmedlar i fullservicemodellen vanligen både specialistinsatserna och de mer generellt inriktade åtgärder som i andra modeller handhas av den särskilda case managern. Modellen fokuserar således reduction av symtom och att finna sätt att hantera symtomen.

Samanfattningsvis kan konstateras att case management i USA inte är något enhetligt begrepp som täcker en entydigt klart definierad funktion. Utifrån grundbegreppen samordning, förmedling, kontinuitet och stöd har en rad olika varianter utvecklats. Samtidigt kan det dock konstateras att funktionen rönt stor uppmärksamhet och popularitet och att den generellt ses som en nyckelfunktion som med nödvändighet måste etableras om fungerande service och stöd skall kunna erbjudas psykiskt långtidssjuka.

De beskrivningar, kommentarer, referat m.m. som presenterats ovan gör inte anspråk på att ge någon fullständig bild av vad case management för psykiskt långtidssjuka är i USA. För att ge en mer neutral och okommenterad bild av vad begreppet kan ges för innehåll i en praktisk verksamhet kompletteras därför ovanstående redovisning med en direktöversättning av en kortfattad beskrivning av ett case management program i Massachusetts – Cape Ann Case Management System (se bilaga 1).

2 Case management i England

Liksom i USA har man i England identifierat behovet av Community Support Program eller det som man i England kallar Community Care när det gäller att stödja bl.a. psykiskt störda. I den skrivelse från regeringen "Caring for People – Community Care in the Next Decade and Beyond" som antogs av parlamentet 1990 presenteras riktlinjer för den framtida utvecklingen av äldre- och handikappolitiken inkl. service, stöd och vård till psykiskt störda. Utgångspunkten är att service, stöd och vård skall ges så att den enskilde kan leva så oberoende och normalt som möjligt i sina egna hem eller i så hemliknande former som möjligt. Valfrihet och oberoende är två grundelement som lyfts fram.

Det konstateras att i en fungerande Community Care måste ingå ett flertal viktiga samverkanspartners. De vårdade själva, deras familjer, vänner och anhöriga liksom socialtjänsten, sjukvården och socialförsäkringen lyfts fram som särskilt betydelsefulla. Som en av sex allmänna målsättningar med programmet anges bl.a. att "en adekvat behovsbedömning och en god case management är hörnstenarna för en högkvalitativ vård".

I regeringsskrivelsens allmänna avsnitt om roll och ansvar för de sociala myndigheterna inom äldre- och handikappolitiken i stort konstateras bl.a. följande:

"Regeringen ser det som en fördel om en case manager kan utses för att försäkra att de individuella behoven regelbundet omprövas, resurserna handhas effektivt och att varje vårdtagare har en enda kontaktpunkt. Case managern kommer ofta att vara en anställd inom den sociala sektorn, men behöver inte alltid vara detta".

Det konstateras vidare att case management är en effektiv metod att målinrikta resurser och att planera servicen för att möta specifika behov hos klienten. För att vara effektiv anges att case management bör inkludera:

- * identifiering av människors behov samt ett system för remittering,
- * bedömning av vårdbehov,
- * att se till att erforderlig vårdplanering kommer till stånd och genomförs,
- * uppföljning av kvaliteten av den service som ges,
- * omprövning av klientens behov.

Det anges att det inte behöver vara en och samma person som svarar för alla de angivna uppgifterna men att det är viktigt att en person har ett klart ansvar för varje funktion. Vidare anges att regeringen inte vill binda sig för vilken kompetens och utbildningsbakgrund som case managern bör ha. En mängd olika utbildningsbakgrunder kan enligt regeringsskrivelsen vara aktuella, allt från socialarbetare, hemtjänstpersonal eller distriktssköterskor till den yrkesgrupp som har den mest regelbundna kontakten med klienterna.

Regeringen betonar också att den ser det som en fördel om case management sammankopplas med ett delegerat budgetansvar. Det anges att ett delegerat budgetansvar inte behöver fullföljas ända ned till klientnivån i alla aktuella fall, men – om det används flexibelt – är delegering ett bra sätt att göra det möjligt för dem som närmast kan identifiera klientens behov att fatta de bästa möjliga besluten om hur tillgängliga resurser skall användas.

I regeringsskrivelsen anges vidare att man förväntar sig att de sociala myndigheterna i sina vårdplaner anger hur case management-funktionen skall tillämpas och att de utvecklar ett klart och tydligt delegerat budgetsystem.

Det som sägs i regeringsskrivelsen om case management gäller alla tillämpliga delar av äldre- och handikappomsorgerna dvs. även psykiskt störda. I ett särskilt avsnitt behandlas frågor om service, stöd och vård till psykiskt störda. Detta område anges vara särskilt prioriterat och i

behov av förändring. Bakgrunden är de problem med bl.a. hemlöshet för psykiskt sjuka som uppstått till följd av att "man på vissa håll lagt ned mentalsjukhus innan några alternativ varit fullt utbyggda".

För att ge en bakgrund refereras i det följande vissa delar av regeringsskrivelsens avsnitt om psykiskt störda och som berör case management-funktionen. Som en utgångspunkt anges att en lokalt baserad service till psykiskt störda skall bestå av fyra huvudkomponenter. En av dessa huvudkomponenter som anges är effektivt samordnade verksamheter mellan sjukvård och socialtjänst, primärvård och frivilliga organisationer för att åstadkomma kontinuerliga insatser till psykiskt störda människor som lever i eget boende eller i serviceboende.

Som ett medel att uppnå detta har de lokala hälsovårdsmyndigheterna fr.o.m. den 1 april 1991 fått till uppgift att i samverkan med de sociala myndigheterna upprätta individuella vårdprogram för personer som skrivs ut från psykiatriska institutioner. Syftet med dessa vårdprogram är att garantera att de psykiskt stördas behov av kontinuerlig service, stöd och vård tillgodoses. I detta sammanhang har också behovet av att utse en "key-worker" eller kontaktperson betonats.

I England har man således på regeringsnivå konstaterat att case management-funktionen är viktig för att kunna uppnå hög kvalitet i omsorgen om äldre och handikappade. Några mer specifika uttalanden om funktionens roll och uppgifter för psykiskt störda har dock inte gjorts.

Case management-funktionen har i England introducerats först under senare år. Olika pilotprojekt har bedrivits som framför allt berört äldreboenden. Några bredare praktiska erfarenheter av case management-funktionen i stödet till psykiskt störda finns således ännu inte i England.

I syfte att öka kunskaperna om vilken roll och utformning case management kan och bör ha i det engelska systemet för stöd och vård till psykiskt störda startades ett nationellt pilot- och forskningsprojekt år 1988. Utgångspunkten för projektet är att case management är en viktig metod när det gäller att uppnå en integrerad och klientcentrerad service till psykiskt störda men att det krävs ett förändrings- och anpassningsarbete för att översätta de amerikanska erfaren-

heterna till engelska förhållanden.

Basen i projektet utgörs av lokala pilotverksamheter. Sex sådana pilotverksamheter pågår inom projektets ram. Initiativtagare till projektet är en nationell enhet för forskning och utveckling inom det psykiatriska området – Research and Development for Psychiatry (RDP). Enheten svarar dels för att formulera utgångspunkter, principer m.m., dels för att forskningsmässigt utvärdera verksamheterna. De lokala verksamheterna finansieras av respektive ansvarig organisation och utvecklings-/forskningsprogrammet finansieras av regeringen och RDPs reguljära anslag. Enligt planeringen skall projektet pågå under fem år och slutrapportering beräknas ske under år 1993.

Projektet är i huvudsak baserat på de allmänna principer för case management som beskrivits på den nationella nivån i USA. I de utgångspunkter som RDP presenterat för projektet betonas att situationen präglas av stor osäkerhet när det gäller case management-funktionens utformning, uppgifter och var den bör inordnas i det engelska systemet för vård och service till psykiskt störda. Bakgrunden till osäkerheten betingas, dels av de stora variationerna i den praktiska tillämpningen i USA, dels av systemskillnaderna mellan England och USA.

Särskilt problematisk utifrån det engelska perspektivet är frågan om var case management-funktionen skall vara placerad – i det sociala eller det medicinska sammanhanget. Det konstateras att de amerikanska erfarenheterna visar att det är mycket viktigt att identifiera en organisation som har ansvaret för verksamheten. I och med att det amerikanska samhället kan karakteriseras som ett icke-system med svagt reglerade ansvarsförhållanden, där man på den lokala nivån vanligen inte gjort en uppdelning mellan de medicinska och sociala funktionerna, ger de erfarenheter som där vunnits inte någon direkt vägledning för var funktionen bör vara placerad varken för engelska eller svenska förhållanden.

Enligt de analyser som RDP presenterade inför starten av projektet är fyra modeller tänkbara i ett engelskt perspektiv. Dessa modeller är:

1. Att de befintliga multidisciplinära sektorsteamerna inom psykiatrin omorganiseras till att innefatta case manager-

funktionen. Detta skulle innebära att "key-worker" eller kontaktpersonsfunktionen inkluderar case management-uppgiften. Nuvarande medlemmar av de psykiatriska teamen skulle då behöva case management-kunskaper som ett komplement till de kunskaper som de redan har. Ledare för teamet skulle vara överläkaren som har budgetansvaret.

2. Att ett case management-team verkar inom den psykiatriska organisationen parallellt med de existerande multidisciplinära teamen. Dvs. att case management läggs som en parallell organisation till de befintliga teamen inom psykiatrin. Case managerna skulle i denna modell vara psykiatriska öppenvårdssköterskor eller icke-professionella som skulle ta sig an praktiska eller samordnande uppgifter.
3. Ett socialtjänstteam organiseras efter case management-principer. Case managern är i denna modell socialarbetare och socialtjänsten har budgetansvaret och den specialistvård som krävs köps in efter behov.
4. Att ett case management-team arbetar inom en nytilskapad organisation så som en stiftelse. Personalen kan då vara en mix av professionella och utbildade personer. Budgeten skulle i detta fall överföras från psykiatrin och socialtjänsten till stiftelsen och vidareförmedlas av case managerna.

Även om pilotprojekten inte är direkt anpassade till de olika beskrivna modellerna kan principiellt konstateras att två av pilotprojekten är uppbyggda enligt den första modellen, tre enligt den andra och ett av projekten har sin förankring inom den sociala sektorn, dvs. modell 3. Någon försöksverksamhet enligt modell 4 med en stiftelse har inte startats.

Generellt kan konstateras att man både på riksnivå och lokalt inom verksamheterna funnit att case management är något som bör utvecklas för psykiskt störda i England. Syftet är att utveckla kvaliteten i vården och att komma tillrätta med de problem som avinstitutionaliseringen givit upphov till. Arbetet med att definiera innehållet i uppgiften pågår och det utgår från de principer som redovisats i USA.

När det gäller frågorna om vilken/vilka professioner och organisationer som skall svara för uppgiften är man påfallande osäker. Allmänt synes det vara så att man i olika policysammanhang förordar att funktionen bör ses som en uppgift för det sociala systemet medan man inom psykiatrin ser det som en utvidgning och komplettering av den kontaktmannafunktion som redan finns etablerad som en del av den psykiatriska vården. Några mer definitiva ställningstaganden förefaller man inte heller nu beredd att göra utan man vill bl.a. genom de pågående försöken inhämta ytterligare erfarenheter.

3 Case management i Sverige

Behovet av att göra omfattande behovsbedömningar, att samordna insatserna från alla inblandade myndigheter och organisationer kring individen, att begränsa antalet personer som en psykiskt störd behöver ha kontakt med för att få sina behov tillgodosedda, etc. har självfallet identifierats också i vårt land. Hittills har det dock inte annat än undantagsvis vidareutvecklats någon mer sammanhållen syn på de uppgifter som ryms i begreppet case management.

Inom Kungsholmens psykiatriska sektor i Stockholm bedrivs sedan september 1990 en treårig försöksverksamhet med case management. Arbetsformen har etablerats dels inom en öppenvårdsmottagning, dels inom en vårdavdelning. Utöver psykiatrin ingår även socialtjänsten i projektet i form av en projektavlönad socialarbetare. Försöksverksamheten utvärderas bl.a. genom kontrollgrupper som knutits till projektet.

Andra case management-liknande verksamheter som kan nämnas är bl.a. Rörliga vårdteamet i Umeå (RVT) och SAMS-verksamheten i Kronobergs län. De angivna verksamheterna finns beskrivna i psykiatriutredningens delbetänkande "PÅ VÄG – exempel på förändringsarbeten inom verksamheter för psykiskt störda", (SOU 1991:47). Utdrag från delbetänkandets beskrivningar över dessa verksamheter finns redovisad i den här rapportens bilaga 2.

Utöver de verksamheter som finns beskrivna i nämnda delbetänkande kan också nämnas den rehabiliteringsverksamhet för psykotiska personer som bedrivs i Boden och som bl.a. har innefattat en utbildning i case management samt de stödteam för psykiskt långtidssjuka som etablerats i Blekinge läns landsting. Sannolikt finns därutöver en mängd verksamheter som innefattar en del av de uppgifter som ingår i det case management-begrepp som beskrivits ovan.

4 Funktioner både inom och utom psykiatrin som anknyter till case management-funktionen

I bilaga 3 beskrivs olika funktioner i Sverige inom rättsväsendet, socialtjänsten, psykiatrin, omsorgerna och yrkesinriktad rehabilitering som har beröringspunkter med olika case management-modeller. De funktioner som där tas upp är frivårdens övervakningsinstitut, god man, kontaktperson inom socialtjänsten, kontaktperson i anslutning till tvångsvård enligt LVM och LVU, kontaktperson inom omsorgerna för psykiskt utvecklingsstörda, kontaktmannafunktion inom allmänpsykiatrin och stödperson i anslutning till den nya tvångslagen av psykiskt sjuka samt arbetsbiträde när det gäller yrkesinriktad rehabilitering. Syftet med att i bilaga 3 redovisa befintliga case management-liknande funktioner även för andra målgrupper än psykiskt störda är att peka på dessa verksamheters förekomst och möjligheten av att hämta erfarenhet från dessa när det gäller att diskutera införandet och utformningen av en case management-funktion för psykiskt störda.

Mest välutvecklad när det gäller uppgifter som ansluter till case management är kontaktmannafunktionen inom de psykiatriska öppenvårdsteam som kommit längst i utvecklingen mot en sektoriserad öppenvårdsbaserad psykiatrisk vård. På många håll finns kontaktmannafunktionen även etablerad inom slutenvården. Beskrivning av kontaktmannafunktionen inom psykiatrin finns redovisad i bilaga 3.

För att det skall vara möjligt att sätta in den diskussion som förs i nästa avsnitt i sitt sammanhang finns skäl att här

kort nämna två sammanfattande aspekter när det gäller kontaktmannafunktionen och angränsande verksamheter inom den psykiatriska organisationen. Allmänt gäller att kontaktmannafunktionen är mycket olika utvecklad i landet. På vissa håll är den förhållandevis väl utvecklad och fyller där många av de funktioner som innefattas i case management-begreppet. På andra håll finns den över huvud taget inte alls.

Generellt gäller också att i det förändringsarbete som hittills bedrivits i Sverige har man i regel inte lagt särskilt stor tonvikt vid utvecklingsinsatser inom detta område. Kontaktmannafunktionen är i första hand en uppgift som utvecklats utifrån den nya roll som mentalskötarna delvis fått inom den psykiatriska öppenvården.

5 Diskussion om case management i Sverige

Inledning

Om och i så fall hur case management – eller något som liknar detta – bör byggas upp i Sverige är med säkerhet en frågeställning som kommer att diskuteras mycket under de närmaste åren. Som inledningsvis nämndes har psykiatriutredningen enligt sina direktiv att överväga om särskilda personer bör förordnas som stöd för psykiskt långtidssjuka. Psykiatriutredningen kommer således i sitt slutbetänkande sommaren 1992 att diskutera bl.a. förslag om införandet av en case management-liknande funktion även i Sverige.

Oavsett vilka förslag som psykiatriutredningen kommer att presentera kommer dock den lokala diskussionen och det lokala förändringsarbetet att vara det som är avgörande för om case management eller något liknande kommer att införas i vårt land. Med tanke på hur internationella förändringar vanligen brukar påverka handlandet också i vårt land är det sannolikt så att case management och diskussionen om funktionen kommer att påverka vårt sätt att bygga upp service, stöd och vård till psykiskt störda även om psykiatriutredningen inte skulle lämna förslag som rör detta område.

I det följande diskuteras olika aspekter av hur det case management-begrepp som har utvecklats i USA och England skulle kunna passas in och översättas till förhållandena i vårt land. Diskussionen skall dock självfallet inte ses som något försök att presentera en färdig eller fullständig bild av case management i Sverige utan bör i stället ses som ett första försök att lyfta fram vissa aspekter som kan vara av särskilt intresse sett ur svenskt perspektiv. Och det bör igen poäng-

teras att en eventuell svensk case management-funktion sannolikt kan finna sin form enbart i ett lokalt förändrings- och utvecklingsarbete.

Inledningsvis kan det finnas skäl att peka på att case management både i USA och England ses som ett led i att bygga upp en systemorienterad strategi för att förbättra service, stöd och vård till bl.a. psykiskt störda. I grunden kan det härvid sägas att case management-konceptet utgår från att man i första hand bör eftersträva att stödet till psykiskt störda integreras i den service som riktar sig till alla människor i samhället och att detta allmänna serviceutbud görs tillgängligt samt anpassas till de psykiskt störda, dvs. något som brukar kallas normaliseringsprincipen i handikappolitiken.

Samtidigt finns bl.a. ur kompetenssynpunkt samt när det gäller möjligheterna att anpassa utbudet efter de psykiskt stördas specifika förutsättningar också behovet av att bygga upp specialverksamheter och/eller särskilda program som riktar sig enbart till psykiskt störda samt i vissa fall också till avgränsade delgrupper. Psykiatrin med sina delverksamheter utgör i sig en sådan specialverksamhet, men också kooperativ, specialinriktade dagcentraler, den särskilda AMI-organisationen för psykiskt störda, Fountain house-verksamheterna m.m. är exempel på sådana specialverksamheter. Fountain house och den s.k. Sopimusvoristiftelsen i Tammerfors i Finland (se s. 225 i SOU 1991:47, "På Väg") utgör exempel på en speciell form av verksamhet där man inrymt flera olika komponenter såsom dagverksamhet, rehabilitering, skyddat arbete, boende etc. inom ramen för ett samlat program. En jämförelse kan här göras med de principer som huvuddelen av omsorgsverksamheten i Sverige har byggts upp efter.

Det kan alltså konstateras att det finns olika principiella modeller som är tänkbara för hur service, stöd och vård till psykiskt störda kan byggas upp. Det kan dock självfallet förutsättas att vårt framtida system för service och vård – liksom i dag – kommer att vara baserat på både det allmänna serviceutbudet och på specialverksamheter som riktar sig enbart till psykiskt störda. Viktiga frågeställningar inför framtiden blir dock hur tyngdpunkten och sammansättningen av insatserna bör vara utformad. Om tyngdpunkten läggs på

att det är det allmänna serviceutbudet som bör utvecklas och vara basen i systemet för service och vård till psykiskt störda växer kraven på att inrätta en case management-funktion. Om tonvikten i stället läggs vid att samlade program bör etableras i ökad omfattning får case management en mindre betydelsefull roll eftersom behovet av kontinuitet, samordning m.m. i så fall tillgodoses inom programmen.

En viktig utgångspunkt när det gäller diskussionen om och hur case management skall införas och utformas är således att den måste spegla det system som den skall fungera inom. Det bör också betonas att case management i sig kan vara en viktig del av ett system för vård och stöd och som påverkar behovet av sådana lösningar som exempelvis samlade program.

Som en utgångspunkt för den fortsatta diskussionen finns också skäl att peka på några grundläggande olikheter mellan förhållandena i USA och England resp. Sverige och som måste beaktas om man skall passa in case management i vårt land. En väsentlig skillnad i relation till USA är att vi i Sverige har en förhållandevis väl utbyggd allmän psykiatrisk verksamhet som är sammanhållen i *ett* system. Även England har ett sådant samlat system för psykiatri även om vårt sannolikt är mer resursstarkt än det i England. Den mest avgörande skillnaden ligger dock i att vi har ett förhållandevis väl utvecklat socialt system som arbetar utifrån en relativt hög ambitionsnivå. I USA saknas i allt väsentligt ett sådant system och det engelska arbetar på en betydligt lägre ambitionsnivå än vårt.

Vårt omfattande socialförsäkringssystem som under de senaste åren givits en allt mer uttalad roll när det gäller att samordna rehabiliteringsinsatser är tillsammans med de ambitiösa arbetsmarknadspolitiska insatserna också viktiga skillnader. Å andra sidan är vår tradition när det gäller frivilliga och privata initiativ svagare än både i USA och England. I ett arbete med att översätta case management till våra förhållanden är det viktigt att dessa skillnader hålls i minnet.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att case management inte är någon funktion som på något sätt har en given roll. Den roll som funktionen fått i USA och England varierar och skillnaderna mellan vårt system och de system där

funktionen tillämpas är mycket stora. Om vi skall införa den i vårt land måste den ges en roll som är anpassad till våra förhållanden och målsättningar. Sannolikt är det också så att vi i relation till de internationella förutsättningarna har möjlighet att fylla funktionen med ett helt annat innehåll än vad man kunnat i andra länder.

Några grundläggande avvägningar

Inför diskussionerna om och hur case management-funktionen kan anpassas till förhållandena i vårt land kan det finnas skäl att ta upp ett par grundläggande skiljelinjer mellan olika modeller för case management såsom de har beskrivits internationellt. Om funktionen införs måste några viktiga ställningstaganden göras om hur den skall inriktas och var tyngdpunkten skall läggas. Detta blir avgörande för vilken relation den bör ha i förhållande till klienten. Dessa skiljelinjer går dels mellan om funktionen ses som ett individuellt- (eller familje-) stöd resp. om den ges en mer myndighetsorienterad funktion, dels mellan om den ses som en professionell och då framför allt medicinskt orienterad funktion eller om den ses som en socialt orienterad funktion. I nedanstående figur 2 illustreras dessa olika aspekter av case management-funktionen.

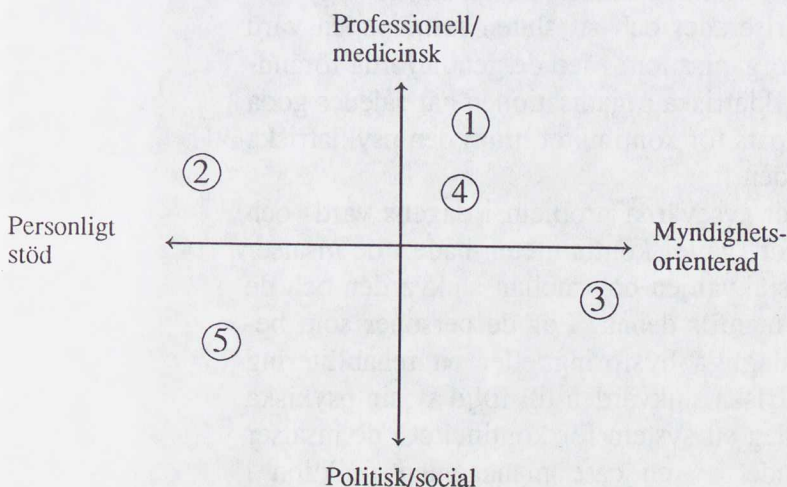
De olika polerna i figuren är ett försök att på ett förenklat sätt illustrera olika roller för funktionen och som om den skall införas i vårt land delvis kommer i en motsatsställning till varandra. Figuren illustrerar också att vi torde ha fyra tänkbara fält där tyngdpunkten kan läggas. När det gäller den axel som går mellan professionell och politisk kan det poängteras att skiljelinjen är ett uttryck för att de enskilda medicinska besluten framför allt är baserade på ett professionellt definierat ansvar medan bl.a. de enskilda sociala besluten i första hand utgår från ett politiskt definierat sammanhang.

För att ge en bättre bild av vad som avses med de olika rollerna har några olika verksamheter med inslag av en case management-funktion inplacerats i figuren. Dessa är:

1. Case management-projektet på Kungsholmen
2. Stödperson i den nya tvångslagstiftningen

3. Övervakare i kriminalvården
4. Kontaktperson inom psykiatrin
5. Stödperson i socialtjänsten.

Figur 2. Olika poler i en case management-funktion



Vilka av case manager-funktionens uppgifter bör lyftas fram om den införs i Sverige

Case management-funktionen innefattar så som den beskrivits i USA en rad olika uppgifter. Om funktionen skall införas bör den även i vårt land innefatta delar eller kanske alla de uppgifter som beskrivits tidigare men en anpassning till det svenska systemet innebär sannolikt att det finns skäl att lägga mer eller mindre tonvikt på olika uppgifter inom funktionen. Om en ny funktion införs bör denna klart målinriktas till att försöka lösa de viktigaste problemen i dagens stödsystem. I det följande diskuteras huvuduppgifterna inom case management-funktionen och dessas relevans i relation till våra svenska förhållanden.

Kontinuitet

En av huvuduppgifterna som identifierats för case management-funktionen är att den skall erbjuda förutsättningar för kontinuitet i personrelationerna och minimera antalet personer som är inblandade i den service och vård som förmedlas. Möjligheterna att erbjuda kontinuitet i den psykiatriska vården var också ett av huvudskälen till varför den psykiatriska vården sektoriserades och att sluten resp. öppen vård hålls samman i en organisation. Med de genomförda förändringarna av den psykiatriska organisationen har således goda förutsättningar skapats för kontinuitet inom den psykiatriska hälso- och sjukvården.

Däremot finns det avsevärda problem i dagens vård- och servicesystem när det gäller kontinuiteten både i de insatser som görs utanför sjukvården och mellan sjukvården och de insatser som sker utanför denna. För de personer som behöver stöd i sin dagliga livsföring eller en rehabilitering utanför den psykiatriska sjukvården till följd av sin psykiska sjukdom saknas i dag ett system för kontinuitet i de insatser som görs. Införandet av en case management-funktion i Sverige kan bidra till en bättre kontinuitet i de samlade insatserna till psykiskt störda.

Samordning

En andra huvuduppgift för case management-funktionen är samordning av alla de insatser som genomförs omkring individen inkl. att sammanföra individen med de olika personer/organisationer som svarar för att genomföra insatserna. Även inom detta område kan det konstateras att uppgiften är förhållandevis väl utvecklad när det gäller den psykiatriskt sjukvårdande verksamheten. Den psykiatriska sektorsorganisationen ger goda förutsättningar för att den sjukdomsinriktade behandlingen koordineras och att patienten sammanförs med de personer som svarar för olika led i behandlingen. I och med att psykiatrins medicinska ansvar i princip även omfattar somatiska sjukdomar och psykiatrin ingår i samma organisation som den somatiska sjukvården fungerar i regel samordning mellan psykiatrin och detta område förhållandevis väl.

Ett delområde av hälso- och sjukvården där detta inte

gäller utgör dock tandvården.

Liksom vad gäller kontinuiteten är huvudproblemet vad gäller samordningen kring individen att detta inte fungerar i de insatser som sker utanför sjukvården och i sambandet mellan dessa och sjukvården. Framför allt ligger problemen i samordningen mellan psykiatrin och socialtjänsten, respektive försäkringskassa, arbetsmarknadsorgan, kriminalvård, omsorgerna etc. Vad beträffar socialtjänsten finns vidare dessa problem mellan individ- och familjeomsorgen och äldre- och handikappomsorgen samt institutionsvården. När det gäller uppgiften att samordna bör en eventuell case manager-funktion i Sverige således målinriktas mot att skapa förutsättningar för en utveckling av sambanden såväl mellan sjukvården och övriga inblandade organ som mellan de organ utanför sjukvården som är involverade i stöd och service till psykiskt störda.

Uppsökande verksamheter

Uppgiften att svara för en uppsökande verksamhet är sannolikt den del av case management-funktionen som allmänt sett är mest eftersatt i vårt nuvarande system för stöd och vård till psykiskt störda. I princip svarar inget organ för att fullfölja denna uppgift på ett tillfredsställande sätt för närvarande. Psykiatrin har inga sådana uppgifter när en behandlingskontakt har avslutats. Socialtjänsten har i enlighet med lagstiftningen uppgifter inom området men bedriver vanligen ingen målinriktad sådan riktad särskilt till psykiskt störda. Försäkringskassan har också vissa sådana uppgifter i anslutning till långa sjukfall eller förtidspensioner/sjukbidrag men har ett mycket svagt utvecklat system för detta. En kraftig förändring av försäkringskassans roll avses dock träda i kraft från den 1 januari 1992.

Enligt uppgift är primärvården, främst genom distriktssköterskorna, den enda organisation som i dag delvis fångar upp vård och servicebehov när klienten inte själv söker kontakt. Uppsökande verksamhet är således en uppgift inom en case management-funktion som allmänt bör prioriteras.

Ombudsman för psykiskt störda

Ombudsmannauppgiften inom case manager-funktionen kan avse dels systemnivån, dels individnivån. På **systemnivån** avser uppgiften framför allt påverkan för att garantera att de nödvändiga resurserna ställs till förfogande. Allmänt kan här konstateras att vi i vårt land har, en i relation till både USA och England, förhållandevis stor tillgång till basresurser inom psykiatrin, socialtjänsten, arbetsmarknadsområdet etc. En stor enighet råder också om att dessa skall ställas till befolkningens förfogande utifrån ett behovsperspektiv, dvs. att de med de största behoven skall prioriteras först oavsett vilka ekonomiska resurser som den enskilde själv förfogar över.

Den betydelse som denna roll tillmäts för case manager-funktionen i framför allt USA torde den sannolikt inte få i vårt land. En viktig uppgift på systemnivån som ansluter till ombudsmannarollen torde dock en case management-funktion i Sverige kunna få i att se till att serviceutbudet anpassas till de särskilda krav och behov som psykiskt störda har på verksamheterna. Vidare kan en viktig uppgift vara att identifiera eventuella brister i servicesystemet och att verka för att dessa åtgärdas.

På **individnivån** är uppgiften att vara ombudsman för klienten viktig för att garantera att han får del av den service och vård som finns tillgänglig. Inom detta område finns viktiga uppgifter för en case management-funktion även i vårt land. Olika huvudmän arbetar utifrån sina egna prioriteringar av vilka klienter man tar sig an och utifrån de behovsbedömningar man själv gör. Utmärkande för psykiskt störda är att de ofta har svårt att själva hävda sina intressen och en ombudsmannafunktion som stöder den enskilde klienten i att få del av det tillgängliga utbudet har stor betydelse för hur helheten av det vård- och servicesystem som riktar sig till psykiskt störda fungerar.

Upprättande av vårdplan/stödprogram

Att upprätta en samlad individuell vårdplan eller ett stödprogram baserad på en behovsbedömning är en central uppgift för den case management-funktion som utvecklats i USA. Vårdplanen förutsätts omprövas löpande och omfatta samt-

liga behov som klienten har, dvs. medicinska, sociala, yrkesmässiga m.fl. Det kan konstateras att systemet med vårdplaner för psykiskt störda till vissa delar motsvarar den individuella vårdplanering gemensam mellan landsting och kommun som i dag tillämpas inom äldre vården på ett flertal håll i landet. När det gäller psykiskt störda finns dock inget sådant system uppbyggt och en individuell vårdplanering, gemensam mellan alla inblandade parter och som inkluderar en behovsbedömning, blir en central uppgift för en case management-funktion i Sverige.

Effektivitet i resursanvändningen

Att bidra till en hög effektivitet i resursanvändningen anges vara en viktig deluppgift för case manager-funktionen både i USA och England. Framför allt gäller detta en form av systemeffektivitet, dvs. att insatserna samordnas och anpassas till varandra på ett sådant sätt att de ger största möjliga effekt. Till följd av de begränsade ekonomiska ramarna för de offentliga verksamheterna har en ökad uppmärksamhet riktats mot resursanvändningen inom olika verksamheter under senare år i vårt land. Det finns en ökad tendens till att resp. samhällsorgan koncentrerar sig på de uppgifter som utgör kärnområdet för resp. verksamhetsområde. I och med att det ekonomiska utrymmet även i framtiden kommer att vara utomordentligt begränsat finns risker för att personer som har sammansatta vård- och servicebehov kommer att få svårigheter att få dessa tillgodosedda.

Vidare har inget organ i dag till uppgift att – utifrån ett individuellt perspektiv – göra avvägningar om hur de begränsade resurserna bör fördelas så att de gör största möjliga nytta. Effektivitet i resursanvändningen kan därför antas bli en nyckeluppgift i en framtida case manager-funktion och en uppgift som i ett idealt perspektiv borde sträcka sig över alla inblandade samhällssektorer.

Krisintervenering

Krisintervenering eller krishantering anges vara en uppgift för en utvidgad case manager-funktion. Brister inom detta område är något som ofta framhålls av klient- och anhörig-

organisationerna. Det har konstaterats att sjukhusens akut-mottagningar alltför ofta är den enda instans som fyller denna funktion utanför kontorstid och det stöd som finns att tillgå med avseende på kriser är vanligen begränsad till att avse rena sjukdomsinriktade frågeställningar. Effekterna av att funktionen saknas blir ofta att polis, grannar, fasighetsbolagens störningsjourer etc. i stället får ta på sig uppgiften.

Det har också framhållits att krissituationerna ofta är av en annan natur än enbart medicinska och att ett tidigt och välfungerande krisstöd kan vara avgörande för om individerna kan bibehålla ett stabiliserat tillstånd. Krisintervenering och stöd i krissituationer bör därför vara en uppgift som bör prioriteras inom ramen för en case management-funktion. Det betyder också att en case management-funktion måste ha en hög tillgänglighet även på icke-kontorstid.

Personligt stöd

Tillsammans med övriga uppgifter anges att case management-funktionen också kan innefatta ett personligt och icke-professionellt stöd till de enskilda individerna. Denna uppgift har givits olika tyngdpunkt i olika program. Flertalet case manager-program i USA är uppbyggda på en professionell bas. Som beskrivits är dock vissa program baserade på frivilligkrafter eller kamratstöd. Dessa program utgår i hög grad från en princip om att det personliga stödet är basen.

Självfallet finns behov av personligt stöd till psykiskt störda också i vårt samhälle och systemet med stödpersoner i socialtjänsten och i den nya lagstiftningen om tvångsvården är exempel på områden där detta uppmärksammas. Frågeställningen om denna uppgift bör prioriteras eller ej i case manager-funktionen sammanhänger dock i första hand med vilken roll en eventuell case manager bör ges i vårt samhälle. Personligt icke-professionellt eller frivilligbaserat stöd kan ses som en motpol till en mer myndighetsbaserad case manager-funktion. Bägge dessa uppgifter är centrala när det gäller att utveckla stödet till psykiskt störda men kan alltså sannolikt inte samtidigt prioriteras i en och samma funktion.

Det bör dock betonas att även en myndighetsorienterad case manager-funktion grundar sig på förutsättningen att goda relationer kan byggas upp mellan klienten och case

managern eftersom den förutsätts fungera som "den mänskliga länken" mellan servicesystemet och klienten.

Några funderingar om case management-funktionens roll

Som tidigare diskuterats kan inriktning, utgångspunkter m.m. för en case management-funktion sannolikt läggas fast först sedan den prövats i ett lokalt förändringsarbete. Som ett underlag för diskussionerna kan dock finnas skäl att redan nu försöka skissera några tänkbara hypoteser om den roll case management skulle kunna spela i vårt land.

Den problemställning som varit huvudskälet till att man tagit upp frågan i USA och England är att det i anslutning till avvecklingen av institutionerna finns behov av en ny funktion för samordning, sammankoppling (eng. "linking"), kontinuitet, behovsbedömning m.m. Även om institutionerna utgick från ett medicinskt perspektiv så erbjöds där även ett samlat paket av insatser som innefattade ett skyddat boende, meningsfullt dagsinnehåll och arbete, rehabilitering inkl. arbetsrehabilitering etc. För de individer som i dag lever ute i samhället i stället för på institutioner krävs utöver medicinsk öppenvårdsbehandling en rad ytterligare service- och stödinsatser. Behovet av dessa insatser måste uppmärksammas och de måste även samordnas, behovsanpassas etc. Eftersom många psykiskt störda själva inte kan svara för dessa uppgifter måste en ny funktion skapas som ser till att dessa uppgifter utförs.

En grundläggande hypotes är således att inrättandet av en case management-funktion kan vara ett sätt att hantera de svårigheter som uppstår ur den enskildes, eller familjens perspektiv i samband med avinstitutionalisering och satsning på öppna vårdformer. I detta perspektiv utgår case management från att den enskilde psykiskt störde och hans/hennes närstående bör ha en rättighet att få helheten av sina behov tillgodosedda. Härvid finns även en kvalitativ aspekt eftersom samordning, behovsanpassning etc. också kan ha en utomordentligt viktig funktion när det gäller kvaliteten i insatserna så som den enskilde upplever dem.

I perspektivet av att institutionsavvecklingen pågått under ett par decennier kan det synas anmärkningsvärt att man inte

redan tidigare uppmärksammat behovet av denna kompletterande funktion. Skälet till detta ligger dock sannolikt i att avvecklingen av institutionerna inledningsvis yttrade sig framför allt i att personer som hospitaliserats efter mycket långa vårdperioder skrevs ut till ett eget boende där hemtjänsten blev denna kompletterande funktion och som kunde svara för att tillgodose huvuddelen av de omvårdnadsbehov dessa personer hade. Under de senaste åren har en delvis ny situation börjat växa fram där allt fler psykiskt funktionshindrade personer lever ute i samhället utan erfarenhet av en långvarig slutenvård. Eftersom dessa inte fått de s.k. hospitaliseringsskadorna har de en annan och mer sammansatt behovsbild än vad huvuddelen av tidigare generationers psykiskt funktionshindrade haft. Att behovet av en case management-funktion tidigare inte varit tydlig hänger sannolikt samman med att vi kommit in i en ny fas när det gäller effekterna av institutionsavvecklingen. I och med att avvecklingen av institutionsplatser fortsätter kommer behovet också sannolikt att öka i framtiden.

Ett argument när det gäller att eventuellt införa en case management-funktion i vårt land är att den kan vara ett sätt att ge förutsättningar för goda livsvillkor för de psykiskt störda när det gäller att leva med de öppna vård- och serviceformer som måste ersätta institutionsvården och som sådan ses som en rättighet för de enskilda individerna.

Ett ytterligare argument är att case management också kan utnyttjas som ett medel att pröva om det är möjligt att höja ambitionsnivån när det gäller rehabilitering och att öka psykiskt stördas möjligheter att bli produktiva och bidra till samhället. I och med att det inte funnits någon samlad syn på hur den nya generationen psykiskt störda bör stödjas i samhället har vi för närvarande inte kunskap om vilken effekt ett väl fungerande samlat servicesystem kan få på individernas funktionsförmåga. Vi kan alltså inte nu utesluta att det finns en betydande rehabiliteringspotential som i dag inte utnyttjas på ett optimalt sätt. Ett skäl för att bygga upp en case management-funktion kan alltså vara att den kan ge ökade möjligheter till en framgångsrik rehabilitering. Även för de personer där rehabilitering inte är möjlig finns skäl att höja ambitionsnivån.

Karakteristiskt för den nya situation som uppstått är t.ex.

det som ibland kallas "svängdörrspsykiatri". Denna kännetecknas av klienter med många men realivt korta vårdtillfällen och där skälet till återfallen ofta anges vara de förhållanden som case management-funktionen är avsedd att rätta till.

Ett annat argument för införandet av case management är att denna funktion även bör kunna vara ett medel att öka effektiviteten och förbättra resursanvändningen i det service-, stöd- och vårdsystem som riktas till psykiskt störda. För att ge största möjliga effekt måste alla viktiga behov uppmärksammas och alla insatser som riktas till en individ vara samordnade. Avsaknaden av en funktion som svarar för detta innebär självfallet effektivitetsförluster som case management-funktionen bör kunna minska riskerna för.

De olika argument som presenterats ovan hör i viss mån samman. Bristande samordning, svag behovsanpassning m.m. innebär ur den enskilde individens synpunkt onödiga förluster i välfärd. Och ur samhällets synpunkt innebär återinläggningar som kunnat undvikas, bristande rehabilitering m.m. en onödig resursförbrukning och ineffektivitet.

En frågeställning som också bör tas upp är i vilken mån en väl utvecklad case management-funktion kan fungera som en ersättning för institutionsvård vid vissa psykiska sjukdomstillstånd. För de medicinska verksamheter som är bundna till tung och dyrbar apparatur etc. är institutioner en självklar förutsättning för att kunna förmedla vård. Likaså är institutioner en effektiv form när det krävs samordnade insatser av ett stort antal olika medicinska och andra specialister. Vidare anses institutioner vara en effektiv form för att ge vård och service när omfattande omvårdnadsinsatser krävs och då särskilt om de måste ges dygnet runt.

Inom psykiatrin utgör tvångsvården en form av vård som självklart måste ges vid institutioner. Därutöver finns sannolikt inom psykiatrin också ett antal frivilligt vårdade patienter som antingen är så omvårdnadskrävande att institutionsvård är den enda effektiva vägen att tillgodose behoven eller där bl.a. samverkan med andra specialiteter är så omfattande att institutionsvård är motiverad.

I klinikfärdiginventeringar och i de kartläggningar som socialstyrelsen presenterat i anslutning till psykiatriutredningens arbete har redovisats att det finns ett stort antal personer som vistas inom sluten psykiatrisk vård på grund

av att lämpliga bostäder och stödformer saknas, dvs. på grund av att vissa av de funktioner som ligger i case management saknas. Den hypotes som vi här vill lyfta fram är att vi i dag knappast kan utesluta att en väl utvecklad case management-funktion eventuellt kan minska behovet av psykiatrisk institutionsvård också utöver vad som är relaterat till de brister i boende och boendestöd som hittills konstaterats. Hur den nuvarande psykiatriska vården förmedlas speglar självfallet bl.a. de brister som präglar dagens situation. Vi saknar därför i dag kunskaper om när vården av kvalitativa eller effektivitetsskäl bör ges vid institution resp. när den bättre skulle kunna förmedlas i öppna vårdformer om ett optimalt service och stödsystem fanns uppbyggt. Det som kan vara av särskilt intresse i detta sammanhang torde bl.a. vara om case management kan bidra till att nya former av service, stöd och vård utvecklas inom t.ex. det område som de terapiintensiva behandlingshemmen arbetar i dag. Att hänvisa människor som är i behov av omfattande terapiinsatser till att leva flera år inom särskilda institutioner är knappast optimalt med hänsyn till de institutionsskador som samtidigt blir följden. Om ett tillräckligt stöd ute i samhället skulle kunna erbjudas bl.a. genom en utvecklad case management-funktion borde samma terapeutiska behandling kanske kunna ges på ett effektivare sätt utan att patienten behöver vistas på en institution.

En annan hypotes som ansluter till det ovan förda resonemanget kan vidare vara att en väl utvecklad case management-funktion bör kunna bidra till att ytterligare reducera behovet av tvångsvård samt att samhällsskyddet kan ökas bl.a. i samband med utskrivningarna av de psykiskt störda lagöverträdarna. Case management kan sannolikt få en stor betydelse för de situationer som skapar behovet av tvångsvård både när det gäller tidiga stöd- och serviceinsatser som gör att man kan undvika att tvångsvårdssituationer uppstår och genom att utskrivningar och upphävande av tvång torde kunna ske tidigare om det finns en hållbar och väl fungerande organisation som har ett uppföljningsansvar. Det är också väl omvittnat att bristen på just en väl fungerande organisation för uppföljning och kontinuerligt samhällsstöd utgör ett stort problem i samband med utskrivningar av de psykiskt

störda lagöverträdarna och som en utbyggd case management-funktion bör vara väl ägnad att hantera.

Målgrupper för en case manager-funktion

Som angivits är case management inget som utvecklats exklusivt för psykiskt störda vare sig i USA eller England. Funktionen i den form som diskuteras i detta sammanhang kan vara viktig för alla människor som har omfattande vård- och servicebehov och som förutsätter insatser från flera samhällsorgan för att behoven skall kunna tillgodoses oavsett vilka de medicinska skälen till funktionshindret är. Vissa case management-program i USA riktar sig till såväl psykiskt sjuka som till utvecklingsstörda och åldersdementa. I flertalet av de program som innefattar case management-service till psykiskt störda riktar man sig i första hand till personer som bedöms vara kroniskt psykotiska. Men olika varianter förekommer och många program omfattar en betydligt vidare krets av psykiskt funktionshindrade. Det betonas dock i de amerikanska erfarenheterna, när det gäller de psykiskt störda, att innehållet i funktionen och dess utformning måste anpassas efter vilken målgrupp eller mix av målgrupper som man riktar sig till.

Vid sidan av att case management-funktionen i första hand har utvecklats för kroniskt psykotiska ger de internationella erfarenheterna inga direkta ramar för hur vi lämpligen skulle målgruppsinrikta en eventuell case management-funktion i ett svenskt perspektiv. En tänkbar utgångspunkt, utifrån hur funktionen definierats internationellt, torde dock vara att den bör inriktas att stödja personer som har någon form av varaktiga funktionshinder till följd av en psykisk sjukdom.

Med denna utgångspunkt kan två kompletterande perspektiv anläggas. Det ena kan utgå från det behovs- eller rättighetsperspektiv som diskuterats i föregående avsnitt, dvs. att målgruppen bör avgränsas utifrån en bedömning av vilka personer som har behov av case management-service för att de skall kunna garanteras en tillfredsställande livssituation. Det andra och kompletterande perspektivet kan gälla de effektivitets- och rehabiliteringsaspekter som också antytts ovan, dvs. att målgruppen för case management bör utgöras

av de personer för vilka man bedömer det vara nödvändigt och effektivt när det gäller att påverka vårdbehov och rehabilitering.

Någon enkel och entydig definition av gruppen psykiskt funktionshindrade är svår att ge. Den enda mer generella avgränsning som i dag finns, och som enbart gäller personer i arbetsför ålder är den som görs i samband med att förtidspensioner eller sjukbidrag beviljas. Att enbart definiera målgruppen utifrån en sådan avgränsning torde dock inte vara ändamålsenligt och det är kanske inte heller möjligt att nu lägga fast några mer definitiva principer för hur målgruppen för en case management-funktion bör vara avgränsad. Uppbyggnaden av en case management-funktion i vårt land måste sannolikt ses som en process där erfarenheterna successivt visar vilken avgränsning av målgruppen som kan vara ändamålsenlig. Viktigt torde dock vara att case manager-verksamheterna redan tidigt i en utvecklingsprocess riktas mot många olika delmålgrupper så erfarenheter av olika inriktningar kan erhållas. En förutsättning är dock att patienten/klienten själv har möjlighet att välja om han/hon vill ha en case manager eller ej.

Vilket organ bör ansvara för case management-funktionen

Som angivits har de amerikanska erfarenheterna givit vid handen att det är viktigt att ett organ utses som ansvarigt för case management-funktionen. Frågeställningar om vilket organ som bör resp. kan svara för en case manager-funktion blir sannolikt också en av de frågor som kommer att diskuteras mest om denna funktion kommer att införas i vårt land. I detta avsnitt görs ett försök att beskriva några grunder som en sådan diskussion bör baseras på.

Det finns sex olika befintliga samhällsorgan som kan vara tänkbara att svara för en case management-funktion i Sverige. Dessa är (1) psykiatrin, (2) primärvården, (3) individ- och familjeomsorgen, (4) äldreomsorgen, (5) försäkringskassan, (6) arbetsförmedlingen. Utöver dessa är också (7) en fristående stiftelse (jämför beskrivningen av England) och (8) klient/anhörigorganisationer tänkbara alternativ.

När det gäller försäkringskassan och arbetsförmedlingen så

har dessa, trots förändringarna från den 1 januari 1992, ett mer avgränsat ansvarsområde som avser rehabilitering och arbetsmarknadspolitiska insatser, varför dessa organisationer sannolikt inte är aktuella att svara för en case management-funktion. Beträffande försäkringskassan bör dock noteras att handikapputredningen i sitt delbetänkande, SOU 1991:46, redovisat förslag som innebär att försäkringskassorna kan komma att få en mer utvidgad roll i framtiden.

Vad gäller fristående stiftelser finns inte några sådana i dag och därför diskuteras inte detta alternativ närmare här.

Diskussionen begränsas här till de organisationer som ingår i hälso- och sjukvården resp. kommunernas socialtjänst samt till alternativet med klient/anhörigorganisationerna.

Om en eventuell case management-funktion placeras inom hälso- och sjukvården eller kommunernas socialtjänst måste självfallet den vara relaterad dels till de uppgifter som dessa har givits i lagstiftning eller motsvarande, dels på en bedömning av vilka förutsättningar de har att kunna fullfölja de uppgifter som läggs inom ramen för funktionen. Som en bakgrund beskrivs därför inledningsvis den lagstiftning som hälso- och sjukvården resp. socialtjänsten arbetar i enlighet med och hur de uppgifter som givits i lagarna relaterar till case management. Därefter diskuteras också kortfattat de olika delorganisationernas möjligheter att svara för case management-funktionen.

Psykiatrin och primärvården utgör delar av hälso- och sjukvården och arbetar efter hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser. I lagen anges att med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar. Den övergripande målsättningen är en god hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen. Vissa allmänna krav specificeras också såsom att vården skall vara av god kvalitet, lätt tillgänglig, respektera självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter. Generellt kan det konstateras att vare sig psykiatrin eller primärvården i nuvarande lagstiftning har givits uppgifter som annat än perifert berör case management såsom funktionen definierats internationellt. Samtidigt är det inget som principiellt hindrar landstingen från att besluta om att någon av dessa organisationer ges de uppgifter som ligger inom

case management-funktionen. Det kan också nämnas att det för de utvecklingsstörda finns en särskild lagstiftning som ger landstingen uppgifter som nära ansluter till case management när det gäller denna målgrupp. Ett möjligt alternativ är att en motsvarande lagstiftning införs som ger landstingen ansvaret för case management riktad till psykiskt störda.

Individ- och familjeomsorgens samt äldreomsorgens verksamheter regleras av socialtjänstlagen och denna lag ger socialnämnderna uppgifter som mycket nära ansluter till de uppgifter för case management som beskrivits och framför allt om funktionen ses ur ett rättighetsperspektiv. När det gäller målsättningarna anges bl.a. att ekonomisk och social trygghet, jämlikhet samt aktivt deltagande i samhällslivet är socialtjänstens mål. Man skall också bl.a. frigöra och utveckla enskildas egna resurser. Kommunens uppgift att ha det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver är en mycket omfattande uppgift som kopplar an direkt till case management-funktionen. Stadgandena att det hör till socialnämndens uppgift att genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningar för goda levnadsförhållanden samt att bl.a. svara för omsorg, service, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver detta är också allmänna uppgifter som på ett direkt sätt anknyter till case management. Att det i riktlinjerna för socialnämndens verksamheter bl.a. anges att den skall ta initiativ till och bevaka att åtgärder vidtas för att skapa en god samhällsmiljö och goda förhållanden för grupper som har behov av samhällets särskilda stöd samt att den därvid i sin verksamhet skall främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning stärker tillsammans med andra skrivningar i lagen bilden av att kommunen i lagstiftningen redan har i uppgift att svara för de funktioner som kan rymmas i begreppet case management. Den enskilde skall t.ex. genom bistånd från socialnämnden tillförsäkras en skälig levnadsnivå och biståndet skall utformas så att det stärker hans resurser att leva ett självständigt liv. Här bör då också uppmärksammas att man i 10 § anger att nämnden kan utse en särskild person (kontaktperson) eller familj med uppgift att hjälpa den enskilde och hans närmaste i enskilda personliga angelägenheter, om den enskilde begär eller samtycker till

detta. Detta är då en form av bistånd som en psykiskt störd människa redan i dag kan ha rätt att få från socialnämnden.

Att uppgifter och mål omfattar även psykiskt störda framgår av den särskilda handikappparagrafen (§ 21) i socialtjänstlagen där det särskilt anges att socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får meningsfull sysselsättning och att han får bo på ett sätt som är anpassat efter hans särskilda behov.

Vad beträffar lagstiftningen är det således mycket entydigt att kommunen har givits uppgiften att svara för de funktioner som rymms i det case management-begrepp som här har diskuterats, dvs. utgående från ett rättighetsperspektiv. Om en eventuell case management-uppgift skall läggas på hälso- och sjukvården förutsätts antingen en kompletterande lagstiftning eller överenskommelser mellan landstingen och kommunerna som reglerar att kommunens ansvar för att tillgodose dessa uppgifter överförs till hälso- och sjukvården.

När det däremot gäller de verksamhetsmässiga förutsättningarna kan konstateras att den psykiatriska hälso- och sjukvården är den organisation som i dag har den bredaste möjligheten att svara för flertalet av de uppgifter som inryms i case management-funktionen. Kompetens i hur man bemöter psykiskt störda och kunskaper i de psykiska sjukdomarnas olika uttryck och om hur verksamheter bör anpassas till psykiskt stördas behov m.m. finns framför allt inom psykiatrin. Likaså finns de befintliga resurserna för de funktioner som redan i dag arbetar med uppgifter som ansluter till case management främst inom psykiatrin. I vissa avseenden kan det sägas att primärvården också har verksamhetsmässiga förutsättningar att kunna svara för delar av case management-funktionen. På många håll finns kompetensen om de psykiska störningarna också inom primärvården om än på en lägre nivå än inom psykiatrin. Vidare har primärvården redan uppbyggda funktioner när det gäller bl.a. vårdplanering och viss uppsökande verksamhet.

Det psykiatrin och primärvården saknar i relation till kommunen är dock kompetensen att arbeta med ett brett sam-

hällsbaserat angreppssätt. För dessa funktioner finns också en väl etablerad organisationsstruktur inom individ- och familjeomsorgens ram. Beträffande äldre- och handikappomsorgerna gäller att dessa hittills främst varit inriktade på drift och utveckling av servicehus och hemtjänst. Bl.a genom den s.k. Ädelreformen kommer verksamheten sannolikt att vidareutvecklas till att omfatta uppgifter som tangerar case management-funktionen men då för äldre och handikappade i stort. Att nu kunna avgöra vilka verksamhetsmässiga förutsättningar som kan finnas inom äldre- och handikappomsorgen när det gäller att svara för en eventuell framtida case management-funktion är därför inte möjligt.

Som tidigare antytts är en möjlighet, vid sidan av socialtjänst eller hälso- och sjukvård, att lägga ansvaret för case management på klient/anhörigorganisationer. Därmed skulle inte rättighetsaspekten fokuseras utan i stället det personliga stödet. Även om det i och för sig är tänkbart att även en sådan placering av funktionen skulle kunna ges ett lagstöd och därmed en teoretisk möjlighet att kunna agera kraftfullt måste det konstateras att de verksamhetsmässiga förutsättningarna inte kan garanteras på samma sätt som om funktionen placeras inom ett samhällsorgan. Att en eventuell case management-funktion klient- och familjeorienteras och att klient/anhörigorganisationer ges en central funktion i att påverka och utvärdera en verksamhet är dock mycket viktigt.

Vem kan vara case manager, vilken utbildning och kompetens skall han ha och hur bör funktionen vara utformad

Några viktiga frågeställningar som måste klarläggas om case manager-funktionen skall etableras i vårt land är vem eller vilken yrkesgrupp som bör vara case manager, vilken utbildning bör han/hon ha och hur skall funktionen vara utformad. Mycket av den internationella diskussionen om case management berör dessa frågor och som beskrivits har man kommit fram till en stor variation av lösningar. Innan några erfarenheter har vunnits av olika modeller kan det vara svårt att redovisa några mer genomarbetade eller detaljerade uppfattningar i dessa frågor.

När det gäller frågeställningen vem eller vilken yrkesgrupp som skall svara för funktionen kan det konstateras att några av de särskilda aspekter som lyfts fram i de amerikanska erfarenheterna är att det är viktigt att case managerna utses efter lämplighet snarare än utifrån formella meriter. Det betonas också att det är viktigt att case managern ges en sådan ställning att han/hon inte bara har uppgifterna utan också de reala möjligheterna att fullgöra case management-funktionen. Här betonas särskilt att case managern ofta måste arbeta gentemot professionella grupper som har hög status och integritet och att det för att hävda funktionens roll krävs att också case managern ges en förhållandevis hög status. Andra frågeställningar gäller riskerna för utbrändhet i och med att man arbetar med människor som har komplicerade och svåra funktionshinder och där det ofta kan vara svårt att i ett kortare perspektiv se ett resultat av de insatser man gör. I detta sammanhang betonas också behovet av handledning.

När det gäller kompetens och utbildning kan konstateras att det är två huvudfält som måste täckas in om en case management-funktion skall fungera, dels måste de som arbetar som case manager ha kunskaper om psykiska störningar, vad som karakteriserar dessa osv., dels måste de ha en bred kunskap om samhällets samlade utbud av service, stöd och vård till psykiskt störda samt om de rättsliga och formella utgångspunkterna som verksamheterna bedrivs från.

En frågeställning som är beroende av vilken roll man ger funktionen är vidare om case managern bör ha någon utbildning också när det gäller mer behandlingsinriktade insatser. Å ena sidan är case managern en person som förutsätts få nära relationer till klienterna, som träffar dem ofta etc. och som därför borde kunna ha förutsättningar att etablera och upprätthålla en kontakt som också kan innefatta vissa behandlingsinslag. Å den andra sidan är behandlingsrelationen en annan form av relation än den som fokuseras i uppgiften som sådan och dessa roller kan delvis komma att stå i motsats till varandra.

Det är dock viktigt att uppmärksamma att klienterna ofta har behov av såväl medicinskt som psykologiskt och socialt inriktad behandling. Att funktionen inte bör innefatta medicinsk behandling torde vara en självklarhet liksom att den

bör innefatta vad som brukar betecknas som social behandling eftersom detta ju utgör funktionens grund. Förhållandena omkring den psykologiska behandlingen är dock något mer oklara eftersom det inom det område som brukar benämnas psykosocial behandling finns ett gränsland mellan den psykologiska och sociala behandlingen.

I de amerikanska erfarenheterna har det emellertid konstaterats att det finns en risk med att rena behandlingsuppgifter betonas i case management-funktionen. Det har bl.a. visat sig att program som betonat behandlingsuppgifter tenderat att alltmer komma att bestå enbart av behandling. Denna uppgift har således tagit överhanden. Om detta är en konsekvens av bristande resurser m.m. i de organ som ligger utanför programmen och att man därför tvingats till att prioritera behandlingsuppgiften eller om det beror på att det finns en inneboende kraft i behandlingsuppgiften som innebär att den tar överhand är dock oklart.

En aspekt som kan tas upp i detta sammanhang är hurvida case management kan ha olika roller och kanske delvis olika uppbyggnad beroende på vilken fas i en vård- och servicekedja som man befinner sig i. Principiellt kan vanligen de insatser som riktas till svårt funktionshindrade indelas i olika faser. Under vissa perioder, oftast i den inledande, har behandlingsaspekterna en dominerande betydelse. Behandlingsfasen övergår sedan i en fas där rehabiliteringen fokuseras och därefter inträder en fas där situationen stabiliserats. (Det är väl känt att den här indelningen i stegvisa faser ofta inte gäller för psykiskt störda, men oavsett detta kan konstateras att det vanligen går att identifiera de olika faserna.)

Case management är som den beskrivits i första hand inriktad på de stödinsatser som individen har behov av i den stabiliserade fasen och i rehabiliteringen. Samtidigt har dock individen också behov av den formen av stöd som innefattas i case management under behandlingsfasen, och det gäller då både om behandling sker i öppna eller slutna vårdformer. Som tidigare berörts bör en case management-funktion också starkt kunna påverka om behandlingen behöver ske i sluten vård eller ej.

En principiell skillnad mellan de olika faserna är dock att de uppgifter som utförs inom ramen för case management-funktionen under behandlingsfasen måste anpassas och ta sin

utgångspunkt i de terapeutiska insatser som görs medan stabiliseringsfasen och rehabiliteringen på ett annat sätt kan utgå från rättighetsperspektiv m.m. För att anknyta till den principmodell som redovisades i figur 2 (s. 31) har en ändamålsenlig case management-funktion under behandlingsfasen sin tyngdpunkt i det professionella/medicinska perspektivet medan funktionen under övriga faser har en naturlig tyngdpunkt i ett politiskt/socialt perspektiv.

Om det resonemang som förts ovan har en giltighet kan det innebära att det skulle kunna finnas behov av två principiellt skilda modeller för case management. En som fokuseras och i allt väsentligt utgår från ett socialt perspektiv och en ytterligare som i och för sig innehåller samma funktioner men som på ett annat sätt är kopplad till det medicinska systemet så länge mer omfattande målinriktade terapeutiska insatser pågår. Om case management skulle etableras utifrån de angivna principerna kan det i så fall innebära att både de sociala och medicinska systemen skulle vara huvudansvariga organ, det medicinska under en behandlingsfas och det sociala under övriga faser. Någon dubbling av resurser skulle dock inte vara nödvändig utan båda skulle kunna repliera på varandra där enbart huvudansvaret för planering, samordning m.m. skulle läggas inom det ena eller andra systemet beroende på vilken fas klienten befinner sig i.

En annan frågeställning gäller hur många klienter som en case manager bör arbeta med. Generellt har här de internationella erfarenheterna visat att just besluten om hur många klienter som varje person ansvarar för är den kanske mest avgörande för vilken roll case management i praktiken får. Ett stort antal klienter per case manager medför att man enbart klarar att fylla förmedlings- och kanske behovsbedömnings- och planeringsuppgifterna. Möjligheterna att fullgöra övriga uppgifter ökar med minskande antal klienter.

Vad bör en eventuell case management-funktion kallas i vårt land

Om den funktion som diskuterats i den här rapporten skall införas i vårt land skall den självfallet inte kallas case management. Någon bra direktöversättning finns inte så vi blir

tvingade att antingen hitta på ett nytt begrepp eller att utvidga något redan befintligt begrepp till att omfatta de uppgifter som ligger i funktionen.

I sammanhanget bör det uppmärksammas dels att funktionen i USA och Englad inte är exklusivt inriktad mot psykiskt störda, dels att begreppet case management där ger associationer till de managementbegrepp som är populära när det gäller organisationsutveckling m.m. Att på motsvarande sätt kunna ge en eventuell case management-funktion motsvarande associationer också här kan kanske bidra till att ge den en extra tyngd.

Litteraturförteckning

Clifford, P. & Craig, T. *Case management systems for the long-term mentally ill. A proposed inter-agency initiative. 1. Background paper.* London: RDP, 1988

Clifford, P. & Craig, T. *Case management systems for the long-term mentally ill. A proposed inter-agency initiative. 1. Outline of proposal.* London: RDP, 1988

Clifford, P., Craig, T. & Sayce, L. (eds.) *Towards Co-ordinated care for People with Long-Term Severe Mental Illness: Report of a Working Conference 1988.* London: RDP/NUPRD

Intagliata, J. *Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Disabled: the Role of Case Management, Schizophrenia Bulletin, 1982*

Kuehnel, T.G., Liberman, R.P., Storzbach, D., Rose, G. *Resource book for psychiatric rehabilitation. Elements of Service for the Mentally Ill.* Baltimore, USA: Williams & Wilkins, 1990

Robinson, G. *Choices in Case Management, Community Support Network News, Volume 7, nr 3, 1991*

Shepherd, G. Case management. *Health Trends.* 1990; 2: 59-61

Stein, L.I., Diamond, R., Factor, R. *A system approach to the care of persons with schizophrenia, Handbook of Schizophrenia, Volume 4: Psycho-social Treatment of Schizophrenia, 1990*

Toward a Modell Plan for Comprehension, Community-Based Mental Health System, National Institute of Mental Health, US Dep. of Health and Human Services, 1987

Bilaga 1

Beskrivning av ett case manager program i Massachusetts i USA

(Direktöversättning av beskrivning i Resource Book for Psychiatric Rehabilitation, Elements of Service for Mentally Ill, Timothy G. Kuehnel, Robert Paul Liberman, Daniel Storzbach, Gordon Rose 1990.)

Programmets syfte: Att ge case management-service inkl. behovsbedömning (värdering), att vara talesman, bedriva uppsökande verksamhet och vara förbindelselänk till andra organ som stöder svårt psykiskt störda klienter.

Sammanfattande beskrivning: Cape Ann case management-projekt innefattar uppsökande verksamhet, att vara förbindelselänk och att samordna de insatser som deras klienter har behov av. Klienterna kommer till case management-programmet via olika lokala myndigheter eller organisationer och varje klient får en case manager som svarar för att en allomfattande behandlings- och rehabiliteringsplan utarbetas med utgångspunkt från individen, hans familj och de organ som ger service, stöd och vård. Över 250 klienter ingår i projektet och de handhas av 9 personal. Återinläggningar till sluten vård har halverats och det totala slutenvårdsutnyttjandet har reducerats kraftigt sedan projektet startade.

Beskrivning av programmet: Case management-programmet erbjuder kontinuitet i vård och service till alla åldersgrupper av svårt psykiskt störda i ett avgränsat upptagningsområde, oberoende av om de varit föremål för sluten vård eller ej.

Detta uppnås genom uppsökande verksamhet, erbjudande av olika typer av service och samordning av de insatser som krävs för att tillgodose alla de stödbehov som klienterna har. Case management-programmet ger service som sträcker sig långt utöver vad som kan karakteriseras som eftervård efter slutenvårdsperioder. Man ger service till en mängd olika klienter inkluderande sådana som aldrig varit inlagda på psykiatrisk klinik men som riskerar detta, sådana som nyligen blivit utskrivna och sådana som för tillfället är inlagda men som förbereds för utskrivning. Case management-service ges utan någon tidsgräns med målet att maximera livskvalitet och funktionsförmåga hos svårt psykiskt sjuka personer.

Programmets design

Hur systemet fungerar: Alla som skrivs in vid den lokala psykiatriska kliniken blir tilldelade en case manager. Andra remissvägar utgörs av övriga psykiatriska enheter inom området samt andra organ som kommer i kontakt med psykiskt sjuka. En case manager tilldelas den psykiskt sjuke inom tre arbetsdagar av den som är chef och ansvarig för case management-programmet. Som ett första led kontaktas det remitterande organet, andra organ och familjen för att få information. Det första mötet med klienten används för att undersöka behoven, skapa en förtroendefull relation och till att förklara vad case management är och vad det är bra för. Case managern och klienten samverkar i att försöka uppnå en bra livssituation när det gäller sådant som boendet, socialbidrag/inkomst och matkuponger. Efter att information inhämtats från klienten, familjen, serviceorgan m.fl. upprättas en heltäckande vård-, service- och rehabiliteringsplan. Case managern informerar klienten om de resurser och de service-/vårdgivare som finns. Case managern samordnar och följer upp behandlingsplanen samt ger stöd till klienten, familjen, arrangerar möten för att löpande anpassa planen och kommunicerar med andra inblandade parter för att upprätthålla planens målsättningar.

Case managerns roll

Case managern har både en roll i att direkt ge service och

stöd till klienten och en roll i att administrera och samordna olika insatser från andra.

Direkt service

* Bedömning av klienten ses som det grundläggande första steget. Kontinuerlig bedömning inkluderar följande:

- att faställa brister och behov
- att prioritera mellan behov
- att avgöra behovet av olika typer av service
- att bedöma vilken roll familjen och andra reguljära serviceorgan kan och bör ha samt att beskriva klientens egna personliga resurser och hans starka områden.

* Klientens egen medverkan i upprättandet av en rehabiliteringsplan för att stödja klientens vilja att förverkliga planen.

* Genom att etablera en varm och stödjande relation med klienten hjälper han klienten att förverkliga planen och stärker hans möjligheter att hantera sitt handikapp samt stärker hans självrespekt och egenvärde. Case managern informerar också klienten om hans rättigheter.

Administrativ indirekt service

* Case managern är ansvarig för att samordna de olika organ som ger service, stöd och vård till klienten, att vara talesman för och utverka service och rättigheter för klienten, och att engagera sig i utformningen av service, stöd och vård samt i förhandlingar med service- och vårdgivare. Han eller hon är en garanti för kontinuitet och en fortgående anpassning av service- och rehabiliteringsplan genom att en fungerande kontakt etableras med personalen inom de organisationer som svarar för att ge klienten service. Om man finner att delar av den service och vård som ges inte motsvarar klientens behov är case managern ansvarig för att finna och se till att andra alternativ sätts in.

* Case managern följer klienten och har i uppgift att känna till vilken service, stöd och vård varje organ åtagit sig att ge, bestämma sättet för förflyttningar och garantera att klienten verkligen får service. Överenskommelser och sam-

ordning mellan inblandade organisationer gör det möjligt för case managern att gå över organisationsgränser, delta i mellan olika organ gemensam planering och överenskommelser, och påvisa brister i servicesystemet. God kunskap om servicesystemet gör det möjligt för case managern att använda systemet på ett kreativt sätt och att hjälpa till att skapa nya former av service när detta behövs. Det lokala hälso- och sjukvårdsorganet utifrån vilket case managerna arbetar bidrar vid två kliniker med tider för medicinering till de klienter som inte har några andra möjligheter att få adekvat medicinering. Klinikerna är öppna en dag i veckan under två till tre timmar för dessa patienter. Konsluterande psykiater arbetar i nära kontakt med case managerna, gör dem uppmärksamma på om klienten uteblir från en konsultation eller om medicineringen förändras.

Organisation av case manager-systemet

Chefen för case manager-programmet är underställd ledningen för den lokala hälso- och sjukvårdsorganisationen för psykiatrisk vård. Denna organisation utövar ledningsansvaret, har möten, bygger upp och upprätthåller samarbetet med samhällsorganisationerna, svarar för samordning mellan sjukhusen och samhället, lägger upp policyn och rutiner relaterade till case managern, svarar för kontakterna med olika verksamheter och medborgar/konsumentorganisationer och är ansvarig för personalens insatser och för utvärdering av programmet som helhet. Case managerna själva kontrollerar de medhjälpare som är involverade och studerande/läkarkandidater ger den direkta och indirekta servicen som angivits ovan.

Målgrupp

Alla svårt psykiskt störda i upptagningsområdet har rätt att få hjälp från case management-programmet. Remisser kommer från det lokala statliga sjukhuset, öppenvårdsmottagningar, akutmottagningsfunktionerna, härbärgen, domstolar, skolor och andra människovårdande organisationer. Praktiskt taget alla diagonsgupper är representerade, inkluderande alkoholism, annat missbruk, affektiva sjukdomar, schizo-

freni, organiska hjärnskador och neurologiska sjukdomar med psykiatrisk problematik. De flesta patienterna har en lång slutenvårdshistoria och praktiskt taget alla har en pågående psykofarmaka medicinering.

Åldersfördelning

Under 18	13 %
18-35	39 %
36-60	35 %
över 60	13 %

Klient profil

Eget boende: Svårt handikappade
Socialanpassning: Svårt handikappade
Yrkesmässigt: Svårt handikappade

Personal

Chefen för case management-servicen är sjuksköterska. De åtta case managerna har en utbildningsbakgrund som sjuksköterskor, psykologer, socialarbetare samt rehabilitering och rådgivning. En administrativ personal ger sekretariats- och receptionsservice. En deltids psykiater ger konsultationer två timmar i veckan. Internutbildning och handledning ges också som kontinuerligt stöd till case managerna.

Budget: Programmet finansieras som helhet från "the State Department of Mental Health" och administreras från det lokala kontoret. Den totala budgeten uppgick år 1988 till 365 000 dollar (ca 2 200 000 kr. dvs. ca 8 500 kr. per aktiv klient).

Utvärdering: Case management-programmet har resulterat i en dramatisk reduction av återinläggningarna bland de klienter som ingår i programmet. De följande statistiska uppgifterna härrör från 251 klienter var av 208 är i vuxen ålder och 43 ungdomar i åldern under 22 år.

	Totalt antal klienter		Vuxna		Ungdomar	
	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter
Genomsnitt antal inlägg per klient	4,84	3,06	4,64	2,87	1,2	1,1
Sjukhus dagar/klient	679	122	672	113	7	9

Andra utvärderingar som visat på positiva resultat har kommit från samhällsorganisationer, familjer, klienter och statliga sjukhus. Allt fler remisser har lämnats allt eftersom systemet har utvecklats, vilket visar på en ökande tilltro till systemet från de remitterande organen.

Från en aktuell klientstock på 282 vuxna år 1983 var 142 fortfarande aktiva år 1987, 23 hade gått vidare till eget boende och 43 hade fått någon form av anställning.

Karakteristika för upptagningsområdet

Ett urbant landsbygdsområde inkluderande nio mindre städer. Total befolkning om 103 500 invånare (dvs. 2 promille av befolkningen omfattas av programmet). I första hand medelklass, fattigdommen koncentrerad framför allt till tre områden. Liten andel minoriteter.

Speciella faktorer som påverkar servicen

- * Samhället har generellt accepterat psykiskt störda.
- * Begränsade allmänna kommunikationer och stora avstånd mellan case managern och klienter.
- * Hyreskostnaderna höga och liten tillgång till hyresrum.

Bilaga 2

Exempel på case management-liknande verksamheter för psykiskt störda i Sverige

* RÖRLIGA VÅRDTEAMET (RVT) I UMEÅ

Rörliga vårdteamet i Umeå är en psykiatrisk verksamhet som på olika sätt arbetar med psykiskt störda som bor i kommunen och även stödjer andra huvudmäns personal som arbetar med psykiskt störda.

De sex personer som kallar sig "Rörliga vårdteamet" – RVT – ser sig själva som en psykiatrisk resurs *ute* i samhället. De sitter sällan på sina tjänsterum. En timme om dagen kan man nå dem per telefon på en fast plats. Resten av tiden far de omkring i bil till de ställen där behoven finns.

De fyra mentalskötarna, arbetsterapeuten och sjuksköterskan i teamet har över tio års erfarenhet av att tänka i nya banor när det gäller människor som lämnar de psykiatriska slutna institutionerna, vilket för RVT i praktiken innebär Umedalens sjukhus. Teamet upptäckte att utbudet på aktiviteter och inriktningen av arbetet på servicehus och andra boendeformer i samhället inte motsvarade behoven hos människor som lämnade mentalsjukhusen. Gruppen handledde vårdbiträden som arbetade i kollektivlägenheter för f.d. mentalpatienter och tog initiativ till nya aktiviteter på servicehusen. Det den hade för ögonen var de utflyttades behov, intressen och resurser.

Sedan kommunen övertagit det ekonomiska ansvaret för kollektivlägenheterna samtidigt som den svarar för ett bred-

dat utbud av aktiviteter för *alla* pensionärer, kan RVT i dag arbeta som psyk konsulter samtidigt som teamet handleder olika personalkategorier inom social- och hemtjänst.

Grundstommen i arbetet består i att målsättning och all planering för patienten sker i samarbete med honom. Det arbete som görs planeras av både patient och personal från RVT.

Nu satsar RVT sina resurser på

- den grupp handikappade i samhället som behöver långvariga och samlade insatser från distriktsvård, kommun och psykiatri,
- att delta i de samlade insatser som behövs när det gäller boende, socialt nätverk och sysselsättning/arbete i form av tidsbegränsade och målinriktade projekt.

Detta riktar man alltså in sin energi mot. För att inte arbeta blint har RVT själv skapat ett verktyg i form av en gemensam referensram eller – om man så vill – en vårdideologi att utgå från. Den kan sammanfattas i begreppet *helhetssyn* som i RVTs tappning kan delas upp i tre nivåer som man har för ögonen i arbetet:

1. Intrapsykisk nivå. På denna nivå analyseras såväl patientens resurser som hans problem.
2. Interpersonell nivå. På denna nivå analyseras patientens sociala nätverk.
3. Strukturell nivå. På denna nivå analyseras patientens förhållande till samhällets institutioner.

Vårdteamet låser sig inte fast på en nivå i taget, utan analyserar i sitt arbete förhållandet och samspelet *mellan* de tre teoretiska nivåerna. Teamet kan t.ex. samtidigt begrunda om en patients tilltagande symtom beror på isolering och/eller om isoleringen delvis orsakas av dålig ekonomi.

En helhetssyn i denna tappning är alltså utgångspunkten för RVTs arbete. Utifrån denna urskiljer gruppen fyra hörnspelare av verksamt innehåll, som bär upp hela arbetet. De fyra hörnspelarna är: *kontinuitet, flexibilitet, besök hos patienten* och *samarbete*. Bakom honnörsorden finns ett medvetet arbete för att omsätta dem i praktiken. Den arbets-

mässiga innebörden i orden presenteras senare. Först en genomgång av de praktiska förutsättningarna.

Kontinuitet

RVT är en gemensam resurs som tre olika psykiatriska sektorer delar på. Teamet behöver alltså inte avbryta kontakten med en patient som flyttar från en sektor till en annan, utan kan arbeta med patienten under flera år. Över huvud taget är RVT inte bundet av olika upptagningsområdets geografiska gränser. Också av denna anledning kan man med fog tala om kontinuitet i arbetet.

Teamet lägger mycket stor vikt vid kontinuiteten, inte minst därför att det kan ta lång tid för en psykiskt långtids-sjuk att upprätta en trygg kontakt. Personerna i denna kontakt är inte utbytbara. Den trygghet som kan uppnås i en kontinuerlig kontakt är en förutsättning för att patienten skall våga satsa på en förändring av sitt liv. Utan kontinuitet blir det också svårt för teamet att följa upp den planering som gjorts tillsammans med patienten, t.ex. att ta reda på hur ofta patienten deltar i kursen man planerade han skulle gå i, hur ofta han går till sitt arbete och hur han trivs och fungerar där.

Den andra hörpelaren i verksamheten – flexibiliteten – innebär i det arbetet att man lever upp till sitt namn, dvs. att man är rörlig. Som nämnts inledningsvis sitter de som arbetar i teamet inte bakom ett skrivbord och tar emot, utan färdas runt i klinikens samtliga tre sektorer för att arbeta där behoven finns, i patientens egen miljö, dvs. utanför den kliniska sjukhusmiljön. Med gruppens egna ord: "Där problemen är, dit går vi."

Gruppen lägger in följande i begreppet flexibilitet:

- Man skall vara flexibel i tid, dvs. patienten skall få besök av teamet, inte med ett bestämt tidsintervall, utan så ofta som det finns behov av besök. Man skall också vara flexibel i rum, dvs. man skall träffa patienten i den miljö där han vistas: i hemmet, på skolan, på jobbet etc.

Bil i tjänsten är en självklarhet eftersom man under större delen av arbetstiden jobbar ute på fältet. Inne på sjukhus-

området vistas man på morgonen för att passa telefonen kl. 8.00–9.30. Vidare har man varje vecka en rondtid tillsammans med läkare som förutsätter närvaro på expeditionen inne på sjukhusområdet i Umeå.

Besök hos patienten

Den tredje pelaren som bär upp RVTs arbete är en vidareutveckling av flexibiliteten och innebär för RVTs del följande: När man arbetar utanför vårdens olika skyddande lokaler kan man, utan administrativa eller andra svårigheter, direkt på plats kombinera samtalsterapi med praktisk träning. Man kan lika väl träffa en patient på bussen eller på jobbet som i en terapilokal.

På fiket eller i hemmet – för RVT är det en poäng att inte träffas i vårdlokaler.

När man träffar patienten i dessa realistiska situationer blir det också lättare att göra bedömningar av de resurser och svårigheter som patienten har. Mötet i vardagliga miljöer underlättar också för personalen att avgöra i vilken utsträckning resultaten av behandlingen överensstämmer med målsättningarna.

En annan mycket viktig poäng med att träffa patienten utanför psykiatriska vårdmiljöer är att terapin eller träningen sker på patientens villkor. I den formella vårdmiljön är det svårt att hamna rätt när det gäller bedömning och planering. Det är lättare att säga nej i sitt eget hem. Det är svårt att tvinga patienten till något. Allt arbete måste ske i samförstånd. Därmed finns också några av de nödvändiga förutsättningarna för det fortsatta samarbetet.

För att kunna knyta ihop trådarna i patientens kontaktnät och för att se honom i ett helhetsperspektiv är det viktigt att etablera ett samarbete utanför psykiatrin. Det är den fjärde hörnspelaren i teamets arbete. RVT fäster stor vikt vid denna fjärde hörnspelare i arbetet med att förverkliga helhetssynen.

Naturligtvis kontaktas *hemtjänsten* om patienten behöver stöd och hjälp för att klara sig i hemmet. Patientens kontaktperson inom RVT träffar då vårdbiträde och hemtjänstassistent för att göra upp en serviceplan för patienten. Självklart är patienten själv med på dessa träffar. Serviceplanen skall innehålla uppgifter om vad patienten behöver hjälp med. Det

skall också framgå vilken nivå hjälpen skall ha. Kan till exempel vårdbiträdet och patienten gemensamt utföra sysslorna? Serviceplanen skall också ta upp de kvantitativa aspekterna av hjälpen; hur ofta, hur länge?

När serviceplanen sätts i verket är kontaktpersonen på RVT till en början med i hemmet när vårdbiträdet är där. Det ger en successiv övergång för patienten samtidigt som kontaktpersonen kan fungera som en modell för vårdbiträdet när det gäller förhållningssättet till patienten. Efter denna övergångsperiod fortsätter RVT att ha kontakt med vårdbiträdet för att fungera som handledare och för att följa upp serviceplanen.

Om patienten varken med vårdbitrådets eller kontaktpersonens hjälp klarar av att sköta sin ekonomi, tar man kontakt med en *socialsekreterare*. Kanske är patienten berättigad till socialbidrag, kanske kan han få hjälp med att sanera sina skulder. Socialtjänsten kan också hjälpa till med att planera patientens ekonomi.

Svårigheten att hitta meningsfulla fritidsaktiviteter är ett välbekant problem inom psykiatrin. Inom RVT upptäcker man exempelvis ofta att det inte finns studiemöjligheter som passar en psykiskt handikappad person. Då tar man kontakt med *studieförbund*, *Komvux*, *universitet* eller vilken nivå det kan gälla för den aktuella patienten. I samarbete med studieförbund har RVT fått i gång cirklar i t.ex. samhällsorientering, anpassade för att öka kunskapen om försäkringskassa, länsstyrelse, handikapporganisationer och annat som patienten kan ha nytta av i sitt liv utanför institutionen.

En del patienter kan utnyttja ordinarie utbildningar. Teamet försöker stärka deras studiemotivation och studierna planeras i samverkan med lärare och rektorer. Om det uppstår problem under studietiden, följs de upp av RVT.

Ett självklart mål för alla som jobbar med rehabilitering är att "få ut" patienten i någon form av arbete. Inom RVT tar man kontakt med ett brett spektrum av arbetsrehabiliterande instanser, som *försäkringskassan*, *arbetsförmedlingen*, *AMI* och *LO-projektet* (i vilket psykiatrin och facket tillsammans arbetar för att underlätta för psykiskt handikappade att komma in på arbetsmarknaden).

Patienten, kontaktpersonen och representanter för arbetsförmedlingen och försäkringskassan planerar tillsammans

patientens arbetsrehabilitering. Patientens egna önskemål om typ av arbete, arbetstider osv. bedöms i relation till hans resurser och svårigheter. Målet är naturligtvis att hitta ett arbete som passar patienten så bra som möjligt. De uppföljande samarbetsformerna varierar efter situationen, men kan se ut som följer.

I början av en arbetsträningsperiod är kontaktmannen tillsammans med patienten hela arbetsdagen, för att successivt minska sin närvaro – kanske till en dag per vecka. Ibland kanske man behöver följa patienten till jobbet bara på måndagar för att underlätta för honom att "komma igång". Efter ett tag brukar det räcka med att RVTs kontaktsman träffar patienten och arbetsledaren en gång i månaden för uppföljning och fortsatt planering. Sådana träffar genomför man för samtliga patienter. Målet för arbetsträningen är att den skall leda till ett fast arbete.

Kyrkan är en organisation som kanske alltför ofta förbises. Här finns, enligt RVT, ett kunnande och ett engagemang som man kan ha nytta av i arbetet. Samarbetet med kyrkan har blivit allt livligare under senare år. Det kan gälla allt från vanlig mänsklig gemenskap, över fritidsaktiviteter till arbetsträningsplatser. RVT har varit med om att starta en verksamhet för människor som är lediga på dagarna. Temat är "gemenskap" och gruppens verksamhet planeras utifrån deltagarnas önskemål. Kyrkan driver verksamheten och målet för RVT – här som i andra sammanhang där man fungerar som en igångsättare – är att dra sig ur verksamheten när den kan fortsätta i någon annans regi.

I arbetet med att vidga och stärka patienternas sociala kontaktnät talar RVT med *anhöriga, vänner, grannar, arbetskamrater* och andra som träffar patienten. Särskilt viktigt är det enligt RVT att patientens anhöriga är informerade om och inbegripna i rehabiliteringen av patienten.

Om patienten helt saknar vänner och bekanta agerar RVT för att hjälpa till att upprätta relationer. Man kan t.ex. göra besök på "Klubben Klubben" – en klubb där folk träffas i otvungna former. Man kan också hjälpa patienten att bjuda in grannarna på kaffe. Att vara observant på signaler i patientens omgivning anses också viktigt. En sådan uppmärksamhet kan ge tillfälle till att diskutera orsaken till att en granne känner sig störd av patienten.

De flesta patienter inom RVT som står på psykofarmaka får sin medicin genom besök på *vårdcentralen*. Eftersom psykiatrin är ansvarig för behandling och uppföljning gör RVT besök på *vårdcentralen* för att träffa de distriktssköterskor som lämnar ut medicinen till patienterna. Många patienter upplever det som en framgång att gå till en vanlig *vårdcentral* för att hämta sin medicin i stället för att behöva gå till "psyket". En etablerad kontakt med *vårdcentralen* kan också vara bra inför eventuellt kommande somatiska besvär.

En viktig erfarenhet, som tio års arbete givit RVT, är att utslussningen från institution inte kan ske tvärt. Ett absolut krav är att den skall ske stegvis, parallellt med inslussning i samhället. Arbetet med psykiskt långtidssjuka får inte sluta med att patienten får en lägenhet och vårdbiträdeshjälp två timmar i veckan. Innan den psykiatriska vården kan lämna patienten ur sikte måste han vänja sig vid att bo i en lägenhet för att senare vidga sitt perspektiv till närmiljön. Ett sista steg i rehabiliteringen är ett arbete för dem som så önskar. Eller med RVTs egna ord: "Först när patienten har uppnått den livskvalité som han själv önskar, är inslussningen i samhället klar".

I detta perspektiv blir RVTs övergripande målsättning dubbel: Dels gäller det att hjälpa patienten att komma in i och utnyttja det tillgängliga utbudet av service och sysselsättning, dels gäller det att se till att samhället utvecklar sina verksamheter på ett sätt som bättre svarar mot psykiskt handikappades behov.

kontaktperson:	Thori Larsson, Margareta Lundell
adressuppgift:	Rörliga vårdteamet, Psykiatriska kliniken, Regionsjukhuset, 901 85 UMEÅ
telefon:	090-10 26 71

*** FÖRSÖKSVERKSAMHET MED CASE-MANAGEMENT INOM KUNGSHOLMENS PSYKIATRISKA SEKTOR I SAMARBETE MED SOCIALTJÄNSTEN I STOCKHOLM**

Kungsholmens psykiatriska patienter som behöver sjukhusvård på grund av en långvarig psykos läggs in på avd. 62 på S:t Görans sjukhus. För att få till stånd effektivare rehabilitering har avd. 62 omorganiserats samtidigt som en psykos-enhet har etablerats inom sektorn där både öppen- och slutenvården ingår. Kontinuiteten stärks både genom utökat kontaktmannaskap, där kontaktmännen från slutenvården "slussar ut" patienterna till öppenvården, och genom integrationen av öppen- och slutenvården i planeringshänseende.

Amerikanska erfarenheter har visat att kontinuitet behövs även utanför psykiatrin vid rehabilitering av långvarigt psykiskt sjuka. Case-management, som har växt fram som en lösning för detta, kan beskrivas som ett professionellt nätverk kring patienten, i samarbete med familjen, för att hjälpa patienten att hitta rätt i det komplicerade samhället. Kungsholmssektorns case management-projekt har som övergripande syfte att genom kunskap om patientens förutsättningar och samhällets medel (socialtjänst, arbetsvård, försäkringskassa m.m.) stödja, utveckla och rehabilitera patienten till bättre livskvalitet. Under en treårsperiod med start 1990-09-01 skall projektet utveckla och utvärdera en svensk case management-funktion som fungerar över gränserna mellan socialtjänsten och psykiatrin. Genomförandet sker i form av ett samarbete mellan socialtjänstens distrikt 3 i Stockholm och psykosenheten inom kungsholmssektorn. Projektet, som har planerats i samråd med psykiatriutredningen, består av tre faser.

I en utvecklingsfas har två case management-team (stödteam) etablerats. Ett stödteam består av fyra personer – socialsekreterare (20 tim/vecka), kurator (10 tim/vecka), kontaktperson (sjuksköterska eller skötare) (40 tim/vecka) och läkare eller psykolog (10 tim/vecka). Riktlinjer för deras arbete har utformats och stödteamen har under sex månader utvecklat ett fungerande arbetssätt. Patienternas situation samt stödteamens förväntningar har mätts. Teammedlemmarna ges obligatorisk utbildning i bl.a. case management i Sverige, syn på schizofreni, rehabiliteringsprogram, tidiga

varningstecken, social färdighetsträning, psykiatri alt. socialtjänst m.m.

I en genomförande fas (fr.o.m. 01.03.91.) får varje stödteam arbeta med tio patienter under två års tid. Projektets målgrupp är de patienter som nu riskerar att få långa vårdtider med hospitaliseringsskador som följd genom att de inte klarar sig i öppen vård utan extra stödresurser. De skall ha diagnosticerats som långvarigt (mer än 6 månader) psykotiska. Urvalet av patienter mellan försöksgrupperna (de två teamens s:a 20 patienter) och en kontrollgrupp skedde slumpmässigt (varannan) utifrån de patienter som skrevs in på avd. 62. Kontrollgruppen utan stödteam har tillgång till exakt samma behandlingsutbud som stödteamens patienter. Stödteamets uppgift är att planera de åtgärder som behövs för att patienterna skall få bästa möjliga service och vård som de aktuella resurserna i samhället kan erbjuda. Vidare skall stödteamet ta ansvar för att åtgärderna genomförs. Stödteamet träffas rutinmässigt en gång i månaden, men kan vid behov ha tätare möten. Mötena utgår från psykiatrins individuella vårdplaner som byggs ut efter behov. Patienten inbjuds till alla möten som har med honom/henne att göra. I genomsnitt får varje teampatient totalt 6,5 timmar i veckan av teamets tid, varav cirka 0,5 timmar används för case management möten. Ansvaret för stödteamet vilar på socialtjänsten och socialsekreteraren blir sammankallande.

I en utvärderingsfas skall utfallet prövas genom mätning av: individuell inläggningstid, LSPV intagningar, symtomnivå, medicinkonsumtion, jagstyrka, livskvalitet, sociala nätverk, social funktionsnivå och de anhörigas börda samt stödteamens erfarenheter. Projektets huvudhypotes är att case management genom att effektivisera rehabiliteringsprocessen bidrar till en positiv utveckling för schizofrena patienter jämfört med utvecklingen för samma patientkategori utan case management. En sekundär hypotes är att, om en positivare utveckling för patienterna kan skönjas, så kommer den personal som ingår i stödteamen att uppleva arbetet som stimulerande och tillfredställande, vilket i sin tur bidrar till minskad personalomsättning och sjukfrånvaro. Sammanlagt beräknas projektet kosta runt 2,3 milj.kr. för 3 år, exkl. lokalkostnader samt personalkostnader under genomföran

defasen. Projektet har beviljats medel för första året från arbetslivsfonden.

kontaktperson: Anna Åberg Wistedt, projektledare,
Tim Cressel, utvärderare
adressuppgift: Kungsholmens psykiatriska sektor,
Serafens sjukhem,
Bolinders plan 1, 112 24 STOCKHOLM
telefon: vx 08-654 06 00

*** SAMS-VERKSAMHETEN INOM KLINIK 1 I LJUNGBY** – en samverkansgrupp för länssjukvårdspsykiatin och socialtjänsten som tillkommit genom samarbetsavtal mellan landstinget och Markaryds kommun. (I dag finns motsvarande SAMS-verksamheter för samtliga kommuner i Kronobergs län.)

För att leva upp till den öppna psykiatrins intentioner där fler människor med psykisk sjukdom skall vårdas hemma behövs psykiatriutbildad personal ute på fältet tillsammans med primärvård och socialtjänst. Inom Markaryds kommun skall SAMS-gruppen fylla den funktionen. Verksamheten påbörjades i oktober 1988 och omfattade då två sjuksköterskor. Fullt utvecklat skall SAMS-gruppen bestå av en avdelningsföreståndare, tre sjuksköterskor samt sex skötare fördelade på de tre kommunerna Ljungby, Markaryd och Älmhult. Personalen är anställd av det psykiatriska sjukvårdsdistriktet och tillhör psykiatriska kliniken 1 i Ljungby.

När arbetet startade gick SAMS-personalen ut och intervjuade sina blivande samarbetspartners för att skaffa personkännedom och insikt i deras arbetsfält. Samtidigt började man även arbeta aktivt på fältet med gemensamma hembesök. Man gjorde även en inventering av depotpatienter och en nätverkssammanställning av dessas kontakter med vårdgivare och statliga instanser. Detta projekt följs upp varje år då samtliga depotpatienter kallas för bedömning och provtagnings.

SAMS-gruppens huvudarbetsuppgifter i dag är preventivt psykiatriskt omvårdnadsarbete i form av

- utbildningsinsatser till socialtjänsten och primärvården,
- handledning och konsultationsinsatser,

- klarlägga psykiatriska omvårdnadsbehov,
- utveckla samarbetsformer för psykiatri, primärvård och socialtjänst.

SAMS-personalen förlägger också en del av sitt arbete till kommunernas gruppboende för psykiskt handikappade och tillhörande aktivitetscentraler. Dessutom ansvarar man för att de patienter som lider av långvariga psykoser har en kontaktman bland skötarna inom SAMS-gruppen. Den primära kontaktmannen ombesörjer att patienten har en individuell omvårdnadsplanering och att denna hålls aktuell. Kontaktmannen bör också arbeta för att förebygga återinsjuknande och handla snabbt om patienten mår dåligt genom att vara lyhörd för signaler från patienten själv eller dennes omgivning. Syftet är att höja omvårdnadskvaliteten för dessa människor.

I enlighet med SAMS-avtalet planerar och genomför SAMS-gruppen även utbildningsdagar för socialtjänstens och primärvårdens personal. På SAMS-gruppens ansvar ligger bl.a. att hålla i de s.k. dag 2- och dag 3- utbildningarna, där dag 2 riktar sig till såväl hemtjänst- som primärvårdspersonal medan dag 3 riktar sig endast till hemtjänsten. Dag 2 är utformad så att varje enhet inom klinik 1 kortfattat presenterar sin verksamhet. Dag 3 bygger på att hemtjänstpersonalen får arbeta med autentiska patientfall utvalda av SAMS-gruppen. Under dag 3 arbetar man i mindre grupper där lösningar kring varje enskilt fall diskuteras. Även för primärvårdspersonalens del finns en dag 3 planerad som skall behandla psykofarmakas verkningar och biverkningar i enlighet med primärvårdspersonalens egna önskemål.

Förutom dag 2- och dag 3-utbildning ägnar SAMS-gruppen en hel del tid åt att ge utbildning och handledning på fältet och arbetar då i huvudsak enligt den s.k. metaplanmodellen. Oftast handlar det om att ge handledning kring problem som uppstått i relationen mellan patient och vårdgivare, främst då med primärvård eller hemtjänst, men handledning ges även till servicehus, vårdhem och dagcentraler etc. Från SAMS-gruppen jobbar man då oftast med patientbemötande och patientförståelse. Man kan t.ex. informera om patientens sjukdom. De flest av dessa ärenden är icke psykiatripatienter och det handlar då om förebyggande

psykiatriskt arbete.

Slutligen bedriver SAMS-gruppen en hel del utåtriktad verksamhet. Bl.a. har man presenterat SAMS-verksamheten vårdhögskolor. Man arbetar även med dokumentation av såväl SAMS-verksamheten som av övriga klinikens arbete med hjälp av videofilmatisering, diaspel och skriftlig information.

kontaktperson: Pia Svensson, samordn. SAMS i Ljungby
adressuppgift: SAMS-verksamheten, Psykiatriska klinik 1,
Lasarettet, 341 82 LJUNGBY
telefon: 0372-876 27

*** SAMVERKANSPROJEKT FÖR PSYKISKT HANDIKAPPADE I LUND** – ett s.k. LOSA-projekt som socialförvaltningen driver tillsammans med Landstinget sedan 1986.

Två socialsekreterare är knutna till projektet. De arbetar med samverkansfrågor mellan psykiatri, primärvård och socialtjänst. I deras tjänster ingår att utreda behoven av särskilda resurser för psykiskt handikappade samt för de missbrukare som har en psykiatrisk problematik. I tjänsterna ingår dessutom att genom uppsökande verksamhet och individuella kontakter med psykiskt handikappade erbjuda den enskilde adekvat vård och stöd samt följa upp att erbjudna insatser genomförs.

kontaktperson: Lena Adolfsson, Gunilla Nilsson, socialsekreterare
adressuppgift: Socialförvaltningen, Box 5, 221 00 LUND
telefon: 046-35 55 14

Bilaga 3

Beskrivning av case management-liknande funktioner i Sverige för olika målgrupper

1 Inom rättsväsendet

1.1 Övervakare

Inom kriminalvårdens frivård utses övervakare för personer som enligt gällande rätt antingen dömts till skyddstillsyn som straffpåföljd eller som blivit villkorligt frigivna. Så som frivårdens övervakningsinstitut utvecklats under senare år finns vissa likheter med case management-funktionen.

Frivårdens övervakningsinstitut har av tradition haft ett starkt inslag av frivilliga insatser, s.k. lekmanövervakare (ersättningen är för närvarande 200 kr. per klient och månad). Lekmanövervakaren kan antingen vara en närstående, som då är övervakare för sin anförvant, eller en person som genom sin yrkesutövning kommer i kontakt med klienter och låter sig förordnas som övervakare, t.ex. socialsekreterare, poliser m.fl. En tendens under senare år är dock att andelen lekmanövervakare minskat medan andelen övervakare med anställning inom frivården ökat.

Antal klienter som en tjänstemannaövervakare skall ha, eller den s.k. ärendenormen, är för närvarande 30 klienter per handläggare. En möjlighet för handläggaren kan dock vara att anlita lekmän som övervakare för en del av sina 30 klienter, men i gengäld ge lekmännen handledning. Som tjänsteman inom frivården har man dessutom en rad uppgifter som inte direkt har med själva övervakningen att göra.

Enligt gällande föreskrifter åläggs handläggande tjänste-

man att minst en gång var fjortonde dag ha någon form av kontakt med klienten i ett övervakningsärende. Enligt frivårdsförfordningen skall den dömda och övervakaren så snart som möjligt efter domen sammanträffa med skyddskonsulenten. Därtill är övervakaren skyldig att göra minst ett hembesök hos klienten. I övrigt är formen för kontakt mellan övervakare-klient inte reglerad. Kontaktfrekvensen i ett övervakningsärende kan dock fastställas antingen i det förslag till behandlingsplan som föreläggs domstolen inför dom eller av verkställighetsmyndigheten.

En arbetsgrupp inom regeringskansliet har i samarbete med kriminalvårdsstyrelsen arbetat med en översyn av kriminalvårdens innehåll och verksamhetsformer, inkl. frivården. I en nyligen publicerad rapport, Frivårdens arbetsformer och resurser (Ds 1991:10), beskrivs frivårdens framväxt och nuläge samt arbetsgruppens förslag till förändringar.

Frivårdens funktion i dagsläget beskrivs i arbetsgruppens rapport enligt följande:

"Frivårdsmyndigheten har enligt frivårdsförfordningen ansvar för att utreda i vilken utsträckning klienten behöver frivårdens medverkan för förmedling av stöd och hjälp. I fråga om hjälpfunktionen understryks i förarbetena till 1983 års lagändringar (prop. 1982/83:85 s. 56) att kriminalvårdens klienter i enlighet med normaliseringsprincipen har samma rätt till samhällets stödåtgärder och vårdinsatser som andra medborgare. Frivårdens roll inskränker sig till att förmedla hjälpen och att svara för vissa kompletterande uppgifter.

Frivården förutsätts emellertid också själv tillhandahålla en kompletterande service genom att gå in med egna hjälpresurser när de reguljära samhällsorganen sviktar. Detta motiveras med att frivårdsklienterna i stor utsträckning tillhör de sämst lottade i samhället och därmed också de mest hjälpbehövande. Frivården skall med andra ord genom egna hjälpresurser kunna erbjuda en positiv särbehandling.

Att frivården över huvud taget har en hjälpende uppgift fick enligt föredragande statsrådet ses som en kompromiss mellan normaliseringsprincipen och de faktiska förhållanden som gör särskilda hjälpåtgärder ofrånkomliga för kriminalvårdens klienter. Han betonade vidare att den främsta anledningen till denna särbehandling är att man befärar att frivårdsklientelet utan den skulle löpa stor risk att hamna "sist i kön" hos de allmänna

serviceorganen och i praktiken bli utan hjälp (prop. 1982/83:85 s. 56–57)" (s. 14–15).

Case management-funktionen för psykiskt störda brukar också bl.a. motiveras med att de "utan den skulle löpa stor risk att bli utan hjälp" därför att de "i stor utsträckning tillhör de sämst lottade i samhället" som inte själva kan bevaka sina intressen. Ytterligare en aspekt är att de ofta är aktuella hos flera myndigheter samtidigt. Att detta även gäller för frivårdens klientel konstateras också i arbetsgruppens rapport. "Strävan måste därför vara att utveckla samverkansformer som förhindrar rundgång för klienterna och som kan göra samarbetet mer effektivt" (s. 61)

En av de samverkansparter som bedömts vara mest svår-tillgänglig för frivårdens klienter har varit den öppna psykiatri. I syfte att utveckla frivårdens förmedlande funktion och därmed uppnå förbättrad tillgång till samhällets reguljära vårdresurser för kriminalvårdens klienter tillfördes frivården medel för socialmedicinsk och psykiatrisk expertis. Dessa medel har bl.a. kommit att användas för arvoden till läkare på konsultbasis och för frivårdspsykologer, men i stället för att utgöra den förmedlande länk till den allmänna hälso- och sjukvården som medlen var avsatta för har det snarare varit praxis att dessa läkare och psykologer i frivården utfört behandlande insatser.

Likaså har det i frivårdens regi byggts upp s.k. frivårdshotell, inackorderingshem o.d. Anledningen till detta är att kriminalvårdsberedningen, som var verksam i början på 1970-talet, bl.a. ansåg att det var en central uppgift för frivården att lösa klienternas bostadsproblem och därför förordade en utbyggnad av särskilt boende inom kriminalvården. Flertalet av dessa särskilda boendeformer har dock avvecklats successivt med hänvisning till att bostadsförsörjningen är ett kommunalt ansvar. Nämnda arbetsgrupp inom regeringskansliet menar dock att även de som återstår bör avvecklas.

Så som frivårdens övervakningsinstitut i realiteten utvecklats i Sverige skulle det i vissa avseenden kunna liknas vid en case management-funktion. I förarbetena (prop. 1982/83:85) avsågs frivården främst fungera som förmedlande länk till andra myndigheter. Av dessa framgår dock också att frivården förutsätts själv tillhandahålla komplette-

rande hjälpresurser när de reguljära samhällsorganen sviktar.

Nämnda arbetsgrupp poängterar dock att det inte är "rimligt från principiella utgångspunkter att kriminalvården utför arbetsuppgifter som sjukvårdshuvudmannen enligt normaliseringsprincipen skall svara för." (Ds 1991:10 s. 60)

Arbetsgruppen framhåller ytterligare ett par principiella ställningstaganden för frivårdens framtida utveckling som har beröringspunkter med en s.k. case management-funktion:

"Enligt vår mening bör rollfördelningen mellan frivården och de samverkande myndigheterna göras tydlig. Det är naturligt att frivården samordnar de deltagande myndigheternas insatser, rekryterar deltagare till programmen, svarar för de pedagogiska momenten samt följer upp och utvärderar. Frivården bör däremot inte svara för behandlingen." (s. 65)

"Kriminalvårdsberedningen framhöll på sin tid bl.a. att det fördras stora insatser för att utreda och påvisa klienternas sociala behov för ansvariga myndigheter och råda och stödja klienterna på det personliga planet (SOU 1974:64). Detta är en utgångspunkt för frivårdsarbetet som alltså har aktualitet." (s. 38).

"Frivården bör också verka för att kommunerna kompletterar sin reguljära service med särskilda program för boende- och arbetsträning och behandling för grupper med särskilda behov." (s. 65)

En grundläggande skillnad i förhållande till case management-funktionen för psykiskt störda är att övervakning i första hand är en straffpåföljd som innefattar en tillsyns- och kontrollfunktion. Övervakning är således inte en frivillig hjälpåtgärd eller något som kan ses som en rättighet för den dömde.

1.2 God man

Det förekommer bland psykiskt störda att man har en god man eller förvaltare utsedd. Vanligen förknippar man dessa förordnade personer med förvaltning av ekonomiska tillgångar. Förordnande av god man eller förvaltare för psykiskt störda har stöd i Föräldrabalken 4 § (god man) och 7 § (förvaltare).

"4 § Om någon på grund av sin sjukdom, hämmad förståndsutveckling, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person, skall rätten, om det behövs, förordna god man för honom eller henne. Förordnande får inte meddelas utan samtycke av den för vilken god man skall utses, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas."

"7 § Om någon beträffande vilken det föreligger en sådan situation som anges i 4 § är ur stånd att vårda sig eller sin egendom, får rätten förordna förvaltare för honom eller henne. Förvaltare får dock inte förordnas, om det är tillräckligt att god man förordnas eller att den enskilde på något annat mindre ingripande sätt får hjälp.

I föräldrabalkens kapitel 13 regleras de allmänna bestämmelserna om god mans och förvaltares förpliktelser.

I övrigt behandlar lagtexten i de kapitel i föräldrabalken som handlar om förmyndarskap m.m. främst detaljer kring egendomsförvaltning och vilka åtgärder som kan bli aktuella om förmyndare, god man eller förvaltare försummar sitt uppdrag. I kapitel 15 som behandlar förmyndares, gode mäns och förvaltares egendomsförvaltning finns det dessutom en paragraf som handlar om förmyndares m.fl. rätt till skäligt arvode.

2 Inom socialtjänsten

2.1 Stödperson och personlig assistans enligt socialtjänstlagen

Innan socialtjänstlagen (SoL) trädde i kraft år 1982 fanns det i den gamla nykterhetsvårdslagen och barnavårdslagen ett övervakningsinstitut, vilket bl.a. inkluderade övervakare, förbindelseman och barnavårdsman. I den nya lagen ersattes dessa övervakningsfunktioner med möjligheten att förordna en kontaktperson, som i den nya lagen gavs en utvidgad funktion.

I förarbetena (prop. 1979/80:1) till SoL konstateras:

"Möjligheten att förordna om kontaktperson är avsedd att kunna utnyttjas i betydligt fler situationer än de som nu föranleder att man utser en övervakare eller förbindelseman. Kontaktperson skall kunna förordnas så snart den enskilde har behov av att få

stöd, råd eller hjälp. Det kan t.ex. vara fråga om att en vårdnadshavare begär hjälp i vårdnaden eller att nämnden med hänsyn till barns förhållanden söker kontakt med föräldrar och erbjuder kontaktperson. Det kan gälla ungdom med tonårsproblem eller missbrukare som behöver personligt stöd.

Kontaktpersonens väsentligaste uppgift skall vara att fungera som ett personligt stöd och hjälpa till på olika sätt. Om den enskilde t.ex. missbrukar alkohol eller narkotika kan kontaktpersonen förmedla läkarbesök, besök på alkohol- eller narkomanvårdsklinik etc. I vissa fall kanske en kontaktperson även kan hjälpa den enskilde att bryta sig loss ur en i sammanhanget olämplig miljö. Kontaktpersonen skall även kunna underlätta för den enskilde att ordna utbildning, att söka arbete och att skaffa bostad. Han skall också söka hjälpa den enskilde till en meningsfylld fritidssysselsättning. Det är samtidigt viktigt att kontaktpersonen inte "tar över" vad den enskilde kan göra själv utan i stället söker aktivera honom." (s. 227-228).

I förarbetena betonas vidare att förordnande av kontaktperson alltid skall vara frivilligt. När det gäller behovsbedömning och rätt till kontaktperson konstateras följande.

"Enligt socialutredningen ankommer det på socialnämnden att pröva om det finns behov av kontaktperson. Någon rätt till kontaktperson motsvarande den rätt till barnavårdsman som nu finns enligt 3 a § BvL kommer det inte att finnas. Liksom socialutredningen anser jag att skillnaden inte blir så stor i praktiken. Den som begär kontaktperson torde också behöva en sådan." (s. 229).

När det gäller frågan om vem som kan bli kontaktperson konstateras följande i propositionen.

"Socialutredningen anser att det inte sällan kan vara att föredra att man anlitat en förtroendevald eller en helt utanför socialtjänsten stående person. Bl.a. har det stor betydelse att den enskilde får en kontaktperson som han känner förtroende för. Kontaktpersonen bör därför kunna utses bland såväl socialtjänstens personal och förtroendevalda som andra personer. Samverkan med olika organisationer bör få betydelse för rekryteringen." (s. 229).

I propositionen betonas vidare att kontaktpersonen inte bör vara skyldig att avge rapporter till socialnämnden med hänvisning till betydelsen av en förtroendefull relation mellan klient och kontaktperson.

I socialtjänstlagen nämns möjligheten att utse kontaktperson endast med ett par rader:

"Nämnden kan utse en särskild person (kontaktperson) eller en familj med uppgift att hjälpa den enskilde och hans närmaste i personliga angelägenheter, om den enskilde begär eller samtycker till det." (10 § tredje stycket).

I de allmänna råd från socialstyrelsen (Rätten till bistånd, 1981:1) som utfärdades i samband med den nya lagen står följande att läsa om kontaktperson:

"Enligt 10 § tredje stycket SoL kan nämnden utse en särskild person eller en familj med uppgift att hjälpa den enskilde och hans närmaste i personliga angelägenheter. I vissa situationer tillgodoses den enskildes behov av bistånd genom att en sådan kontaktperson eller kontaktfamilj utses. Det kan t.ex. vara personer med olika sociala problem som behöver det stöd som en särskild kontakt med en eller flera enskilda personer innebär. Särskilt kan det gälla dem som saknar en tillräckligt stabil personkontakt i sin miljö. Ofta kan en kontaktperson eller kontaktfamilj vara ett lämpligare alternativ än placering i familjehem eller hem för vård eller boende." (s. 79–80).

I vissa situationer kan en kontaktfamilj vara att föredra framför en enskild kontaktperson. I lagstiftningen nämns dessa båda på ett sådant sätt att de kan uppfattas fylla samma funktion. I förarbetena till lagen (prop. 1979/80:1 s. 226) utvecklas vissa tankar kring kontaktfamilj separat.

- Med kontaktfamilj menas att socialvården anlitar familjer som frivilliga medarbetare med uppgift att på olika sätt ha kontakt med och vara ett stöd för personer eller familjer med sociala problem.
- Det är viktigt att i verksamheten tona ner den traditionella vårdare- och klientrollen och bygga upp en medmänsklig kontakt och gemenskap som grundas på ett gemensamt ansvar.
- Liksom inom "hemma-hos-arbete" bör kontaktfamiljerna inte utnyttjas som en utredningsresurs för socialtjänsten. Detta skulle försvåra ett förtroendefullt samarbete med den man söker stödja.

- Det är viktigt att man i samarbetet söker vidga stödmottagarens sociala kontakter. Det kan exempelvis gälla fritidssituationen, arbetsplatsen, bostadsområdet eller skolan.
- Fackliga organisationer, idrottsföreningar m.m. bör kunna hjälpa till med och har också visat intresse för att mobilisera denna typ av resurser. Jag ser det som en naturlig utveckling att sådana insatser i framtiden initieras och förmedlas inom arbetsplatsen, bostadsområdet eller liknande utan att socialtjänsten blir formellt inblandad.

Försöksverksamhet med såväl stöd- eller kontaktfamiljer som med s.k. vuxenkamrat hade förekommit på flera håll i landet redan innan begreppen kontaktperson resp. kontaktfamilj fördes in i den nya lagstiftningen. Vissa erfarenheter från en sådan verksamhet med kontaktfamiljer – Skåneprojektet – redovisas i propositionen (s. 227).

- Kontaktfamiljsverksamheten kan bli en positiv resurs endast om man visar stor respekt för enskilda människors integritet. Dessutom krävs medvetenhet om risker för uppkomst av bindningar och beroendeförhållanden.
- Socialtjänsten bör vidare ge nödvändigt ekonomiskt stöd och bistånd med kompletterande utbildning och handledning.
- Det förefaller viktigt att undvika att kontaktfamiljer får alltför "tunga" ärenden, åtminstone bör familjens arbete i sådana situationer kombineras med mera yrkesmässigt socialt och psykologiskt stöd.

En sammanfattning av vad kontaktperson enligt SoL kan ha för funktion utgör följande citat, som är hämtat ur en rapport (*En vanlig människa*, socialstyrelsen redovisar 1985:3) som behandlar erfarenheter av kontaktpersonsverksamhet:

"En försiktig slutsats: kontaktpersonen är ett av socialnämndens instrument i arbetet med sociala problem, ett av de mindre och hittills relativt oprövade, som under gynnsamma betingelser kan utvecklas till en tillgång inom socialtjänstens förebyggande arbete." (s. 10)

Personlig assistans

I socialtjänstlagen 6 § slås den enskildes rätt till bistånd fast:

"6 § Den enskilde har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och sin livsföring i övrigt, om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt.

Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans resurser att leva ett självständigt liv."

En form av bistånd kan vara social hemtjänst. Personlig assistans kan sägas vara en form av social hemtjänst som är mer skraddarsydd till den enskildes behov, sociala situation och egna önskemål än vad traditionell hemtjänst oftast klarar av att tillgodose. Personlig assistans berör främst fysiskt och psykiskt handikappade samt äldre. 21 § i SoL behandlar socialnämndens skyldigheter gentemot människor med handikapp.

"21 § Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra.

Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och att han får bo på ett sätt som är anpassat efter hans behov av särskilt stöd.

Kommunen skall inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av sådana svårigheter som avses i första stycket behöver ett sådant boende."

I en genomgång av aktuell rättspraxis vid socialstyrelsen vad gäller personlig assistans konstaterar Bertil Bagger-Sjöbäck (1990) att stödformen personlig assistans kan ha olika inriktning och indelar de tillgängliga rättsfallen i följande kategorier.

- "I:1 Hjälp och stöd i dagliglivsaktiviteter *utan* önskemål om viss person/vissa personer som personlig assistent.
- I:2 Hjälp och stöd i dagliglivsaktivitet *med* önskemål om viss person/vissa personer som personlig assistent.
- II Hjälp och stöd i särskilda situationer och för vissa ändamål såsom
 - :1 utbildning/studier, t.ex. i form av elevassistent
 - :2 förvärvsarbete, ofta benämnt arbetsbiträde

- :3 fritidsverksamhet där gränsen mellan personlig assistens och ledsagarservice ofta är flytande." (s. 1)

Handikapputredningen har i sitt betänkande SOU 1991:46, föreslagit en del förändringar vad gäller möjligheten för enskilda att få personlig assistent:

A. En rättighet till personlig assistans införs i den av utredningen föreslagna nya lagen, Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Den enskilde skall hos kommunen ha rätt att få sådant stöd, antingen i form av personlig assistans anställd av kommunen eller i form av ekonomiskt bistånd för att själv ordna sådan assistans. Rättigheten avser alla som kan anses ha behov av insatsen och som tillhör personkretsen för LSS. Personkretsen är formulerad i LSS 1 §:

"1 § Denna lag innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service åt personer

1. med utvecklingsstörning, autism eller med bestående begåvningshandikapp efter hjärnskada i vuxen ålder eller

2. med andra stora och varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder, som inte beror på normalt åldrande, men som förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande stödbehov."

B. En ny socialförsäkringsförmån – assistansersättning – införs för stödbehov överstigande 20 veckotimmar för dem i LSS personkrets som kan anses ha behov av insatsen och som fyllt 16 år samt bor i eget boende, servicehus eller hos familj/anhörig. För stödbehov som understiger 20 veckotimmar och i övriga situationer är kommunen alltid även finansiellt ansvarig.

2.2 Kontaktman enligt LVM

Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) är en kompletterande lagstiftning till SoL. Till skillnad från SoL innehåller LVM bestämmelser om vård utan den enskildes samtycke. En nyhet efter revideringen av LVM härom året är att det i lagtext slås fast att socialnämnden har en skyldighet att utse en tjänsteman som s.k. kontaktman för den tvångsvårdade redan under utredningstiden.

"8 § När en fråga uppkommit om att bereda en missbrukare tvångsvård skall socialnämnden lämna länsstyrelsen en redogörelse för missbrukarens förhållanden samt för tidigare vidtagna och för planerade åtgärder. Socialnämnden skall också ange i vilket hem intagning kan ske och vilken vård utanför hemmet som planeras, om intagning sker.

9 § Socialnämnden skall i samband med att redogörelsen enligt 8 § upprättas utse en tjänsteman hos nämnden som skall svara för kontakterna med missbrukaren och olika vårdgivare."

I den ursprungliga LVM var det endast fastlagt att en särskild tjänsteman vid nämnden skulle utses att svara för kontakterna med klienten under den tid denne var intagen och att denna person i samråd med den som förestår vården vid LVM-hemmet och den intagne skall förbereda stöd- och hjälpinsatser för tiden efter utskrivning från hemmet.

I förarbetena till den reviderade lagen (prop. 1987/88:147) konstateras:

"Nu gällande lagstiftning (5 och 13–15 §§) förutsätter att en planering av vården sker. Det sägs emellertid inte direkt i lagtexten. Enligt min mening bör socialnämndens ansvar i detta hänseende förtydligas. Vidare bör nämndens skyldighet att utse en tjänsteman som skall svara för kontakterna med missbrukaren och med olika vårdgivare redan under utredningstiden slås fast i lagtexten.

Det bör vara en uppgift för kontaktmannen att upprätta planen. Planen bör innehålla bl.a. en redovisning av det stöd och den behandling som socialtjänsten planerar under vårdtiden. Planen måste grunda sig på en bedömning av vilket behov av stöd och behandling som föreligger." (s. 57)

I de allmänna råd som socialstyrelsen (1982:6) gav ut i anslutning till ursprungliga LVM ges vissa föreskrifter vad gäller kontaktman (s. 35–36).

- Kontaktmannen kan vara antingen en tjänsteman hos nämnden eller en ledamot/suppleant av nämnden.
- Beslut om kontaktman kan enligt LVM fattas oberoende av klientens inställning till åtgärden.
- Givetvis bör man helst utse en kontaktman som klienten föreslår eller accepterar.

- Kontaktmannen bör försöka inleda kontakten med missbrukaren så snart socialnämnden får kännedom om att det kan bli aktuellt med LVM-vård.
- Kontaktmannen bör på eget initiativ hålla kontakt med den intagne och göra regelbundna besök på institutionen.
- Kontaktmannen skall tillsammans med klienten och LVM-institutionen planera och förbereda de insatser som skall följa på utskrivningen, bl.a. utbildning, arbete och bostad och annat som har en avgörande betydelse för en normal tillvaro.
- Klienten skall kunna vända sig till kontaktmannen för råd och stöd om han möter problem under vårdtiden.
- I och med utskrivning upphör kontaktmannens funktion enligt LVM utan formellt beslut, men kontaktmannen kan med fördel övergå till att bli klientens kontaktperson enligt 10 § SoL, om inte klienten föredrar en kontaktperson som är fristående från socialnämnden.

Vid jämförelse med den typ av kontaktperson som kan utses enligt SoL finner man avsevärda skillnader vad gäller form och funktion för kontaktman enligt LVM. Att kontaktmannen alltid är en befattningshavare hos socialnämnden och att beslut om kontaktman kan fattas utan klientens samtycke är förmodligen de väsentligaste skillnaderna. Likaså att kontaktmannen i första hand planerar och samordnar vård- och sociala insatser medan kontaktpersonen främst är betydelsefull som personligt stöd, en s.k. vuxenkamrat.

2.3 Kontaktperson enligt LVU

Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) är precis som LVM att uppfatta som ett komplement till SoL. LVU innehåller bestämmelser som möjliggör vård utan den unges eller föräldrarnas samtycke. LVU innehåller även en paragraf som möjliggör förordnande av kontaktperson utan den unges samtycke.

"Förebyggande insatser

22 § Om det kan antas att den som är under 20 år till följd av ett beteende som avses i § 3 kommer att behöva beredas vård enligt denna lag om beteendet fortsätter och det stöd eller den behandling som den unge behöver inte kan ges med samtycke av honom själv, om han har fyllt 15 år, och av hans vårdnadshavare, får socialnämnden besluta

1. att den unge skall hålla regelbunden kontakt med en särskilt utsedd kontaktperson, eller

2. att den unge skall delta i behandling i öppna former inom socialtjänsten.

När ett sådant beslut meddelas skall en särskild behandlingsplan finnas."

En sådan kontaktperson fyller i princip en liknande funktion som övervakaren inom frivården, alltså såväl en stödfunktion som en kontrollfunktion.

3 Inom omsorgerna för psykiskt utvecklingsstörda

Enligt nuvarande lag (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl. finns rätten för dem som omfattas av lagen att få en särskild kontaktperson utsedd. Förutom psykiskt utvecklingsstörda omfattar lagen även personer som på grund av hjärnskada, föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, har fått ett betydande och bestående begåvningshandikapp samt personer med barndomspsykos.

Omsorgskommittén föreslog i sitt betänkande Omsorger om vissa handikappade (SOU 1981:26) att kontaktperson regelmässigt skall utses som hjälp till alla psykiskt utvecklingsstörda som inte har närmare kontakt med anhöriga.

"Det gäller i stor utsträckning människor som bor på institutioner av olika slag, men även dem som bor i enskild bostad. Kontaktperson skall således för den handikappade vara en medmänniska som kan ersätta eller komplettera kontakter med anhöriga." (s. 344)

Omsorgskommittén framhöll dock att även de som har anhörigkontakt i vissa situationer kan behöva stöd av en kontaktperson och gav följande exempel:

- När en begåvningshandikappad blir förälder.
- När en handikappad flyttar från sitt föräldrahem.
- Andra situationer när den handikappade behöver stöd i frigörelsen från sina föräldrar.

Ibland kan det också finnas behov för den enskilde handikappade att få stöd och hjälp av en hel familj, då ofta kallad stödfamilj. Likaså kan medlemmar i den handikappades familj behöva stöd.

År 1985 kom regeringens proposition Särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl. (1984/85:176). Där framkommer bl.a. att kontaktpersonens funktion kan variera beroende på den handikappades situation och behov.

"De som är på institution behöver stöd för att få kontakter utanför institutionen och hjälp i vissa situationer. För andra gäller att de behöver kontaktperson för hjälp att klara kontakter med t.ex. grannar och myndigheter. Ibland är det främst en kamrat eller en föräldraersättare som den psykiskt utvecklingsstörde behöver.

Kontaktpersonen skall självfallet respektera den psykiskt utvecklingsstördes integritet. Då han hjälper den psykiskt utvecklingsstörde i kontakten med utomstående, skall han först och främst ge stöd och uppmuntran åt dennes eget handlande.

Jag anser att tillhandahållandet av kontaktperson skall vara en särskild omsorg. Det kan vara lämpligt att kontaktpersonen får ett förordnande. Därigenom preciseras och avgränsas uppdraget och kontaktpersonen ges större auktoritet gentemot myndigheter och utomstående." (s. 27)

Vad gäller kontaktpersonens funktion och situation i övrigt framhöll omsorgskommittén bl.a. följande.

Kontaktpersonen

- bör hålla nära kontakt med den handikappade, helst genom regelbundna besök
- kan följa med den handikappade på resor och olika andra fritidsaktiviteter och ta emot honom i sitt hem med de möjligheter till gemenskap som kan erbjudas där
- kan vara förespråkare i olika situationer, även i förhållande till personal anställd hos habiliteringsnämnden

- är inte i denna egenskap ombud i juridisk mening, dvs. kan inte ingå avtal eller andra rättsliga handlingar på den handikappades vägnar
- måste kunna få utbildning, handledning och råd för sin verksamhet genom habiliteringsnämndens försorg
- bör ha skäligt arvode och ersättning för utgifter.

1989 års handikapputredning föreslår i sitt betänkande Handikapp Velfärd Rättvisa (SOU 1991:46) att en ny rättighetslag införs fr.o.m. den 1 januari 1993, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Den nya lagen föreslås ersätta bl.a. nuvarande lag (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl. Rätten till biträde av kontaktperson för psykiskt utvecklingsstörda m.fl. bibehålls i den nya lagen, men utvidgas där till att gälla även för personer med andra stora och varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder, som inte beror på normalt åldrande, men som förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande stödbehov (se även 2.1 Personlig assistans). Enligt handikapputredningens lagförslag (LSS) är det kommunen som skall svara för biträde av kontaktperson. Landstingskommunen skall dock även fortsättningsvis ansvara för rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora funktionshinder (6 och 7 §§).

Enligt handikapputredningens uppfattning kan kontaktpersonen antingen vara en befattningshavare inom landstingskommun eller kommun eller utgöras av ett frivilligt lekmanuppdrag av en medmänniska. Den enskildes behov skall styra vilken typ av kontaktperson som utses. En lekman kan utses om behovet främst är av social karaktär, dvs. att bryta isolering, att få hjälp till fritidsverksamhet m.m. En befattningshavare utses lämpligen om behovet snarare är av rådgivnings- och samordningskaraktär. Möjlighet bör dock finnas för den enskilde att till sitt förfogande få båda typerna av kontaktperson.

I sitt betänkande (SOU 1991:46) utvecklar handikapputredningen sin syn på kontaktpersonens uppgifter. Nedan görs ingen åtskillnad mellan de båda typerna av kontaktperson.

"Kontaktpersonen skall vara en medmänniska som kan ersätta eller komplettera kontakten med anhöriga. Kontaktpersonen kan ge råd till eller vara förespråkare för den enskilde i olika situationer som inte är av så komplicerad natur att t.ex. juridisk expertis bör anlitas.

Kontaktpersonen bör enligt vår uppfattning även kunna få till uppgift att ta de initiativ som behövs för att hjälpa den enskilde, hålla kontakt med olika stödorgan, samt medverka till att insatserna samordnas på det för den enskilde fördelaktigaste sättet. Kontaktpersonen är givetvis inte ställföreträdare för den enskilde och är alltså inte jämförbar med god man eller förvaltare. Någon speciell yrkesbakgrund förutsätts inte. Kontaktpersonen skall ha en god samhällsorientering och kunskap om handikappfrågor." (s. 442)

4 Inom psykiatri

4.1 Kontaktman inom psykiatrisk vård

Inom psykiatri är det i dag vanligt att ett system med särskilt utsedd kontaktman tillämpas. Kontaktmannaskapet innebär att patienter som vårdas vid en psykiatrisk enhet tilldelas en eller två kontaktmän, även kallade kontaktpersoner. I socialstyrelsens rapport *Sjukhem och enskilda vårdhem för psykiskt sjuka – en utvärdering* (SoS-rapport 1991:23) beskrivs motiven för kontaktmannskap på följande sätt.

"För många psykiskt sjuka personer är relationen till andra människor ett stort problem. Det är därför svårt, i synnerhet för dessa patienter, att etablera kontakt med och få ett förtroendefullt förhållande till personalen om alltför många personer är inblandade i den dagliga vården. Kontaktmannskap är därför en lösning på sådana problem. Kontaktmannen står även för kontinuiteten i vården, som är mycket viktig för patientens trygghet." (s. 44)

I samma rapport visas att kravet på en kontaktmannafunktion uppfylls i det närmaste av alla sjukhem med inriktningen aktiv rehabilitering. Vid enskilda vårdhem med inriktning på långtidsvård däremot är det endast hälften som uppfyller kravet. Det finns således betydande variationer mellan olika typer av psykiatriska verksamheter när det gäller tillämpning av kontaktmannskap. I rapporten från socialstyrelsen konstateras att kontaktmannafunktionen fått ett större ge-

nomslag i de landstingsdrivna verksamheterna. Det bör dock i detta sammanhang noteras att rapporten endast behandlar sjukhem och enskilda vårdhem. Likande uppgifter för psykiatriska kliniker kommer dock att presenteras av socialstyrelsen inom kort.

I anslutning till idéerna om att personal med skiftande kompetens borde arbeta tillsammans i vårdteam blev särskilt utsedda kontaktmän ett viktigt inslag. I Spris rapport 176: *Psykiatri i Samverkan*, som utkom 1984, nämns kontaktmannasystemet som exempel på aktuell utveckling och funktionen beskrivs där bl.a. på följande sätt.

"Kännetecknande för arbetet i den psykiatriska vården är i övrigt att en av teamets medlemmar har den omedelbara kontakten med den enskilde patienten. Denna personliga relation mellan en speciell teammedlem och patienten utgör ett viktigt inslag i det terapeutiska arbetet. Var och en i vårdlaget har sålunda 'sina' egna patienter men erhåller i sina kontakter med dem stöd och handledning av en eller ibland flera andra i teamet." (s. 117)

I rapporten nämns också olika motiv bakom införandet av ett kontaktmannasystem.

"Uppbyggnad av ett kontaktmannasystem är ett sätt att ge patienten större trygghet samtidigt som avdelningspersonalen får en större delaktighet i behandlingsarbetet." (s. 119)

Kontaktmannaskapet varar vanligtvis endast under den tid som patienten vårdas på den aktuella institutionen eller öppenvårdsmottagningen. Om sektorn/kliniken har åtskild personal för slutna och öppen vård får patienten således nya kontaktmän då han lämnar den slutna vården för behandling i öppen vård. Mellan den slutna och den öppna vården förekommer vanligtvis inte kontinuitet i relationen mellan patient och vårdpersonal, då sektorn/kliniken är organiserad på ovan nämnda sätt.

Inom vissa psykiatriska sektorer i landet har slutna och öppen vård integrerats. Samma personal som arbetar i slutna vård sköter kontakterna med patienterna i öppen vård, vilket innebär att slutenvårdade patienter behåller samma kontaktmän även efter utskrivning. I vissa fall kan en sådan relation vara avsedd att bestå över en mycket lång tid framåt. Man kan säga att när en och samma personalgrupp arbe-

tar med såväl sluten som öppen vård är likheten mellan kontaktmannaskapet och case management-funktionen större än när sektorn/kliniken inte har samma personal i sluten och öppen vård.

I Spris rapport *Psykiatri i samverkan* (1984) beskrivs kontaktmannens uppgifter på följande sätt:

"Det är till kontaktmannen som patienten i första hand skall vända sig för att diskutera sina problem och ställa frågor om behandlingen m.m. Det är kontaktmannen som skall hjälpa patienten att hålla kontakt med livet utanför institutionen. Samtal med anhöriga, arbetsplatser, sociala myndigheter m.fl. ingår i dessa uppgifter. Skötarens tilläggsutbildning behöver därför inriktas på samhällsorienterade frågor och psykoterapeutiskt förhållningssätt. Skötarna bör också få ökade kunskaper om mediciner och vanliga biverkningar till dessa." (s. 120)

Som kontaktmän utses vanligtvis personal med kort eller medellång utbildning såsom skötare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och socioterapeuter. Variationer finns givetvis beroende på klinikens arbetssätt i övrigt. Inom vissa psykiatriska sektorer har kontaktmän givits större befogenheter än vad som troligtvis förekommer i landet i övrigt. Kontaktmän med lång erfarenhet har på vissa håll även delegerats funktionen som behandlingsansvarig, vilken normalt tillfaller psykiatrer, psykologer eller kuratorer. I vilken mån kontaktmän utför hembesök kan också anses vara kopplat till kontaktmannaskapets innehåll. Även här finns stora variationer mellan sektorer/kliniker i Sverige.

I Socialstyrelsens rapport, *Psykiatri i utveckling – mot öppnare vårdformer för ökad samverkan* PM 1988:21, berörs också kontaktmannafunktionen, bl.a. i anslutning till en diskussion om ökad tillgång till psykiatriskt stöd i patientens hem.

"För att tillgodose kontinuiteten i vården bör varje patient ha en psykiatrisk personal som sin kontaktman. Kontaktmannen skall tillsammans med patienten och i samverkan med andra i teamet och med bl.a. socialtjänsten arbeta efter en behandlingsplan. Kontaktmannen kan vara vem som helst inom teamet men är ofta en skötare. Genom god tillgång till fortbildning och handledning kan skötaren genom att delegeringsförfarandet enligt SOSFS 1983:7 tillämpas fungera som den psykiatriska verksamhetens förlängda arm ute i patientens hem. I samarbete med

den sociala hemtjänstpersonalen och primärvården kan man då uppnå den kombination av socialt stöd, sjukvård och psykiatriska insatser som merparten av de f.d. långtidsvårdade visat sig behöva i varje fall periodvis." (s. 55-56)

4.2 Stödperson enligt den nya tvångsvårdslagstiftningen

Gällande lag om psykiatrisk tvångsvård i vissa fall (LSPV) innehåller inte någon rätt till kontaktperson, även om det redan i dag är vanligt förekommande att en särskild kontaktperson utses bland vårdpersonalen vid psykiatrisk vård. I samband med försöksutskrivning enligt LSPV kan patienten ställas under tillsyn av en lämplig person, men denna person har då främst en kontrollfunktion.

I den nya lagen om psykiatrisk tvångsvård, som träder i kraft den 1 januari 1992, har bl.a. rätten för den vårdade att få en stödperson utsedd tillkommit.

"Stödperson

30 § När patienten begär det, skall en stödperson utses. En stödperson kan utses också i annat fall, om patienten inte motsätter sig det.

Stödpersonen skall bistå patienten i personliga frågor så länge denne ges tvångsvård. Stödpersonen har rätt att besöka patienten på vårdinrättningen. Han får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han under uppdraget har fått veta om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt.

Stödperson utses av den nämnd som avses i lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården.

31 § Chefsöverläkare vid den enhet där patienten vårdas skall anmäla till förtroendenämnden när det kan finnas skäl att utse en stödperson.

Har stödperson för patienten inte redan utsetts, skall anmälan alltid göras när

1. chefsöverläkaren ansöker om medgivande till tvångsvård enligt 7, 12 eller 14 §,

2. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut om intagning enligt 6 §,

3. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut att avslå en begäran att tvångsvården skall upphöra.

När tvångsvården av en patient, för vilken stödperson utsetts, har upphört, skall chefsöverläkaren snarast möjligt underrätta förtroendenämnden om detta."

I anslutning till de allmänna resonemangen om de tvångsvårdades rätt till stödperson i regeringens proposition om psykiatrisk tvångsvård m.m. (1990/91:58) nämns även socialtjänstens bestämmelser om kontaktperson/kontaktman enligt SoL, LVU och LVM (se ovan). Så som den planerade funktionen med stödperson är avsedd att fungera finns vissa likheter med kontaktperson/kontaktman inom socialtjänsten, särskilt den funktion som regleras genom SoL. Stödpersonen i den nya tvångslagen inom psykiatrien skall i första hand vara ett personligt stöd – praktiskt och psykologiskt – en person som står på patientens sida när t.ex. utskrivning diskuteras. Stödpersonen har däremot inte någon kontrollfunktion som t.ex. en kontaktperson enligt LVU har.

Enligt § 41 rättshjälpslagen (1972:429) kan person som vårdas enligt LSPV redan idag i vissa fall beviljas rättshjälp genom offentligt biträde. Den möjligheten kvarstår oförändrad. Den nya möjligheten för patienten att få en stödperson är snarare ett komplement.

Socialberedningen framhöll på sin tid att patienterna i praktiken ganska sällan har juridisk hjälp i form av offentligt biträde i ärenden hos en utskrivningsnämnd eller psykiatriska nämnden. Det är bakgrunden till att rätten till stödperson finns i den nya tvångslagen. Beredningen framhöll likaså att sådana biträden sällan kunnat tillföra ärendena något av större värde och att de över huvud taget haft svårt att på ett lämpligt sätt biträda klienterna i dessa frågor.

"Enligt beredningen kan det därför ifrågasättas om en tvångsintagen patient inte har större nytta av stöd av en person som i första hand är väl insatt i andra frågor än juridiska. Det kan gälla medicinska och sociala frågor, samspelet mellan sjukvård och socialtjänst samt organisatoriska frågor över huvud taget inom sjukvården och socialtjänsten. Den intagnes möjligheter att undgå tvångsvård kan bero av de alternativ som står till buds, dvs. om tvångsvården är absolut nödvändig eller inte." (prop. 1990/91:58)

Socialberedningen var inne på att stödperson skulle förordnas för patienten främst i samband med den rättsliga prövningen av tvångsvårdsförutsättningarna. Enligt propositionen

kan det dock vara betydelsefullt för den tvångsintagne att ha tillgång till en särskild stödperson för olika ändamål under hela tvångsvårdsperioden, även om det framhålls att stödpersonen därtill har en viktig funktion att fylla i samband med domstolsprövning.

Likaså poängteras det i propositionen att en stödperson i första hand skall utses då patienten begär det och definitivt aldrig när patienten avböjer biträde av en stödperson, vilket avviker något från beredningens förslag.

Vidare konstateras det i propositionen att vid val av stödperson bör patientens uppfattning tillmätas stor betydelse. Inget hindrar att t.ex. en god man för patienten utses till stödperson, om detta bedöms lämpligt och patienten inte har annan uppfattning. Självfallet bör alla patienter som tas in för tvångsvård informeras om sin rätt att få hjälp av en stödperson.

När det gäller stödpersonens kompetens och funktion nämns följande i propositionen, utöver vad som tidigare återgivits:

- Uppgiften för en stödperson bör allmänt sett vara att svara för personligt bistånd som patienten behöver på grund av frihetsbegränsningen vid tvångsvård.
- Patienten kan lättare tänkas acceptera stöd av någon som saknar koppling till vårdinstitutionen. För patienten kan det vara psykologiskt betydelsefullt att en utomstående person håller en fortlöpande kontakt med honom under vårdtiden. Därför kan det vara lämpligt att införa ett system med särskilt förordnade stödpersoner.
- Det bör vara enskilda som på frivillig bas fungerar som stödpersoner. Rekryteringen hit bör ske bland personer som är särskilt intresserade av hithörande frågor. Helst bör de ha kunskaper om och erfarenheter från sjukvården och socialtjänsten. Sådana yrkeskategorier som t.ex. kuratorer och socialarbetare kan vara särskilt lämpade. I andra fall kan viss utbildning behöva anordnas för dem som åtar sig uppdrag som stödperson. Bl.a. för att främja rekryteringen bör uppdraget att vara stödperson förenas med viss ekonomisk ersättning.

- Klientorganisationerna kan göra betydelsefulla insatser när det gäller att bygga upp en kader av lämpliga stödpersoner.

När det gäller klientorganisationernas insatser kan nämnas att bl.a. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) beviljats bidrag från allmänna arvsfonden för att utbilda stödpersoner.

5 Inom yrkesinriktad rehabilitering

Att få bidrag från arbetsmarknadsmyndigheten för att avlöna ett personligt arbetsbiträde är en möjlighet för handikappade som behöver särskilt stöd för att klara sig ute i arbetslivet (se personlig assistans under 1.2 ovan). Bidraget kan ges till arbetsgivare eller till annan som har kostnad för arbetsbiträdet. Arbetsbiträdet är oftast någon annan anställd som arbetsgivaren avdelar för att biträda den handikappade i arbetet.

Arbetsbiträdesinstrumentet har ännu inte använts i så stor utsträckning för personer med psykiskt arbetshandikapp. I samband med att flexibelt lönebidrag införs bå 1991/92 ska det för den enskilde arbetshandikappade upprättas en handlingsplan som regelbundet ska följas upp så att lönebidragsanställningen blir rehabiliterande och utvecklande. Möjligheterna till stödinsatser ska särskilt uppmärksammas i den här handlingsplanen är det tänkt. Från arbetsmarknadsverket hoppas man att bl.a. den psykiatriska vården ska kunna erbjuda stödjande insatser.

För vissa personer innebär inte tidigare nämnda arbetsbiträdesinstrument tillräckligt stöd utan det kan finnas ett betydligt större behov av stödinsatser. Från AMS menar man att det skulle kunna vara intressant om man i någon form av försöksverksamhet prövade former med utökat stöd i arbetslivet efter det amerikanska systemet med s.k. "supported employment".

"Supported employment" bygger på att ge ett mer omfattande stöd i samband med en anställning än vad arbetsbiträdet kan ge. Det skulle kunna ses som en kombination av förrehabilitering och arbetsmarknadspolitiskt stöd. Någon form av gemensam finansiering tänker man sig skulle kunna tillämpas under en försökstid.

6 Referenslista

Frivårdens arbetsformer och resurser (Ds 1991:10)

Om ändring i brottsbalken m.m. (villkorlig frigivning och kriminalvård i frihet m.m.). Regeringens proposition 1982/83:85

Om socialtjänsten. Regeringens proposition 1979/80:1

Rätten till bistånd. Allmänna råd från socialstyrelsen 1981:1

En vanlig människa – om kontaktpersoner/kontaktfamiljer i socialt arbete. Socialstyrelsen redovisar 1985:3

Bagger-Sjöbäck, B. *Personlig assistans – genomgång och analys av 21 rättsfall samt synpunkter på vissa ställda frågor.* Arbetsmaterial från socialstyrelsen, 1990

Handikapp Velfärd Rättvisa. Betänkande av 1989 års handikapputredning. SOU 1991:46

Tvångsvård av vuxna missbrukare, m.m. Regeringens proposition 1987/88:147

LVM-lagen om vård av missbrukare i vissa fall. Allmänna råd från socialstyrelsen 1982:6

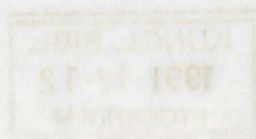
Vård i vissa fall av barn och ungdomar. Regeringens proposition 1989/90:28

Psykiatri i samverkan. Spri rapport 1984:176

Psykiatri i utveckling. Socialstyrelsen, PM 1988:21

Om psykiatrisk tvångsvård m.m. Regeringens proposition 1990/91:58

Omsorger om vissa handikappade. Betänkande från omsorgskommittén. SOU 1981:26



Statens offentliga utredningar 1991

Kronologisk förteckning

1. Flykting- och immigrationspolitiken. A.
 2. Finansiell tillsyn. Fi.
 3. Statens roll vid främjande av export. UD.
 4. Miljölagstiftningen i framtiden. M.
 5. Miljölagstiftningen i framtiden. Bilagedel. Sekretariatets kartläggning och analys. M.
 6. Utvärdering av SBU. Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik. S.
 7. Sportslig och ekonomisk utveckling inom trav- och galoppsporten. Fi.
 8. Beskattning av kraftföretag. Fi.
 9. Lokala sjukförsäkringsregister. S.
 10. Affärstiderna. C.
 11. Affärstiderna. Bilagedel. C.
 12. Ungdom och makt. C.
 13. Spelreglerna på arbetsmarknaden. A.
 14. Den regionala bil- och körkortsadministrationen. K.
 15. Informationens roll som handlingsunderlag - styrning och ekonomi. S.
 16. Gemensamma regler - lagstiftning, klassifikationer och informationsteknologi. S.
 17. Forskning och utveckling - epidemiologi, kvalitets- säkring och Spris utvecklingsprojekt. S.
 18. Informationsstruktur för hälso- och sjukvården - en utvecklingsprocess. S.
 19. Storstadens trafiksystem. Överenskommelser om trafik och miljö i Stockholms- Göteborgs- och Malmöregionerna. K.
 20. Kapitalkostnader inom försvaret. Nya former för finansiell styrning. Fö.
 21. Personregistrering inom arbetslivs-, forsknings- och massmedieområdena, m.m. Ju.
 22. Översyn av lagstiftningen om träfiberråvara. I.
 23. Ett nytt BFR - Byggforskningen på 90-talet. Bo.
 24. Visst går det an! Del 1, 2 och 3. C.
 25. Frikommunförsöket. Erfarenheter av försöken med en friare nämndorganisation. C.
 26. Kommunal entrepreneurship. Vad är möjligt? En analys av rättsläget och det statliga regelverkets roll. C.
 27. Kapitalavkastningen i bytesbalansen. Tre expertrapporter. Fi.
 28. Konkurrensen i Sverige - en kartläggning av konkurrensförhållandena i 61 branscher. Del 1 och 2. C.
 29. Periodiska hälsoundersökningar i vissa statliga, kommunala och landstingskommunala anställningar. C.
 30. Särskolan - en primärkommunal skola. U.
 31. Statens arkivdepåer. En utvecklingsplan till år 2000. U.
 32. Naturvårdsverkets uppgifter och organisation. M.
 33. Branden på Sally Albatross. Den 9-12 januari 1990. Fö.
 34. HIV-smittade - ersättning för ideell skada. Ju.
 35. Några frågor i anslutning till en arbetsgivarperiod inom sjukpenningförsäkringen. S.
 36. Ny kunskap och förnyelse. C.
 37. Räkna med miljön! Förslag till natur- och miljöräkenskaper. Fi.
 38. Räkna med miljön! Förslag till natur- och miljöräkenskaper. Bilagedel. Fi.
 39. Säkrare förare. K.
 40. Marknadsanpassade service- och stabsfunktioner - ny organisation av stödet till myndigheter och rege- ringskansli. C.
 41. Marknadsanpassade service- och stabsfunktioner - ny organisation av stödet till myndigheter och rege- ringskansli. Bilagedel. C.
 42. Aborterade foster, m.m. S.
 43. Den framtida länsbostadsnämnden. Bo.
 44. Examination som kvalitetskontroll i högskolan. U.
 45. Påföljdsfrågor. Frigivning från anstalt, m.m. Ju.
 46. Handikapp, Valfärd, Rättvisa. S.
 47. På väg - exempel på förändringsarbeten inom verksamheter för psykiskt störda. S.
 48. Bistånd genom internationella organisationer. UD.
 49. Bistånd genom internationella organisationer. Annex 1. Det multilaterala biståndets organisationer. UD.
 50. Bistånd genom internationella organisationer. Annex 2. Sverige och u-länderna i FN - en återblick. UD.
 51. Bistånd genom internationella organisationer. Annex 3. Särstudier. UD.
 52. Alkoholbeskattningen. Fi.
 53. Forskning och teknik för flyget. Fö.
 54. Skola - skolbarnsomsorg - en helhet. U.
 55. Sveriges nationalrapport till FNs konferens om miljö och utveckling - UNCED 1992. M.
 56. Kompetensutveckling - en utmaning. A.
 57. Arbetslöshetsförsäkringen - finansierings- systemet. A.
 58. Ett nytt turistråd. I.
 59. Konkurrens för ökad välfärd. Del 1. Konkurrens för ökad välfärd. Del 2. Konkurrens för ökad välfärd. Bilagor. C.
 60. Olika men ändå lika. Om invandrandommar i det mångkulturella Sverige. C.
 61. Statens bostadskreditnämnd - organisation och dimensionering. Bo.
 62. Vissa särskilda frågor beträffande integritets- skyddet på ADB-området. Ju.
-

Statens offentliga utredningar 1991

Kronologisk förteckning

63. Tillsynen över hälso- och sjukvården. S.
64. Att förvalta kulturmiljöer. U.
65. Ett samordnat vuxenstudiestöd. U.
66. Hemslojd i samverkan. I.
67. Samhall i går, i dag, i morgon. A.
68. Frikommunförsöket. Erfarenheter av försöksverksamheten med avsteg från statlig reglering m.m. C.
69. Frikommunförsöket. Erfarenheter av försöksverksamheten med avsteg från statlig reglering m.m. Särskild bilaga. C.
70. Ombudsman för barn och ungdom. S.
71. Teaterns kostnadsutveckling 1975-1990 med särskilda studier av Operan, Dramaten och Riksteatern. U.
72. En kreativ studiemiljö - högskolebiblioteket som pedagogisk resurs. U.
73. Vänersjöfarten. K.
74. Krediter för utveckling. UD.
75. Organiserad rasism. A.
76. Miljön och förpackningarna. M.
77. Miljön och förpackningarna. Livscykelanalyser för förpackningsmaterial - beräkning av miljöbelastning. Bilaga. M.
78. Krav på förändring - synpunkter från psykiskt störda och anhöriga. S.
79. Det framtida trafiksäkerhetsarbetet. K.
80. Kommuntal partistöd. C.
81. Fastighetsleasing. Ju.
82. Drivkrafter för produktivitet och välbefinnande. I.
83. FoU för industriell utveckling. Svensk kollektivforskning 1991. I.
84. Smuggling och tullbedrägeri. Fi.
85. Historiska arrenden - förslag till friköpslag. Ju.
86. Ny hyreslag. Bo.
87. Yrkesofficerarnas pensionsålder och åldersstruktur. Fö.
88. Stöd och samordning kring psykiskt störda - ett kunskapsunderlag. S.

Statens offentliga utredningar 1991

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Personregistrering inom arbetslivs-, forsknings- och massmedieområdena, m.m. [21]
HIV-smittade - ersättning för ideell skada. [34]
Påföljdsfrågor. Frigivning från anstalt, m.m. [45]
Vissa särskilda frågor beträffande integritetsskyddet på ADB-området. [62]
Fastighetsleasing. [81]
Historiska arrenden - förslag till friköpslag. [85]

Utrikesdepartementet

Statens roll vid främjande av export. [3]
Bistånd genom internationella organisationer. [48]
Bistånd genom internationella organisationer. Annex 1. Det multilaterala biståndets organisationer. [49]
Bistånd genom internationella organisationer. Annex 2. Sverige och u-länderna i FN - en återblick. [50]
Bistånd genom internationella organisationer. Annex 3. Särstudier. [51]
Krediter för utveckling. [74]

Försvarsdepartementet

Kapitalkostnader inom försvaret. Nya former för finansiell styrning. [20]
Branden på Sally Albatross. Den 9-12 januari 1990. [33]
Forskning och teknik för flyget. [53]
Yrkesofficerarnas pensionsålder och åldersstruktur. [87]

Socialdepartementet

Utvärdering av SBU. Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik. [6]
Lokala sjukförsäkringsregister [9]
Informationens roll som handlingsunderlag - styrning och ekonomi. [15].
Gemensamma regler - lagstiftning, klassifikationer och informationsteknologi. [16].
Forskning och utveckling - epidemiologi, kvalitetssäkring och Spris utvecklingsprojekt. [17].
Informationsstruktur för hälso- och sjukvården - en utvecklingsprocess. [18].
Några frågor i anslutning till en arbetsgivarperiod inom sjukpenningförsäkringen. [35]
Aborterade foster, m.m. [42]
Handikapp, Valfärd, Rättvisa. [46]
På väg - exempel på förändringsarbeten inom verksamheter för psykiskt störda. [47]
Tillsynen över hälso- och sjukvården. [63]

Ombudsman för barn och ungdom. [70]
Krav på förändring - synpunkter från psykiskt störda och anhöriga. [78]
Stöd och samordning kring psykiskt störda - ett kunskapsunderlag. [88]

Kommunikationsdepartementet

Den regionala bil- och körkortsadministrationen. [14]
Storstadens trafiksystem. Överenskommelser om trafik och miljö i Stockholms- Göteborgs- och Malmö-regionerna. [19]
Säkrare förare [39]
Vänersjöfarten [73]
Det framtida trafiksäkerhetsarbetet. [79]

Finansdepartementet

Finansiell tillsyn. [2]
Sportslig och ekonomisk utveckling inom trav- och galoppporten. [7]
Beskattning av kraftföretag. [8]
Kapitalavkastningen i bytesbalansen.
Tre expertrapporter. [27]
Räkna med miljön! Förslag till natur- och miljö-räkenskaper. [37]
Räkna med miljön! Förslag till natur- och miljö-räkenskaper. Bilagedel. [38]
Alkoholbeskattningen. [52]
Smuggling och tullbedrägeri. [84]

Utbildningsdepartementet

Särskolan -en primärkommunal skola. [30]
Statens arkivdepåer. En utvecklingsplan till år 2000. [31]
Examination som kvalitetskontroll i högskolan. [44]
Skola - skolbarnsomsorg - en helhet. [54]
Att förvalta kulturmiljöer. [64]
Ett samordnat vuxenstudiestöd. [65]
Teaterns kostnadsutveckling 1975-1990 med särskilda studier av Operan, Dramaten och Riksteatern. [71]
En kreativ studiemiljö - högskolebiblioteket som pedagogisk resurs. [72]

Arbetsmarknadsdepartementet

Flykting- och immigrationspolitiken. [1]
Spelreglerna på arbetsmarknaden. [13]
Kompetensutveckling - en utmaning. [56]

Statens offentliga utredningar 1991

Systematisk förteckning

Arbetslöshetsförsäkringen – finansieringssystemet. [57]
Samhall i går, i dag, i morgon. [67]
Organiserad rasism. [75]

Bostadsdepartementet

Ett nytt BFR - Byggforskningen på 90-talet. [23]
Den framtida länsbostadsnämnden. [43]
Statens bostadskreditnämnd - organisation och dimensionering. [61]
Ny hyreslag. [86]

Industridepartementet

Översyn av lagstiftningen om träfiberråvara. [22]
Ett nytt turistråd. [58]
Hemslöjd i samverkan [66]
Drivkrafter för produktivitet och välbstånd. [82]
FoU för industriell utveckling. Svensk kollektivforskning 1991. [83]

Civildepartementet

Affärstiderna. [10]
Affärstiderna. Bilagedel. [11]
Ungdom och makt. [12]
Visst går det an! Del 1, 2 och 3. [24]
Frikommunförsöket. Erfarenheter av försöken med en friare nämndorganisation. [25]
Kommunala entreprenader. Vad är möjligt? En analys av rättsläget och det statliga regelverkets roll. [26]
Konkurrensen i Sverige - en kartläggning av konkurrensförhållandena i 61 branscher. Del 1 och 2. [28]
Periodiska hälsoundersökningar i vissa statliga, kommunala och landstingskommunala anställningar. [29]
Ny kunskap och förnyelse. [36]
Marknadsanpassade service- och stabsfunktioner - ny organisation av stödet till myndigheter och regeringskansli. [40]
Marknadsanpassade service- och stabsfunktioner - ny organisation av stödet till myndigheter och regeringskansli. Bilagedel. [41]
Konkurrens för ökad välfärd. Del 1.
Konkurrens för ökad välfärd. Del 2.
Konkurrens för ökad välfärd. Bilagor. [59]
Olika men ändå lika. Om invandrandommar i det mångkulturella Sverige. [60]
Frikommunförsöket. Erfarenheter av försöksverksamheten med avsteg från statlig reglering m.m. [68]

Frikommunförsöket. Erfarenheter av försöksverksamheten med avsteg från statlig reglering m.m. Särskild bilaga. [69]
Kommunalt partistöd. [80]

Miljödepartementet

Miljölagstiftningen i framtiden. [4]
Miljölagstiftningen i framtiden. Bilagedel.
Sekretariatets kartläggning och analys. [5]
Naturvårdsverkets uppgifter och organisation. [32]
Sveriges nationalrapport till FNs konferens om miljö och utveckling - UNCED 1992. [55]
Miljön och förpackningarna. [76]
Miljön och förpackningarna. Livscykelanalyser för förpackningsmaterial - beräkning av miljöbelastning. Bilaga. [77]



ALLMÄNNA FÖRLAGET

BESTÄLLNINGAR: ALLMÄNNA FÖRLAGET, KUNDTJÄNST, 106 47 STOCKHOLM.
TEL: 08-739 96 30, FAX: 08-739 95 48.

INFORMATIONSBOKHANDELN, MALMTORGSGATAN 5 (VID BRUNKEBERGSTORG), STOCKHOLM.

ISBN 91-38-10897-6
ISSN 0375-250X