

Metod på drift

En studie om implementeringen av en nationell utbildningssatsning om Case Management enligt ACT-metoden för personer med psykiskt funktionshinder

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

.

Artikelnr 2011-9-20

Publicerad www.socialstyrelsen.se,

Förord

Socialstyrelsen fick 2006 regeringens uppdrag att initiera ett femårigt projekt med en utbildningssatsning för case managers som ska arbeta enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment), en metod för att koordinera och ge sammansatt vård, socialt stöd och rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder.

Enligt uppdraget ska Socialstyrelsen ansvara för att projektet följs upp och utvärderas. Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser, CEPI, har utvärderat genomförandet av utbildningssatsningen på uppdrag av Socialstyrelsen.

Den här rapporten, som beskriver resultatet av CEPI:s utvärdering, har skrivits av docent Urban Markström och universitetslektor Owe Grape, båda verksamma vid institutionen för socialt arbete, Umeå universitet.

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Bakgrund</i>	7
<i>Syfte och frågeställningar</i>	10
<i>Metod och genomförande</i>	11
<i>Teoretiska perspektiv på implementering</i>	17
<i>Problembeskrivningen och arbetsmetoderna CM och ACT</i>	31
<i>Den nationella strategin</i>	39
<i>Programmet Integrerad psykiatri (IP)</i>	46
<i>Utbildningsinsatsen</i>	52
<i>Implementeringen i organisationerna</i>	59
<i>Diskussion och slutsatser</i>	75
<i>Referenser</i>	82

Bakgrund

Utvecklingen av den så kallade Case Management-metodiken (CM) är relaterad till avvecklingen av den institutionsbaserade vården för personer med långvarig psykisk sjukdom, som pågått i västvärlden sedan 1960-talet. I och med mer öppenvårdsbaserade insatser och en ökad fragmentisering av vårdsystemet, uppstod ett behov av att förbättra tillgängligheten och att få till stånd en samordning av de olika insatserna runt den enskilde. En rad olika modeller av case management har med tiden utvecklats från den tidiga s.k. mäklarmodellen där fokus låg på samordningen av både psykiatriska och sociala insatser. Den enskilde case managern kunde ha samordningsansvar för ett stort antal klienter, vilket innebar att modellen i stort innebar telefonkontakter med klienterna och en inriktning mot att i första hand förmedla kontakter inom vård- och stödsystemen. Efterhand har mer intensiva modeller arbetats fram, där samordningsfunktionen har kompletterats med direkta vård- och stödinsatser och där case managern arbetar med betydligt färre klienter. CM-funktionen ingår som en viktig komponent i den heltäckande modell som kallas för Assertive Community Treatment (ACT). ACT är ett försök till en "fullservicemodell" för framför allt personer med svåra psykiska sjukdomar och med stora och sammansatta behov där både psykiatrisk behandling och sociala insatser ingår. Modellen utgår från ett tvärdisciplinärt team där samordningsfunktionen (CM) är en integrerad del av insatsfloran och där hela teamet är ansvarigt för stöd till patienterna.

De olika formerna av CM har vetenskapligt studerats och utvärderats i en rad projekt, med skiftande resultat. Den generella bilden från de mest välgjorda forskningsöversikterna är att de intensiva formerna av CM, där samordningen kompletteras med nära tillgång till de direkta insatserna, har fördelar gentemot den traditionella psykiatriska vården (Dieterich et.al. 2010). I Sverige har satsningen på Personligt Ombud (PO), som influerats av CM-metodiken, haft ett starkt stöd hos både den nationella politiska nivån och hos brukar- och anhörigrörelsen. Personligt ombud syftar till att samordna insatser för personer med sammansatta behov, men inbegriper inte behandlingsinsatser utan betonar i stället en fristående ställning gentemot myndigheterna och sjukvården. I den internationella forskningen har ACT fått störst uppmärksamhet, med sin integrerade och intensiva ansats. Den stora mängd forskningsresultat som finns att tillgå är i viss mening disparat, och har orsakat debatter om hur modellen fungerar i olika typer av välfärdssystem. Emellertid finns vetenskapligt stöd för att ACT bidrar till minskad slutenvård, större stabilitet i boende, lägre risk för hemlöshet och arbetslöshet i jämförelse med sedvanlig behandling. Detta framhålls dock gälla för personer med svåra psykiska sjukdomar som är högkonsumenter av vård, som riskerar att ofta bli inlagd på vårdavdelning eller avbryter vårdkontakter (Socialstyrelsen 2011a, 2011b).

CM i Sverige

I utvecklingen mot mer samhällsbaserade insatser för personer med psykiskt funktionshinder i Sverige, har CM-liknande metodik intresserat aktörer på området i flera decennier. Öppenvårdspsykiatri i Sverige har sedan teammodellen etablerade sig under 1970-talet ofta utgått från ett kontaktmanna-system där varje patient har en särskild kontaktperson som ansvarar för viss samordning av den behandling och det stöd som ges. Under den s.k. sektoriseringen under 1980-talet utvecklades också en öppenvårdsorganisation med ambitioner att ta ett helhetsansvar för patienten. Arbetet utgick från tvärprofessionella team med några drag av det som idag inryms i ACT-metodiken. I samband med den svenska psykiatrireformen 1995 uppmärksammades CM, dels genom ett särskilt delbetänkande i den föregående psykiatriutredningen, dels genom en pilotsatsning på personligt ombud. Sedermera etablerades satsningen genom ett årligt statsbidrag som utgår till kommunerna sedan år 2000. Samtidigt som personligt ombud blivit en insats som en majoritet av kommunerna i Sverige erbjuder, har utvecklingen mot en mer kliniskt inriktad CM-metodik så gott som helt uteblivit. En anledning har antagits vara den ansvarsfördelning som finns mellan kommunen och landstingets hälso- och sjukvård, och som försvårar organiserandet av intensiva CM-modeller. Sedan psykiatrireformen har viss metodutveckling skett inom t.ex. området insatser till personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk, men satsningarna har inte fått någon bred nationell spridning.

Hösten 2003 tillsatte regeringen utredningen Nationell psykiatrisamordning, med ett brett uppdrag att se över frågor som rörde arbetsformer, samverkan, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade (dir. 2003:133). Inom ramen för utredningen betonades behovet av en utveckling av evidensbaserade metoder på det aktuella området, och man tog också initiativ för att stimulera olika utbildnings- och metodprojekt. Detta intresse för evidensbaserade psykosociala insatser fanns även parallellt hos andra aktörer, inte minst Socialstyrelsen och särskilt den dåvarande enheten Institutet för Metodutveckling i Socialt arbete (IMS), som bland annat initierade arbetet med en kunskapsöversikt på området för att identifiera metoder med god effektivitet. Sedermera har också Socialstyrelsen ansvarat för utarbetandet av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni, ett arbete som slutfördes 2011. I både den första kunskapssammanställningen och i riktlinjerna samt i det vetenskapliga underlaget lyfts i synnerhet ACT fram som en högprioriterad modell med stark evidens (Socialstyrelsen 2011a, 2011b).

År 2006 skrev Nationell psykiatrisamordning ett förslag till Socialdepartementet om utvecklingsmedel för "ett projekt med en större utbildnings-satsning i case management- metodik i ett koncept med gemensamma samhällsbaserade insatser mellan kommun och landsting för personer med psykiskt funktionshinder". Regeringen beslutade samma år att avsätta 20 miljoner kronor för denna femåriga satsning "för case managers som skall arbeta enligt ACT-modellen". Sedermera gavs uppdraget att hålla ihop projektet till Karlstad universitet, varifrån man i sin tur tecknade ett avtal med Evidens AB. Projektet består av flera steg och inkluderar bland annat intro-

duktionskurser för politiker och tjänstemän, fördjupningskurs för läkare, kurs för team-medlemmar (7,5p) och för blivande case managers (30p) samt övrigt metod- och implementeringsstöd. Satsningen har i första hand riktats till 15 kommuner samt fem landsting/regioner. Föreliggande rapport är en studie om den ovan beskrivna utbildningssatsningen som Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) genomfört på uppdrag av Socialstyrelsen.

Syfte och frågeställningar

Erfarenheter på området samhällsbaserade insatser till personer med psykiskt funktionsnedsättning visar på att de metoder som har ett starkt vetenskapligt stöd används i relativt liten utsträckning. Forskning om implementering av specifika evidensbaserade arbetsmetoder har också pekat på de svårigheter som finns i processen att översätta en internationellt utprövad modell till en lokal kontext. Viktiga faktorer som tillräckliga resurser, noggrann rekrytering, utbildning kombinerad med träning, erfarna ledare och ”implementerare”, handledning, lokal förankring, mm, bildar ett helt spektrum av utmaningar att hantera för både statliga och lokala aktörer. Mot bakgrund av dessa erfarenheter är det motiverat att följa försöken med att införa CM/ACT i Sverige och att studera kritiska led i implementeringsförloppet. Sådana återfinns t.ex. i formuleringen av det nationella uppdraget, i översättningen av ”ursprungsmodellen” utförd av svenska uppdrags- och utbildningsgivare, mellan utbildningsgivare och deltagare i utbildningen, mellan deltagarna i utbildningen och den lokala ledningen och organisationen, och ytterst mellan den lokala verksamheten och klienterna. En sådan granskning kan underlätta identifieringen av hinder för implementering, samt de strategier som används för att bemästra problem och underlätta processen. Information om sådana hinder och lösningar kan ge kunskap inför framtida satsningar på att införa vissa metoder eller arbetssätt. Intressant i det här sammanhanget är den tydliga top-down-strategi som präglar det aktuella uppdraget, där statliga aktörer fungerar som initiativtagare och ”arkitekter” bakom strategin för genomförandet.

Det övergripande syftet med studien har varit att undersöka genomförandet av CM/ACT-satsningen samt implementeringen av metoden i de deltagande organisationerna.

Till detta syfte har ett antal mer avgränsade frågeställningar formulerats:

- Hur har valet av utformning och styrning av den nationella satsningen påverkat implementationsprocessen och resultaten?
- Vad utmärker den arbetsmetodik (CM/ACT) som den svenska satsningen bygger på och hur ser den ut i relation till internationella förlagor?
- Vad karaktäriserar utbildningssatsningen när det gäller pedagogiska strategier och innehåll och hur ser erfarenheterna av utbildningen ut hos kursledning, kursdeltagare och intressenter?
- Hur överförs erfarenheterna från utbildningssatsningen till deltagande kommuner och landsting?
- Vilka förändringar kan identifieras hos deltagande kommuner och landsting i fråga om organisationsformer, resurser, formulerade målsättningar och verksamheternas faktiska innehåll?

Metod och genomförande

I studien har vi försökt att undersöka både planeringen och genomförandet av utbildningssatsningen och försöken att överföra den aktuella arbetsmodellen till de lokala organisationerna. Emellertid upptäcktes tidigt en oklarhet i själva uppdragsskrivningen varför vi valde att uppmärksamma även idéerna om arbetsmetodik och strategierna för implementering hos några av de aktörer som initierat projektet. I följande avsnitt beskrivs de metoder och det material som arbetet innefattar.

Strategin och metoden

Eftersom satsningen ytterst syftar till att införa evidensbaserad metodik i reguljär verksamhet, har vi intresserat oss för både själva *interventionen*, dvs. det som beskrivs som "Case Management enligt ACT-modellen", och *implementeringen* av denna metodik. I mycket av den implementationsforskning som idag bedrivs på vårdområdet betonas vikten av att skilja på dessa saker: ett framgångsrikt arbete kräver både att den metodik som står i fokus är effektiv och fungerande och att implementeringen är det. Sålunda kan en effektiv metodik riskera att inte komma till nytta för klienterna om den inte implementeras på ett effektivt sätt. På samma sätt kräver en effektiv implementering att den intervention som ska implementeras i sig har förutsättningar för att vara verksam.

För att få en uppfattning om idéerna bakom satsningen och synen på både metoden och implementeringen intervjuades representanter för några av nyckelaktörerna i processen: Nationell psykiatrisamordningen, Socialstyrelsen och Karlstad universitet. Intervjuerna, som genomfördes per telefon, spelades in och skrevs ut ordagrant, var halvstrukturerade och bestod av öppna frågor om bakgrunden och förhistorien till satsningen, om den metod som satsningen berörde och om strategier för implementeringen och erfarenheter så långt. Intervjuerna, var och en på ca en timme, genomfördes vintern 2008/2009.

Utöver dessa intervjuer har vi också läst och analyserat de dokument som utbildningssatsningen baseras på, det handlar främst om de bakgrundsdocument som producerades av Nationell psykiatrisamordning samt regeringens beslut.

Utbildningen

För att undersöka utbildningsinsatsen med avseende på innehållet, de pedagogiska strategierna och upplevelserna av den så valde vi att samla in och analysera olika data. En viktig utgångspunkt har varit det utbildningsmaterial, scheman och litteraturlistor som används i både 7,5p och 30p-utbildningen. Detta material har analyserats i syfte att få en bild av både det arbetssätt som ska läras ut och de undervisningsformer som används. De

enskilt viktigaste dokumenten har varit de s.k. e-arbetsböcker som utbildningsanordnaren själv producerat och som innehåller både genomgångar av olika komponenter i metodiken men också skattningsinstrument och skalor för att mäta programtrohet.

De mer övergripande erfarenheterna från utbildningarna samlades in genom telefonintervjuer med nyckelpersoner i var och en av de fem län/regioner som deltog i satsningen. I första hand identifierades och intervjuades de utsedda kontaktpersonerna och utbildningssamordnarna från kommunerna respektive landstinget i varje område. Ofta rörde det sig om baspersonal eller enhetschefer alternativt psykiatrisamordnare som av sina lokala projektgrupper fått uppdraget. De halvstrukturerade intervjuerna, som varade i snitt ca en timme och som skrevs ut ordagrant, innehöll en rad frågor, men ett tiotal av dem handlade specifikt om utbildningens uppläggning och innehåll. Totalt intervjuades 12 personer varav sex hade anställning inom kommunen och fem inom landstinget. En person hade anställning inom ett samarbete mellan kommun och landsting. I några fall intervjuades två personer från samma område samtidigt. I de flesta fall hade intervjupersonen själv deltagit i den s.k. teamutbildningen på 7,5p, men det fanns exempel där intervjupersonen även börjat på den långa utbildningen och personer som planerat för och samordnat utbildningen men inte själv deltagit i den. Intervjuerna genomfördes våren 2009, vilket i några fall innebar att man fortfarande var inne i någon av utbildningarna och alltså inte hade möjlighet att beskriva de samlade erfarenheterna.

För att få en mer inträngande bild av utbildningsinsatserna genomfördes en fördjupningsstudie under hösten/vintern 2009/2010. På basis av vad som framkommit vid telefonintervjuerna gjordes ett urval av fyra kommuner. Vid urvalet eftersträvades spridning i fråga om storlek, geografisk placering samt beskrivna erfarenheter från implementeringsarbetet. Här ville vi få med både kommuner som utifrån våra preliminära analyser hade goda respektive sämre förutsättningar att lokalt genomföra projektet. Urvalet bestod av en större norrlandskommun, en medelstor sydsvensk kommun samt en mindre respektive mellanstor kommun i Västsverige. Fördjupningsstudien genomfördes i form av ett kommunbesök på en till två dagar där en serie intervjuer genomfördes. Dagen planerades tillsammans med en kontaktperson i varje kommun där ett schema arbetades fram efter forskarnas önskemål. Vanligtvis intervjuades chefer inom socialtjänsten och psykiatrin samt personalgrupper (eller representanter för) som gått den korta respektive långa utbildningen. På några orter intervjuades även personal med en "fri" roll i organisationen som deltagit i satsningen, det rörde sig t.ex. om psykiatrisamordnare eller ledare för samverkansprojekt. Ambitionen var också att inhämta erfarenheter från de brukarorganisationer som engagerats i arbetet, vilket skedde på en av orterna. I snitt intervjuades ett tiotal personer på varje ställe. För att få en detaljerad bild av erfarenheterna från utbildningarna genomfördes gruppintervjuer på varje ort där personal som gått utbildningarna från kommuner och landsting deltog. Intervjuerna gjordes med kommunens och psykiatrins personal var för sig, och grupperna bestod av mellan två till fem personer. Här rörde frågorna huvudsakligen innehållet i utbildningen så som upplägget, lärarna, litteraturen, övningarna och innehållet. Intervjuerna med chefer, samordnare och liknande genomfördes

individuellt eller i några fall med två personer samtidigt. Vi undvek att intervjua personal och deras överordnade tillsammans.

Implementeringen i verksamheten

Vid sidan om att undersöka den specifika utbildningsinsatsen har det varit angeläget att samla in information om strategierna för, och erfarenheterna av att försöka "översätta" CM/ACT som arbetssätt till de berörda kommunerna och landstingen. Här har det handlat om att identifiera hur man planerat och förankrat arbetet både vertikalt och horisontellt i organisationerna, hur man lanserat modellen, hur kontakten med verksamheterna sett ut, om avtal skrivits, m.m. Det har både handlat om att analysera hur förutsättningarna såg ut för organisationerna och om hur den faktiska implementeringsprocessen sett ut.

I stort har vi använt oss av samma källor och av samma informanter som när det gäller undersökningen av utbildningsinsatsen. Telefonintervjuerna med nyckelpersoner från varje område som beskrivits tidigare, innehöll en rad frågor om implementeringen och förutsättningarna för en framgångsrik implementering lokalt.

Fördjupningsstudien i de fyra kommunerna innefattade också fokus på hur man planerat för satsningen och agerat för att kunna ta hand om den nya kunskapen och den personal som utbildat sig. Dessa frågor utgjorde en väsentlig del av intervjuerna med chefer, projektledare, utbildningssamordnare och liknande aktörer som hade en strategiskt viktig roll inom socialtjänsten respektive psykiatrins organisationer.

För att i mer instrumentell mening avgöra graden av CM/ACT-implementering i de lokala organisationerna valdes ett instrument för bedömning av programtrohet ut. Eftersom betoningen i förarbetena legat på ACT och den modellen beskrivits som den med starkast evidens, föll valet på "Dartmouth Assertive Community Treatment Fidelity Scale" (DACTS), som utvecklats av Teague, Bond och Drake (1998) i slutet av 1980-talet. Tidigt under datainsamlingen blev det dock uppenbart att ACT och de komponenter och strukturella egenskaper som bygger upp metodiken i låg grad hade betonats i utbildningsmaterialet och hos de verksamheter som ingår i satsningen. Detta förhållande kommer vi att diskutera senare i rapporten, men slutsatsen blev för studiens vidkommande att skalan inte skulle vara meningsfull att använda. I det här skedet framstod det som klart att det arbetssätt som fungerat som modell för satsningen var ett program med namnet Integrerad Psykiatri. Inom detta program finns bl.a. en egenskattning för programtrohet, som vi valde att till en del utgå från vid uppföljningen. En webb-enkät konstruerades som ett komplement till tidigare datainsamling, och skickades ut till ett urval av identifierade case managers inom de fem länen/regionerna. Vi använde oss av de metodprinciper som utbildningsanordnarna använder i utbildningen. Samordnarna för varje geografiskt område fick till uppgift att identifiera personer som de med säkerhet visste hade möjlighet att fungera som case manager, totalt fick vi in 17 namn på personer som vi skickade enkäten till. Av dessa svarade 14 personer, fördelade mellan kommuner och landsting och alla områden. Urvalet var från början begränsat, men materialet var avsett att främst fungera som en illustration av

hur case managers uppfattar det man gör i förhållande till det program som lärts ut i utbildningen och det kan ställas i relation till det övriga empiriska materialet i studien.

Eftersom det mesta av datainsamlingen i denna studie skett under eller i nära anslutning till själva interventionen, dvs. utbildningarna, finns begränsade möjligheter att undersöka i vilken utsträckning den förmedlade metodiken långsiktigt förankrats i den reguljära verksamheten. Skälet till detta är helt enkelt att utvärderingsuppdraget skulle genomföras under en avgränsad tidsperiod, med slutdatum under sommaren 2010. För att fånga något av situationen efter utbildningarnas avslutning genomfördes under april och maj 2010 en uppföljning hos de 15 kommunerna. Uppföljningen gjordes i form av telefonintervjuer med personer i chefsställning eller med samordningsfunktion och med inblick i implementeringsarbetet inom det aktuella geografiska området. Urvalet av intervjupersoner var med några undantag detsamma som vid den första omgången av telefonintervjuer och täckte alla involverade geografiska områden. Urvalet gjordes utifrån principen att intervjua informationsrika personer. Totalt gjordes intervjuer med nio personer vilket var några färre än vid den första omgången. De personer som tillfrågades men som inte hade möjlighet att delta vid uppföljningen var en kommunrepresentant och två representanter för psykiatrisk verksamhet. Intervjuerna var strukturerade med fasta svarsalternativ och handlade framför allt om frågor rörande organisatoriska förändringar, förankring och spridning av metodiken samt prioriteringar till följd av satsningen. Grundupplägget avsåg en intervju på cirka 15 minuter, men ofta tillkom följdfrågor vilket gjorde att intervjuerna kunde bli längre.

Både intervjuerna och det skriftliga materialet har analyserats med hjälp av s.k. riktad innehållsanalys (Hsiu-Fang & Shannon 2005). Det innebär att det insamlade materialet har sorterats och kodats utifrån en struktur som utgår från begrepp och teorier från tidigare forskning, i första hand implementationsforskning som rör människovårdande organisationer. Utöver detta har intervjumaterialet sorterats efter de specifika frågeområden som studien utgått från. Alla värdeomdömen om utbildningsinsatsen har t.ex. ordnats efter ort, organisation och vilken aspekt av utbildningen som en utsaga berört.

Övrigt om metod

Vid intervjuerna har informerat samtycke inhämtats från intervjupersonerna. I sammanställningen har vi valt att anonymisera både de kommuner som ingår och de personer som intervjuats. Dock har vi inte lämnat någon garanti till personerna att de inte ska kunna identifieras, då flera av dem har unika funktioner. Detta gäller särskilt aktörerna på den nationella nivån.

Vi har i studien försökt att samla in material från olika källor och från olika nivåer för att få en samlad bild av satsningen och dess genomslag. Emellertid har fokus legat på baspersonal som gått utbildningarna och deras närmaste chefer. Här har strategin varit att utgå från ett mindre antal informationsrika personer i stället för ett större antal informanter, men lägre grad av insyn i satsningen. Skälet är, som tidigare nämnts, det avgränsade utrymmet i tid för uppdraget. Detta innebär att vi förlitat oss på ett antal nyckelinfor-

manter. Risken med detta är naturligtvis att vi får färre perspektiv belysta. Vi har t.ex. i liten utsträckning samlat in material från utbildningsgivarna och lärarna, utan begränsat oss till utbildningsmaterialet och deltagarnas erfarenheter. Detta kan ses som en begränsning, men valet baseras på en sammanvägning av aspekter som t.ex. tidsutrymme, relevans och risk för felkällor. På flera av de berörda orterna har intresseorganisationerna engagerats vid planeringen och genomförandet av utbildningen. I samband med alla kommunbesök efterfrågades representanter från brukar- och anhörigorganisationer som funnit med i processen. På tre av de fyra orterna bokades intervjuer in med dessa personer, men endast i ett fall kunde intervjuer genomföras. Detta utgör en begränsning i vårt material, där brukarnas roll nu mestadels beskrivs via andras utsagor. Samtidigt bör man vara medveten om att studiens fokus inte primärt varit att studera effekter eller genomslag på individnivå utan snarare att belysa frågor på organisatorisk nivå. De tidsavgränsningar som funnits i uppdraget, och det därigenom begränsade empiriska materialet, medger heller inga säkra utsagor om de långsiktiga resultaten när det gäller arbetsmodellens implementering och plats i den reguljära driften hos de involverade organisationerna. Vad vi kan uttala oss om är processen, valet av strategier och förutsättningarna för en långsiktig implementering utifrån situationen en tid efter utbildningarnas avslutning. Vår bedömning är att materialet dock kan ge en relativt god bild av satsningen då den i huvudsak inbegrep utbildning som grundläggande strategi, och inte innebar några preciserade statliga initiativ i övrigt när det gäller metod- och implementeringsstöd.

Sammanställning av metod och material

Nedan följer en sammanställning av det intervjumaterial som rapporten bygger på, därutöver tillkommer som beskrivits ovan ett omfattande skriftligt material samt web-enkäten.

Telefonintervjuer med representanter för aktörer på nationell nivå

Nationell psykiatrisamordning	1 pers
Socialstyrelsen	1 pers
Karlstad universitet	1 pers

Telefonintervjuer med lokala nyckelpersoner

Område (antal kommuner)	Kommunrepr	Psykiatrirepr	Övrig	Total antal ip
Norr (3)	2	1		3
Mellan I (4)	1	1		2
Mellan II (3)	1	1		2
Söder (2)	2	1		3
Väst (3)		1	1	2

Intervjuer, fördjupningsstudien

Kommun	Chefer	Övr funkt	Personal	Föreningar	Total antal ip
Väst I	5	1	6	-	11
Väst II	3	1	4	-	8
Norr	2	1	9	-	12
Söder	2	2	4	3	11

Telefonintervjuer med lokala nyckelpersoner, uppföljningen

Område	Kommunrepr	Psykiatrirepr	Övrig	Total
Norr	1	1		2
Mellan I		1		1
Mellan II	2			2
Söder	1			1
Väst	2	1		3

Teoretiska perspektiv på implementering

Sedan Pressman och Wildavsky (1973) producerade det man ibland brukar referera till som den första implementationsstudien med just titeln Implementation har mängden av implementeringsforskning ökat kraftigt. Vi kan också se att det idag finns en mångfald av skolbildningar som dels specialiserat sig på olika områden (förvaltning, privat företagande, hälso- och sjukvård m.m.), dels har skilda teoretiska eller vetenskapsteoretiska utgångspunkter. För pionjärerna och många samtida statsvetare, var studier av implementering endast en variant av policyanalys och fokus låg på genomförande av offentlig politik, dvs. hur offentliga policys lyckas eller misslyckas med att bli implementerade och orsakerna till detta. Traditionellt har det inneburit antingen s.k. "top down"- eller "bottom up"- perspektiv på implementering (Hill 1991; Hjern & Porter 1981), eller en syntes av båda dessa perspektiv (Sabatier 1986) på offentliga beslut och reformer.

I den här studien gör vi en avgränsning genom att vi huvudsakligen tar vår utgångspunkt i den mer hälso- och sjukvårdsinriktade implementationsforskning som vuxit fram som ett svar på intresset för evidensbaserade metoder inom såväl hälso- och sjukvårdsfältet som socialt arbete. De översiktsstudier som har gjorts under 2000-talet har resulterat i en sådan bredd och mångfald av faktorer att det är svårt att i en empirisk analys omfatta dessa: "allt spelar roll" för utfallet av implementering (Damschroder et.al. 2009; Feldstein & Glasgow & 2008; Greenhalgh et.al. 2005; Fixsen et.al. 2005). För att hårdra det kan man säga att när "allt" spelar roll, spelar inget roll. Det beror på att man i analysen tvingas ta hänsyn till alla de faktorer som kan påverka implementeringsprocessen, utan att kunna identifiera eller rangordna de dimensioner och mekanismer som är *viktigast* när man avser att förklara varför resultat av implementering kan skilja sig åt. I den här studien ser vi därför ett behov av ett något mer teoretiskt helhetsgrepp på spridningsprocesser. Vi strävar alltså efter att komplettera den empiriska och mycket detaljrika forskningen om implementering inom hälso- och sjukvård, med ett något mer teoretiskt övergripande perspektiv på just spridningsprocesser, som vi anser vara speciellt funktionella i detta sammanhang.

Den teoretiskt orienterade forskningen utgår främst från begrepp som skapats inom företagsekonomisk s.k. nyinstitutionell teoribildning, framför allt den skolbildning om idéspridning som utvecklats av Barbara Czarniawska (Johansson 2002; Czarniawska-Joerges 1995) som innebär att man studerar *hur* metoder sprids från ett sammanhang till ett annat och hur dessa processer går till. Det rör sig alltså om ett mindre normativt sätt att närma sig spridningsprocesser än de som härrör från implementeringsstudier inom hälso- och sjukvårdsområdet, eftersom man inte primärt frågar sig vad som

är bäst eller sämst för implementering av en viss metod, utan snarare fokuserar på vilka faktorer som påverkar spridningsprocesserna.

Implementering i en hälso- och sjukvårdskontext

I bred mening betyder implementering att man försöker realisera, applicera eller sätta i verket planer, idéer, modeller, normer eller policys (Guldbrandsson 2007). Det är också i den meningen man använt begreppet i tidigare policyforskning. Med de nya studierna om specifika arbetssätt fick begreppet en mer specifik mening. Här åsyftas aktiva och planerade ansträngningar för att en ny metod ska användas som ordinarie metod i en organisation (se t.ex. Guldbrandsson 2007; Fixsen et.al. 2005). Orsaken till framväxten av implementeringsstudier inom hälso- och sjukvårdsområdet har varit att man inom den forskningen uppmärksammat att patienter och klienter inte fått tillgång till bästa tillgängliga metoder, behandling och stöd, samt att praktiker inte fått tillgång till bästa tillgängliga instrument, metoder eller tekniker.

Efterhand, har man inom den hälso- och sjukvårdsinriktade implementationsforskningen (Bhattacharyya et.al. 2009) konstaterat att man har passerat olika faser av "insikt" över de implementeringsproblem man stått inför vid introduktionen av nya metoder. Man har noterat att individer och organisationer inte självklart tar till sig de bästa tillgängliga metoder som finns. Metoder börjar inte självklart användas, bara för att de har bättre visade effekter. Människor gör "motstånd"; de agerar fast de inte har rätt kompetens, organisationer är tröga att anpassa till nya vårdformer, politiska beslut kan direkt motverka implementering av bästa tänkbara vård. Ekonomiska och administrativa system kan vara felkonstruerade med avseende på att införa nya behandlingsmetoder (a.a.).

I detta sammanhang brukar man också tala om olika typer av spridning. Den passiva spridning av metoder, som på engelska kallas för diffusion, eller mer vardagligt kallas för "let it happen" (enligt Fixsen et.al. 2005, se även Bhattacharyya et.al. 2009), är ofta ineffektiv. Aktiva insatser av mer indirekt karaktär kallas enligt ovanstående källor ofta för "help it happen". Ett sådant förhållningssätt intar forskare genom att t.ex. presentera forskningsresultat på seminarier eller konferenser, eller genom att ge tekniskt stöd för genomförande. Men inte heller sådana insatser har visat sig fungera tillfredsställande då det gäller att implementera och sprida evidensbaserade metoder. Det har resulterat i att man inom hälso- och sjukvårdsområdet intresserat sig för dels de problem som är förbundna med implementering av metoder, dels för de förutsättningar som bör finnas för att metoder skall bli implementerade på bästa sätt. Från passiv spridning har man riktat fokus mot en aktiv implementeringstaktik som på engelska kallas för dissemination, eller med ett mer vardagligt uttryckssätt: "make it happen". Den aktiva spridningstanken innebär att man aktivt och med planerade ledarskapsstyrda insatser och interventioner går in och direkt påverkar organisationer så att de på en kortare tid än vad som annars skulle vara fallet, tar till sig och börjar tillämpa metoder som, antas fungera bättre än de tidigare (Guldbrandsson 2008; Fixsen et.al. 2005).

Definitioner av begreppen metod och program.

Guldbrandsson (2008; och även Damschroder et.al. 2009; Greenhalg et.al. 2005; Fixsen et.al. 2005) menar att det är viktigt att göra en åtskillnad mellan en viss metod och hur man avser att implementera metoden. Begreppet metod kallas för många olika saker i de olika forskningsöversikterna. Några av de alternativa och vanligt förekommande beteckningar som förekommer i litteraturen är t.ex. innovation, idé, intervention, program eller modell. En *innovation* kan beskrivas som en framgångsrik introduktion av idéer, som betraktas som nya, i ett givet socialt system (t.ex. Ax & Bjørnenak 2005). Enligt den definitionen kan gamla idéer som introduceras i nya miljöer, eller återintroduceras i samma miljö som tidigare, betraktas som innovationer. Möjligen kan man säga att begreppet *intervention* är mer förknippat med själva implementeringen av en viss metod, än metoden som sådan, men fortfarande handlar det huvudsakligen om det som skall implementeras och inte om implementeringsprocessen.

Skillnaderna mellan begreppet modell och metod kan formuleras på följande vis. En samhällsvetenskaplig modell kan sägas vara en *förenklad bild* av verkligheten, konstruerad utifrån teoretiska begrepp och hur dessa hör samman i tid och rum (Asplund 1985). En modell kan också representera en bestämd form, t.ex. en bestämd form av vårdmodell, som då utgör en ram eller behållare för en mängd olika metoder som då utgör själva innehållet i modellen. I den meningen närmar sig användningen av begreppet modell begreppet program som vi ska strax ska diskutera.

Den vardagliga betydelsen av begreppet metod kan å sin sida definieras som den *praktiska tillämpningen* dvs. själva utförandet. Det är en process som utförs i syfte att nå ett specifikt mål eller att erhålla ett resultat. I en rapport likställer Socialstyrelsen (2009) begreppet metod med ett strukturerat arbetssätt. Beskrivningen av metoden skall vara så detaljerad att andra praktiker skall kunna upprepa arbetsformerna. En manualbaserad metod bygger, enligt samma källa, på att det finns en skriftlig "bruksanvisning" som är lätt att följa.

En metod kan alltså definieras som: (1) ett arbetssätt som följer vissa bestämda regler, (2) har en uttalad teori i vid mening som grund för metoden. (3) den ska lösa specifika problem. Man kan därmed ansluta till Bergmark och Lundström (1998), som menar att metoder får beteckna "*strategiskt utformade, planmässiga och systematiska aktiviteter som används i klientarbetet eller för att reglera klientarbetet.*" (a.a. s. 292.) Blom och Morén (2006) ger en likartad beskrivning av metodbegreppet.

För den här studiens vidkommande verkar det således vara relevant att vi talar om antingen metoder eller modeller alternativt program. Samtidigt talar vi då både om de begrepp som används för att definiera och tala om en viss metod, en methods form och dess innehåll samt om det är så att man sammankopplar flera olika metoder till ett gemensamt specifikt *program* (eller vårdmodell) som innehåller ett antal metoder som skall användas på ett strukturerat sätt. Programbegreppet används också mer ofta än modellbegreppet för att visa hur vissa metoder skall introduceras och användas i olika steg eller faser. Generellt kan man säga att en specifik metod är mer avgränsad än ett program eller modell som i sin tur kan bestå av flera olika

metoder. Oftast så utgår man från att en metod också innehåller någon form av innovation eller omskapad idé, som skall implementeras eftersom den representerar ett nyare, och optimalt sett ett bättre sätt än tidigare, att hantera en viss fråga.

Från idé till metod

Guldbbrandsson (2008) menar att såväl metod som implementering har olika tidsförlopp och utvecklingsfaser som inte nödvändigtvis har med varandra att göra. Om man börjar med en metod, så måste den först upptäckas eller utvecklas som en idé. Denna idé förädlas sedan till en metod eller en modell, som sedan testas (i bästa fall) genom kontrollerade studier eller möjligen först genom s.k. pilotprojekt. Redan här kan man notera att det finns olika uppfattningar som förs fram i forskningen om hur den vetenskapliga evidensen bör se ut inför steget från metodutveckling till genomförandet, dvs. implementeringen. I verkligheten finns det naturligtvis hur många exempel som helst på mer eller mindre genomtänkta idéer som har sålts in och som introducerats i verksamheter såväl inom hälso- och sjukvårdsområdet som på andra områden – ibland bara för att metoden växlar, ibland för att behoven av nya bättre metoder varit akuta.

Inom såväl hälso- och sjukvårdsområdet, men kanske främst inom socialt arbete, finns det mycket olikartade synsätt på hur man skall se på en metods relevans för ett visst problem eller en specifik målgrupp. Mycket av den kritik som har riktats mot evidensrörelsen kan leda tillbaka till försöken att införa en hårdare form av implementering när det gäller evidensbaserad praktik (EBP) inom socialt arbete – ett område som traditionellt kännetecknats av ramlagar och gräsrotsbyråkrater med ett förhållandevis stort handlingsutrymme. Inom delar av området socialt arbete finns en utbredd skepsis mot introducerandet av strikta och manualbaserade metoder som anses kunna ligga till grund för riktlinjer som sedan alltid skall tillämpas utan professionell handlingsfrihet. I den ursprungliga definition av EBP väger dock enligt Sacket och kollegor (1996) den medicinska praktikerns professionella kunskap lika tungt som den vetenskapliga evidens som ligger till grund för en viss åtgärd, också relationen till patient eller klient betonas som ett av de tre (numera fyra, om man också inkluderar den organisatoriska kontexten som en faktor) ben som skall ligga till grund för evidensbaserade insatser.

Från metod till implementering: faktorer som påverkar utfallet av implementering

Finns det då konkreta råd och riktlinjer för hur man inom socialtjänsten och psykiatrien kan agera för att lyckas med implementering, utan att skepsis för evidensbegreppet eller rädsla för praktikernas självbestämmande i sig självt skymmer sikten för de resultat man vill uppnå? Om man utgår från de studier som finns på området så är svaret ”ja”. Styrkan med de översiktsstudier som finns på området är att man ger konkreta råd och anvisningar för hur man ska göra och vilka faktorer som man måste ta hänsyn till. Ett problem är att mångfalden av faktorer som lyfts fram kan vara avskräckande. Vi ska

här göra ett försök att sammanfatta de viktigaste faktorer som framkommer i studierna.

Behov

I den forskning som finns betonas att en viss verksamhet måste uttrycka sina manifesta behov tydligt: behoven av förändring måste formuleras (Johansson 2010). Enligt Guldbrandsson (2007) och Oscarsson (2009) bör även behoven först formuleras som problem och sedan som konkreta frågor som man söker svar på. En förändring kan komma till stånd av inre eller yttre tryck på organisationen. Ett inre tryck utgörs av att verksamheten ställs inför utmaningar avseende olika former av resultat. Ett yttre tryck kan exempelvis utgöras av politiska eller professionella påtryckningsmedel. Sådana externa påtryckningsmedel kan ligga till grund för hur man sedan vill styra och påverka en implementeringsprocess. Förändringar kan också initieras inifrån, på gräsrotsnivå. De processer som följer på detta kommer att se olika ut beroende på var i en organisation behov och lösningar initieras. En förändring kan lättare komma till stånd om man redan från början väver in belönings-system, och någon form av normativ kontroll. Om man konstaterar att ett behov av förändring finns, är det först då tillämpligt att gå vidare till frågan om vilken metod som är "rätt" för verksamheten och varför man skall implementera denna.

Hur väljer man "rätt" metod?

Idealmodellen för val av metod innebär att en metod som skall implementeras bör vara grundad i någon form av vetenskaplig evidens, dvs. metoden ska i ett flertal olika studier ha visats sig mer effektiv än andra metoder, eller behandling "som vanligt" (treatment as usual, TAU) som riktar sig till samma målgrupp. Utan att här fördjupa oss kunskapsteoretiskt i denna omfattande debatt kan man säga att det ofta är svårt att finna exemplarisk eller ideal evidens för metoder. Såväl metoder som målgruppernas verklighet och kunskapsproduktionens villkor (t.ex. nya analysmetoder och arbetsformer) förändras, och debatten runt huruvida vissa kunskapsformer är bättre eller sämre (t.ex. kvantitativa vs. kvalitativa data) än andra kommer förmodligen att fortsätta under en överblickbar framtid. Ju mer komplexa metoderna blir och ju fler komponenter de innehåller, desto svårare blir det att i efterhand kontrollera för faktorer som inte rör metoden som sådan (Greenhalgh et.al. 2005). Det är på så sätt lättare att genomföra implementeringsstudier som kan påvisa om en enskild förändring av ett beteende leder till bättre, oförändrade eller sämre resultat, medan det är svårt att göra detsamma med program som innehåller flera olika metoder på olika nivåer i en organisation.

Motstånd mot införandet av en ny arbetsmetod eller ett nytt program kan också ha att göra med huruvida innehållet i en metod är mer eller mindre *radikalt*, dvs. om det innebär stora förändringar gentemot tidigare arbetssätt. En viss förändring kan vara tänkt att fungera långsiktigt, medan andra endast ingår i ett tillfälligt modeskifte (Czarniawska-Joerges 1995). Vissa arbetsmodeller och metoder har en kort livslängd i en viss form. Sedan stöps de om för att sedan lanseras på nytt av kreativa försäljare som kan avläsa

vilka typer av metoder som verkar gångbara för tillfället. Forskningsöversikterna visar också att det är ont om framgångsrika helt radikala innovationer som lanserar inslag som aldrig tidigare har funnits. Om sådana lanseras av någon sändarorganisation eller innovatör, visar de sig ha svårt att överleva. Det verkar som om chefer och praktiker på ett enkelt sätt behöver känna igen bärande inslag och nyckelbegrepp i en metod för att kunna ta till sig dessa. Det vill säga om de som skall arbeta med en metod har tidigare erfarenhet av metoden eller har stött på de begrepp som används, ökar också motivationen att använda metoden, förutsatt att den ses som mer effektiv än tidigare arbetssätt.

En modell som är enkel och tydlig är också lättare att förhålla sig till. En modell som präglas av innehållslig otydlighet kan å andra sidan ge mer manöverutrymme och initialt skapa mer positiva värderingar. I översikterna (Damschroder et.al. 2009; Guldbrandsson 2008; Feldstein & Glasgow 2008; Greenhalgh et.al. 2005; Fixsen et.al. 2005) återkommer också en annan komponent som tycks vara viktig i förankringsarbetet. Det är möjligheten till ”en väg ut”. Personal och ledning är mer benägna att ta till sig nya metoder om det är så att kostnaderna för att införa nya metoder inte är alltför omfattande, om det är lätt att avbryta implementeringen och om det finns ”nödutgångar” som gör att man kan överge den nya metoden om den inte visar sig lämplig.

Sammanfattningsvis kan man säga att enkla metoder som känns igen av dem som ska arbeta med dem, som inte lanseras som alltför radikala, och där förändringar inte är permanenta verkar nå mer framgång än de som innehåller inslag av motsatsen.

Från programplanering till implementering

För att belysa hur man ser på överföringsprocessen – från metod till att planera för implementeringsinsatser – kan man formulera ett antal teman som återkommer i de flesta studierna på området. Också denna process kan idealt ses som kronologisk, dvs. det är lämpligt om det första steget görs innan nästkommande osv. I praktiken torde ett sådant strukturerat förhållningssätt vara svårt att genomföra. I enlighet med en idealm modell (Fixsen et.al. 2005) bör dock en implementeringsprocess förberedas och förankras noggrant innan en organisation kan sätta ett större förändringsarbete. Johansson använder samlingsbegreppet ”kunna” (2010) för att belysa vikten av olika typer av resurser vid en implementeringsprocess. Det rör sig om steg då informationskampanjer, rekrytering av personal samt utbildningsinsatser och förankring av de element som ska implementeras måste genomföras. En fråga som måste ställas är också om det finns resurser för att genomföra de önskvärda förändringarna. En organisation måste ha tillräckligt med kompetent personal och finansiella resurser att satsa på implementeringsprocessen för att lyckas nå målen. Fixsen och kollegor (2005) betonar också att ”halvhjärtade” försök att implementera nya metoder inte är framgångsrika när det gäller att nå goda implementeringsresultat.

När det gäller kompetens hos personal så åsyftas allt ifrån chefer och operativ personal till så kallade möjliggörare el. förändringsagenter [purveyors]. Sådana förändringsagenter (Guldbrandsson 2008) eller möjliggörare (Fixsen

et.al. 2005) har en särskilt viktig roll i implementeringsprocessen, eftersom deras funktion är att fungera som länk för att överbrygga avstånd mellan den operativa personalen och de sändare som har i uppgift att genomföra implementeringen. Deras uppgift är också mer konkret att ge inspiration och motivation, träning och utbildning i hur implementeringsprocessen skall genomföras. Dessa möjliggörare kan finnas såväl inom som utanför organisationen.

Om vi ska sammanfatta ovanstående punkter när det gäller en organisations beredskap för implementering så ska man, enligt Fixen och hans kollegors (2005) idealmodell för implementering, innan implementeringen har klargjort behoven av förändring, man skall gå igenom en övertygelseprocess där ledare, chefer och personal skall övertygas och motiveras till att gå med på implementering. Ju mer "desperat" läget är inom en organisation, ju mer sannolikt är det att man är motiverad att hitta metoder som fungerar bättre än de tidigare. Om personalen däremot är övertygad om att man redan arbetar på ett bra sätt och att de metoder man använder är effektiva kommer det också att bli svårt att implementera nya metoder. I implementeringslitteraturen varnar man också för försök att implementera nya metoder endast på ekonomiska grunder, dvs. för att göra besparingar. Sådana implementeringsförsök kan få negativa konsekvenser för personal och för målgruppen och leder sällan till förbättringar (se litteratur om lean-production och magra organisationer i offentlig sektor, t.ex. Vinnova 2007). När argumenten för en ny metod väl är förankrade i en organisation är det dags att fatta beslut om implementering.

Hård och mjuk implementering: två sätt att implementera metoder.

Även när det gäller implementeringsprocessen finns i litteraturen ett antal återkommande teman. Den första gruppen av frågor berör den s.k. paketeringen av det som skall implementeras. Hur är de komponenter som ingår i modellen förpackade? Skall alla delar implementeras eller bara vissa av dem? Attraherar komponenterna de tilltänka målgrupperna? Är alla delar redovisade i förpackningen eller finns delar som "kostar extra"? De flesta av de konstruktörer som står som möjliggörare (eller alternativt förändringsagenter) och säljare av olika modeller har någon form av idé om hur deras modell ska implementeras. Enligt litteraturen kan man se att det i stora drag finns två olika typer av implementeringsstrategier: en hård och en mjuk. En hård implementeringsstrategi kännetecknas av att allt som ingår i ursprungsmodellen också skall implementeras. Det får då inte förekomma alltför stora s.k. särkopplingar (se Johansson 2002: 77,78 samt kap 6 för diskussion om särkopplingar mellan politik som "prat", beslut och handlingar) mellan en formulerad policy och något av det innehåll som skall implementeras: formulerade handlingsstrategier måste åtföljas av distinkta avgränsade handlingar som kräver följsamhet av de målgrupper som förändringen riktar sig till.

Programtrohetsskalor (fidelity-scales) brukar ofta följa på en hård implementering eftersom avsikten är att man skall nå ett distinkt och välformule-

rat mål med implementeringen. Det vill säga, om alla aktörer vet vad de ska göra är det också möjligt att mäta om alla har gjort det de förväntades göra. När man exempelvis studerar utformningen av vissa programtrohetsskalor, (t.ex. Bond et.al. 2009) kan man se att mycket i den s.k. evidensrörelsens förhållningssätt bygger på att specifika insatser skall mätas med avseende på *precision*: den metod som implementeras skall vara så lik ursprungsmodellen som möjligt. Om en metod är enkel och exempelvis endast går ut på att byta ett handgrepp mot ett annat är det också förhållandevis enkelt att mäta programtrohet. Innehåller metoden däremot ett flertal olika moment som skall samordnas på flera nivåer, och med stora frihetsgrader för alla involverade aktörer, blir det också mer komplicerat att mäta om en viss insats är programtrogen eller inte. När metoder blir mer komplicerade behöver också programtrohetsmätningar ta hänsyn till denna komplexitet.

Inom statsvetenskapen talar man ofta om hård eller mjuk förvaltningsstyrning (se SOU 2006:5 för en kunskapsöversikt) när man talar om behovet av hårda eller mjuka implementeringsstrategier. Även om man främst här talar om implementering av s.k. reformer så finns det delar som är relevanta också för vår studie då vi talar om styrningsmekanismer och inte främst innehållet i reformer eller metoder. Man menar exempelvis att behovet av en hård- respektive mjuk förvaltningsstyrning styrs av huruvida beslutsfattare besitter kunskap om det problem man vill lösa och om det finns kända lösningar till de problem som en reform skall lösa. Ju mer komplicerat problemet är, och ju mindre kunskapen om kända lösningar är, desto mer verkar behovet av mjuka förhandlingsbaserade styrningsmetoder öka. Statsvetare, menar således att det finns behov av olika typer av styrning beroende på vad det är för typ av verksamhet som skall styras. Viss verksamhet behöver styras hårt eftersom vissa reformer är av tvingande karaktär (t.ex. införandet av nya bidragsformer som måste vara lika för alla). Vid implementering av andra reformer krävs mjuk styrning eftersom man i praktiken överlämnar mycket handlingsutrymme åt professioner eller gräsrotsbyråkrater att själva bestämma hur ett visst reforminnehåll skall utföras. En optimalt strikt hård implementering innebär då krav på att alla komponenter som finns med i en reform, också måste finnas med vid implementering. Ytterligare har de som initierat reformen också reglerande mekanismer att sätta in som motåtgärd om de som skall följa reformen inte gör det. En mjuk implementering kännetecknas å andra sidan av att intentionerna med att införa en viss reform måste få vara mer avgörande än själva interventionerna. Valet av en mjuk implementeringsstrategi gör emellertid implementeringsprocessen mer svåröverblickbar och diffus ur styrningshänseende.

Enligt de översikter som ägnats åt att granska faktorer av värde för implementering av evidensbaserade metoder, så finns det kriterier för när man ska implementera metoder. Exempelvis menar Fixsen, i enlighet med andra studier (Damschroder et.al. 2009; Guldbrandsson 2008; Greenhalgh et.al. 2005) att EBP-baserade program bör ha följande egenskaper:

- 1 Evidensbaserade program skall ha en klar filosofi:
 - a) de ska ge riktlinjer för alla kliniska bedömningar, beslut, uppföljningar

- b) de ska vara integrerade med operativ verksamhet [treatment delivery]
 - c) behandlingsprocedurerna ska tillsammans vara konsistenta.
- (2) De ska innehålla specifika behandlingskomponenter [treatment technology] som ska användas över hela linjen i all personals behandling av (alla) patienter i målgruppen.
 - (3) De ska innehålla klara beslut över vilka som skall fatta beslut, klarhet vad gäller ansvarsfördelning och ansvarstagande [treatment decisions]
 - (4) De ska specificera ”var, hur och vem”-frågorna. Det vill säga insatsen skall alltså specificera i vilka lokaler verksamheten skall ske, hur arbetsformerna ska se, hur länge verksamheten skall ske samt hur många som skall vara involverade i att bedriva verksamheten.
 - (5) De ska innehålla specificerade system för kontinuerlig förbättring, dvs. uppföljning och utvärdering.

Utifrån ett sådant exempel kan man måhända bättre förstå vad kontroversen eller diskussionen mellan EBP-företrädare och motståndare handlar om. Fixsens mycket tydliga definitioner av reformer exemplifierar således aspekter av det man kan kalla för en *hård* implementering av en viss metod. Det säger visserligen inte något om de tillvägagångssätt som skall användas när aktörer skall implementera ovanstående idealtyp för en evidensbaserad metod, men det talar däremot om hur väl definierat en viss reform bör vara innan man övergår till det konkreta implementeringsarbetet.

Hur ska denna teoretiska förståelse av mjuk och hård implementeringsstrategi då kunna användas empiriskt av oss i vår studie? Erlingsdottir och Lindberg (2006) utvecklar i sin modell Powell och DiMaggios klassiska syn på organisatorisk anpassning utifrån tre olika typer av isomorfism, nämligen en normativ, tvingande och mimetisk, dvs. härmande (1991). I Erlingsdottir och Lindbergs analys är isomorf anpassning emellertid endast en typ av formativ anpassning, som av författarna kompletteras med en viss typ av begrepp och ”prat” (isonymism) som används vid implementering, samt det innehåll som förmedlas (isopraxis). När det gäller den förstnämnda aspekten, isonymism, har Czarniawska (tidigare Czarniawska-Joerges) i ett flertal böcker och artiklar (se t.ex. Czarniawska-Joerges 1995; Johansson 2002) behandlat den språkliga begreppsapparat, eller det ”prat”, som används när idéer översätts till nya organisatoriska sammanhang. En begreppsapparat (som t.ex. assertive community treatment och case management) innehåller i sig etiketter (labels) som styr berörda med ett visst språkligt innehåll. Bl.a. har Czarniawska-Joerges (1995) visat att floskler, metaforer, och plattityder används flitigt av dem som vill genomföra vissa organisationsförändringar i en viss riktning. Vid en implementeringsstudie blir det därför intressant att studera också vilka begrepp som *inte* används. Är det så att t.ex. en viss utbildning skall ha formen av ACT måste också begreppsapparaten från ACT finnas med. Har den ”paketerats om” till andra begrepp bör man också fråga sig om något i innehållet har förändrats på vägen.

En hård implementering sker då de som skall möjliggöra implementering samt de som arbetar med implementering kräver att språk och begreppsapparat, form och innehåll, samt instrument och metoder skall implementeras

helt i enlighet med en tidigare definierad ursprungsmodell (Erlingsdottir & Lindberg 2006). Med en hård implementering förväntas endast mycket små avvikelser från grundformen ske. En mjuk implementering sker å andra sidan när man vid implementering har större frihetsgrader, dvs. att man i viss mån gör avkall på kravet om en specifik begreppsapparat, form eller innehåll (a.a.). Reformintentioner av skilda slag kan då ges en språkdräkt som känns tilltalande men som ofta är en del i en trend. En mjuk idéspredning kan således skilja sig avsevärt innehållsmässigt från, t.ex. ett strikt EU-direktiv eller liknande, medan den retorik som används vid implementeringen och spridningen kan vara i princip identiskt med ursprungsidén. Således är prat inte alltid samma sak som handling. Språk, form och innehåll kan således begreppsligt vara beskrivna som överensstämmande med varandra men i verkligheten behöver en sådan överensstämmelse mellan språkbruk form och innehåll inte finnas.

Sammanfattningsvis finns åtminstone två skilda strategier för implementering. Vid en hård implementering måste begreppsbruk, form och innehåll vara i samklang med varandra. En hård implementering kan också åtföljas av någon form av sanktioner som kan riktas mot dem som inte följer implementeringsprogrammet även om belöningar för väl utförd implementering torde vara vanligare än bestraffningar i ett svenskt sammanhang. En mjuk implementering föregås av en mjuk implementeringsformulering där mål och begrepp kan vara oklara från början. Processen kan då också leda till en mångfald av begrepp, former och behandlingslösningar när den väl implementeras. Vilka kombinationer som de olika implementeringsstrategierna utmynnar i är en empirisk fråga.

Avvikelser vid implementering: begreppet "drift".

Även om en paketering av en metod eller reform är bestämd avseende såväl begrepp, former och praktik så kan resultatet av en implementering avvika från det planerade på en mängd olika sätt. Ett villkor för att implementering skall lyckas är att de medverkande aktörer följer de gemensamma "anvisningar" som formulerats för hur man skall gå tillväga. Det finns förmodligen fler exempel på illa implementerade reformer än det finns på reformer där man lyckats bibehålla såväl begreppsapparat, former och praxis intakt efter implementering utan större avvikelser från en önskad idealmodell. Även om så vore, varnar många forskare (som t.ex. Fixsen 2005) för att en dålig metod inte blir bättre av att implementeras väl. Det är också orsaken till att man i de flesta översiktsstudier väljer att skilja på metoden som sådan och implementeringen av denna.

Kombinationer där en bestämd begreppsapparat, en bestämd form samt bestämda metoder och instrument skall implementeras hårt, dvs. helst på exakt samma sätt som i ursprungsmodellen, torde ändå stå för den mest önskvärda spridningsvarianten (jfr, de engelska uttrycken *compliance* och *adherence* i t.ex. Forsner m.fl. 2008). Men då med förbehållet att man med säkerhet kan säga att man utgår från en verkningsfull metod. Problemet är ofta att man inte alltid kan avgöra detta. Det finns dock problem med en alltför hård implementeringsstrategi som lyfts fram i forskningen (a.a.). Exempelvis kan en hård strategi möta motstånd hos personalen, beroende på

ett flertal orsaker. T.ex. kan den gå emot rådande kultur på arbetsplatsen, den kan gå för fort fram, den kan innebära att personal och organisation inte är anpassad eller har rätt kompetens för att genomföra förändringarna.

Det finns varianter av en mjukare implementering som i vissa avseenden verkar vara att föredra. Uttrycket drift [drift] används av t.ex. Fixsen (et.al. 2005) för att beskriva hur implementering av en viss metod avviker, eller på svenska – driver –, från den avsedda. Uttrycket drift fungerar även på svenska, så vi väljer att använda oss av det ursprungliga begreppet här. Det finns enligt Fixsen två typer av drift: en oönskad och en önskad. En oönskad drift innebär att man ändrat på innehållet i ursprungsmetoden så mycket att själva innehållet inte längre liknar den ursprungliga. En önskvärd drift innebär å andra sidan att man kan ändra i metodens former för att anpassa metoden till ett organisatoriskt sammanhang, men att man inte ändrar metodens kärninnehåll. Det innebär att drift från själva interventionens kärnegenskaper [core features] inte är önskvärd, medan en drift som möjliggör lokala anpassningar är önskvärd om man samtidigt når det önskade målet bättre med en sådan mjuk anpassning. De kärnkomponenter som Fixsen et.al. (2005) beskriver som centrala komponenter vid en god implementering – dvs. de som inte kan tas bort, förändras eller förminskas, vid implementering – består av följande steg:

1. Rekrytering av kompetent personal
2. träning och utbildning i kunskap och värderingar
3. konsultation och coachning samt ledarskap på operativ nivå
4. kontinuerlig utvärdering av praktikernas prestationer
5. programutvärdering gentemot kunder och klienter
6. administrativt stöd genom ledarskap, information och kunskap med fokusering på ett optimalt utfall i enlighet med mål.

Även om komponenterna enligt Fixsen bestämt måste vara med för att en god implementering ska kunna ske, kan de utföras på olika sätt. Själva formen och de tekniska lösningarna för dem [adaptable periphery] kan och bör anpassas till organisationen. Även i de andra stora översiktsstudierna, som Damschroder et.al. (2009) och Greenhalg et.al. (2006) samt Feldstein & Glasgow (2008) påpekas att man bör skilja på vad som är kärnan med interventionen och det som tillhör de yttre anpassningsbara formerna, dvs. adaptable periphery med Fixsens vokabulär (2005; alternativt "fuzzy boundaries" enligt Greenhalgh et.al. 2006) för interventionen. Den inre kärnan måste skyddas mot förändring och det görs bäst genom att anpassa den yttre periferin till lokala omständigheter. Man skulle kunna tolka detta som att begrepp, och *former* för implementering kan anpassas till rådande organisation, medan det som konkret skall utföras – praxis – inte kan förändras. Som vi sett verkar alltså en alltför hård implementeringsstrategi ibland skada möjligheterna till goda resultat av att implementera en viss metod, medan mjukare metoder där formerna för implementering kan anpassas till organisationens miljö, kultur och personella mix i långa loppet verkar vara mer lyckosamma.

Organisation och ledarskap: varmstart och kallstart

Om man skall värdera de organisatoriska dimensioner som verkar ha störst betydelse för utfallet av implementering så verkar det som att vissa organisationsspecifika dimensioner har större betydelse än enskilda operativa aktörers bidrag till processen. Som enskild dimension (dvs. som i sig rymmer ett flertal faktorer) verkar det man kallar för en "kosmopolitisk miljö" (Greenhalgh et.al. 2006) vara mycket viktig för att en implementeringsprocess ska lyckas. Det innebär att det finns ett ledarskap som innehåller entusiasmerande ledare som är öppna för förändring och som också lyckas förmedla detta till personalen. Arbetsklimatet i en sådan organisation tillåter försök, organisationen är förhållandevis icke-hierarkisk, decentraliserad, uppmuntrar nyfikenhet och innehåller en kritisk massa av resurser.

Organisationsspecifika faktorer som påverkar möjligheterna för implementering har även att göra med hur mycket andra typer av resurser som finns till förfogande, t.ex. hur mycket kompetent personal som finns tillgänglig för att förändra arbetsformer och tillgången på ekonomiska resurser under och efter implementeringen (Johansson 2010). En mer omfattande implementeringsprocess kräver aktiva möjliggörare [purveyors] som har i uppgift att överbrygga eventuella problem och oklarheter i processen mellan de som är sändare av en metod och de som är mottagare av metoden, dvs. operativ personal och chefer. De s.k. förändringsagenternas eller möjliggörarnas roll verkar vara en kategori som betonas olika i en amerikansk och en svensk kontext (jfr. Fixsen et.al. 2005 och Guldbrandsson 2008). I det svenska sammanhanget består dessa ofta av grupper av personer medan man i en amerikansk eller engelsk kontext snarare tenderar att betona specifika personers betydelse. Brukargrupperna är också en viktig del av denna process. Om dessa är emot en ny metod eller inte vill använda sig av de råd och rekommendationer som experter förmedlar riskerar implementeringsprocessen att försvåras.

En annan fråga rör de mer legala aspekterna av att introducera nya arbetsmodeller. Formella beslut eller avtal om samverkan stödjer vanligtvis en mer formaliserad samverkan mellan de aktörer som förväntas samarbeta. Legal hinder för samverkan finns också eftersom många samverkansformer kräver samarbete och informationsutbyte vilket inte underlättas om det finns exempelvis sekretessbestämmelser för enskilda verksamheter. Det tekniska stödet är också en viktig faktor som kan underlätta eller försvåra processen. Organisatoriskt verkar det också som om organisationer med tidigare erfarenhet av att arbeta på ett sätt som liknar den nya metoden har lättare att genomföra förändringarna. Sandlund och Markström har i en rapport (2003) lanserat begreppen varmstart och kallstart som empiriska kategorier för de organisationer som antingen har en beredskap för förändring och kanske redan provat på att arbeta på ett visst sätt och de som inte har det (se även Johansson 2010 som sammanfattar de beståndsdelar som måste finnas i en implementeringsprocess i begreppen veta, vilja och kunna).

I denna rapport kommer vi att presentera ett något mer utvecklat varmstartsbegrepp där vi även har inorporerat ett antal av de faktorer som återfinns i refererade implementeringsstudier. Varmstartsbegreppet definieras

här som att personal och chefer, dvs. de som skall arbeta med metoden måste veta varför en metod skall implementeras och vilka behov den ska fylla. Här fyller förändringsagenterna eller möjliggörarna en viktig funktion som förmedlare av kunskap om det innehåll som man avser implementera. Personal och målgrupp bör också vilja införa en viss metod. Finns det ett motstånd eller många som upplever att de inte vill genomföra en metod för att den av en mängd olika skäl inte anses vara lämplig, kommer det att möta motstånd. Också här fyller förändringsagenter en viktig funktion i en implementeringsprocess som överbyggare och brobyggare mellan olika grupper av personal. Den sistnämnda aspekten, kunna, syftar på om det finns organisatoriska resurser som räcker för att genomföra en reformering av status quo. Med utgångspunkt i ett varmstartsbegrepp kan man se att följande faktorer verkar viktiga för en framgångsrik implementering. Personal och chefer har *erfarenhet* av idéerna som ska implementeras, de *känner till* en viss metod sedan tidigare, de har *arbetat* i den riktningen redan förut, t.ex. prövat på varianter av case management-metodiken tidigare, personalen känner sig tillfreds med metoderna som ska implementeras, metoden fyller behov som finns i organisationen, metoderna är inte kontroversiella eller för radikala och de bryter inte mot normer, regler eller rådande kultur.

Vi ska avsluta med att, i enlighet med Sacketts ursprungsdefinition av EBP (1996), säga några ord om målgruppen som en insats riktar sig till. Något som såväl forskare, förändringsagent eller operativ personal måste hålla i blickfånget i alla led av en implementeringsprocess är brukargruppen och deras behov. Det handlar alltså om att aktivt väva in brukare, klienter eller patienter i en implementeringsprocess eftersom alla insatser riktar sig till dem. Brukargruppen är inte så ofta nämnd inom implementeringslitteraturen, men desto mer inom evidensrörelsen, eftersom de utgör det s.k. tredje benet för evidensbaserade insatser, i triaden kunskap/evidens, praktiker samt klient eller patient. Det är för att dessa personer skall få en bättre livskvalitet som en såväl säker som snabb implementering av bästa tillgängliga metoder bör genomföras.

En flod flyter endast åt ett håll.

Om vi ska sammanfatta det vi redogjort för i detta kapitel så kan man säga att en flod bara flyter åt ett håll. Det vill säga om en viss organisation till att börja med har ett behov av nya metoder som fyller ett tomrum i befintlig verksamhet, blir man benägen att se sig om efter nya arbetssätt. Rent desperata situationer inom vård och omsorg utgör förmodligen inte de bästa förutsättningarna för innovationer, eftersom man då inte har arbetsro att se sig om efter nya metoder, men en situation som i sig rymmer många problem såväl arbetsorganisatoriskt som för klienter och patienter kan mycket väl vara motivationsskapande. Det räcker emellertid inte med detta utan personal måste också ha en viss kunskap och befintlig kompetens om hur en metod fungerar. Så kallade möjliggörare spelar här en stor roll för förändring. Har man inte en sådan kunskap kan man heller inte kritiskt värdera de arbetssätt som är i omlopp. Om personal och chefer tidigare har bekantat sig med såväl begrepp och ord som arbetsformer och innehåll så utgör det en positiv grund för en implementering.

En flod måste ibland också däckas och regleras. På organisationsnivå innebär detta stöd i form av lagar, organisationsbeslut m.m. som kan kringgärda och reglera samt sanktionera en viss typ av implementering så att driften inte blir alltför stor. Eftersom en flod bara flyter åt ett håll så kan heller inte själva metoden i sig vara alltför kontroversiell: en implementering har svårare att lyckas om man utgår från att en flod skall ändra riktning, dvs. om en metod är alltför radikal. Metoder som överensstämmer med gällande behov, normer, lagar och organisationskulturer, samt de som kan appellera till personalens behov och önskemål, har de bästa förutsättningarna att bli stabil och långsiktigt förankrade i den aktuella organisationen .

Sändarnas roll är enligt Guldbbrandsson (2008) att skapa och förmedla en metod. De är intresserade av att sprida denna idé till andra, antingen det är för att skapa en vinst för sitt företag eller för att göra världen bättre. I sändarnas arbete ingår också att sälja idén till organisationer och dem som internt arbetar med implementering inom organisationer. Alla dessa aktörer jobbar således i riktning med vad som är gångbart och möjligt. Skickliga producenter och försäljare av metoder är de som lyckas väcka andras uppmärksamhet, som vet vad som är gångbart eller inte och vad som för tillfället är ansett som den bästa och mest tillförlitliga metoden. De arbetar således i strömmens riktning och inte mot den (se t.ex. Rogberg 2006). Vi ska nu övergå till att studera den svenska regeringens försök att, genom en utbildningssatsning underlätta implementeringen av case management och assertive community treatment i det svenska vård- och stödsystemet.

Problembeskrivningen och arbetsmetoderna CM och ACT

Detta kapitel innehåller en beskrivning av bakgrunden till de ansträngningar för att stärka samordning och integrering av insatser till personer med psykiskt funktionshinder, som den aktuella satsningen är ett exempel på. Kapitlet innehåller också en genomgång av vad som kännetecknar CM och ACT och hur det vetenskapliga stödet för arbetsmetoderna ser ut.

Behovet av samordning och integrering

Arbetet med att reformera psykiatriområdet i Sverige i riktning från de slutna institutionerna mot samhällsbaserade insatser har pågått sedan 1970-talet. Under perioden fram till 1995 års psykiatrireform var den mest iögonfallande utvecklingen av arbetssätt och organisation det som kallats den sektoriserade psykiatrin. Inspirationen hämtades bland annat från satsningen på s.k. Community Mental Health Centers i USA. Den var ett försök att genom tillskapandet av tvärprofessionella team hålla ihop alla psykiatriska insatser, även förebyggande åtgärder, för hela populationen inom ett avgränsat geografiskt område (Hansson 2001). I Sverige påbörjades förändringarna genom projektverksamheter under 1970-talet, och ca 10 år senare hade så gott som alla psykiatriska kliniker i Sverige en sektoriserad vårdorganisation med öppenvårdsteam bestående av flera olika yrkesgrupper (Socialstyrelsen 1988). Inom denna verksamhet fanns på sina ställen en uttalad ambition om att integrera både medicinska, psykologiska och sociala insatser för den enskilde, inom ramen för ett team. Samtidigt med denna utveckling började avvecklingen av platserna på mentalsjukhus i Sverige, och vid sidan om öppenvårdspsykiatrin kom kommunernas socialtjänst att bli en tydlig serviceproducent. Rollfördelningen var otydlig, men i flera studier där man följde de f.d. mentalsjukhuspatienterna efter utskrivning uppfattade brukarna insatserna från kommunerna som värdefulla (se genomgång i Markström 2003).

Oklarheterna i ansvarsfördelningen mellan de olika myndigheterna var ett av skälen bakom tillsättandet av Psykiatriutredningen (1990-1992). Utredningen lade fram tydligt utmejslade ideologiska riktlinjer med en betoning på sådant som integrering i samhället och normaliserade levnadsvillkor för målgruppen personer med allvarlig psykisk störning (SOU 1992:73). Ett led i denna strävan var att "normalisera" även insatserna, genom att förespråka en förskjutning av ansvar från specialistpsykiatrin till primärkommunerna. Socialtjänstens ansvar för personer med funktionshinder fanns redan reglerad i Socialtjänstlagen (SoL) men utredningen och sedermera regeringen föreslog ett förtydligande. Resultatet, 1995 års psykiatrireform, innebar att kommunerna nu fick ett fastslaget ansvar för boende och sysselsättning för personer med psykiskt funktionshinder. Förutom en tydligare skrivning i

SoL, gjordes regleringar i den s.k. betalningsansvarslagen i syfte att få kommunerna att ordna behovsanpassade boenden och därmed undvika onödigt långa vårdtider för patienter bedömda som utskrivningsklara. Dessutom utbetalades tidsbegränsade statsbidrag till framför allt kommunerna, i syfte att stimulera uppbyggnaden av sociala stödinsatser (Socialstyrelsen 1999).

De ovan beskrivna förändringarna är en viktig bakgrund till den nationella uppmärksamheten på samordningsfunktioner, likt den kommer i uttryck i CM-metodiken. Psykiatrireformen var ett försök till "avmedikalisering" av psykiatrin och en logisk samhällsutveckling i Sverige där kommunaliseringssreformer på äldre- och funktionshinderområdet hade genomförts åren innan. Den innebar fokus på individernas möjligheter att leva ute i samhället men försvårade de ambitioner som fanns inom den sektoriserade psykiatrin. Idén om att samordna och integrera insatserna till patienten inom ramen för en enda organisation eller enhet komplicerades i och med kommunernas stärkta ansvar för det sociala stödet. Avinstitutionaliseringen har för många länder i västvärlden inneburit en fragmentisering av vård, stöd och service (Fawcett & Karban 2005, Knapp et.al. 2007). Den psykiatriska organisationen tappar i vissa avseenden patienten ur sikte och blir endast en av aktörerna på ett organisatoriskt fält även bestående av andra myndigheter, föreningar och verksamheter. I Sverige har denna fragmentisering förstärkts av en ansvarsuppdelning av välfärdssystemet, där ingen enskild aktör ensam kan hävda ett manöverutrymme att ansvara för vare sig samordningen av insatser eller för förmedling av integrerade insatser i ett "paket". För det krävs samverkan över myndighetsgränserna.

I praktiken har detta ofta inneburit att organisationerna, var och en för sig, utvecklat funktioner med visst samordningsansvar men endast för ett avgränsat insatsområde. System med kontaktperson har funnits i flera decennier inom psykiatrins verksamhet, inom socialtjänsten förekommer kontaktpersonfunktioner både inom boende- och boendestödsverksamhet och inom biståndsbedömning. Det senare exemplet har diskuterats i samband med det nationella tillsynsprojekt som bedrevs mellan år 2002-2004. Man kan föreställa sig handläggare och biståndsbedömare som en möjlig spindeln-i-nätet-funktion för den enskilde klienten eftersom de utgör själva ingången i socialtjänstens stödsystem, men de granskningar som gjordes visade att det endast i mycket begränsad utsträckning fanns mandat hos handläggaren att samordna mer än en specifik insats (Socialstyrelsen och Länsstyrelserna 2005). Ett konkret försök att understödja utvecklandet av en samordnarroll med möjlighet att hålla ihop helheten av insatserna är personligt ombud. Insatsen är relativt renodlad mot samordningsrollen och ska enligt de nationella direktiven inte innefatta behandling eller andra insatser som andra myndigheter har ansvar för. Personligt ombud ska vara frikopplad från myndighetsutövande aktörer och enbart agera utifrån klientens behov och önskemål. Emellertid finns enbart ca 300 ombud att tillgå i Sverige (Socialstyrelsen 2005).

Som framgått av denna redogörelse så har det länge funnits både ett intresse och flera försök att åstadkomma vård och stöd som är koordinerad och sammanhållen för personer med psykiskt sjukdom eller psykiska funktionshinder. Poängen har varit att i konkret mening ha en person eller ett team som har kontroll och kunskap om helheten av de behov en person har,

och om de insatser han eller henne tar emot. Denna funktion har till uppdrag att inte tappa den enskilde ur sikte, och upptäcka om något saknas eller är överflödigt i stödet och behandlingen. Om detta är problemet, dvs. att individer ur målgruppen inte får ett samordnat och behovsanpassat stöd utan i stället riskerar att tappa kontakten med vårdsystemet, vad är då lösningen? I det följande avsnittet kommer vi kortfattat att beskriva Case management (CM) och Assertive Community Treatment (ACT).

Case management

CM är ingen enhetlig metodik utan ett arbetssätt som utvecklats i en rad olika riktningar och givits olika uttryck. I grunden utgörs CM dock av principen om en funktion, oftast placerad inom vårdsystemet, som samordnar och håller ihop insatserna för en person med sammansatta behov. Syftet är att hjälpa den enskilde att få tillgång till nödvändigt stöd och att kunna erbjuda kontinuitet i dessa vårdkontakter (Scott & Lehman 2001). De kategoriseringar som har gjorts av olika CM-modeller har i hög grad utgått från graden av intensitet i stödet, framför allt med avseende på antal klienter per CM. Här brukar man följaktligen beskriva ”intensiva” respektive ”mindre intensiva” varianter, men det är påfallande hur mycket av det faktiska innehållet i arbetet i de mindre intensiva modellerna som förblir oprecist eller ytligt beskrivet i litteraturen. En entydig definition av CM har också försvårats av de modeller där case managern även bidrar med direkta behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Traditionellt har CM inkluderat en handfull nyckelfunktioner så som bedömning, planering, företrädarskap [advocacy], koordinering och kontroll. Dessa funktioner betonas i olika grad beroende på vilken CM-modell det handlar om (a.a.).

En av de första modellerna har kommit att kallas för *mäklar- eller generalistmodellen* och har oftast tillämpats av professionella utan klinisk koppling. Case managern ger inte själv stödinsatser utan försöker i stället identifiera ej tillgodosedda behov, skapa en behandlingsplan, hänvisa klienten till vård- och stödgivare, företräda klienten och kontrollera processen för att försäkra sig om att alla nödvändiga kontakter är etablerade. Utmärkande är ett stort antal klienter per manager, oftast mer än 40 klienter. Mäklarmodellen syftar till att säkerställa kontinuitet i kontakterna, en hög tillgänglighet och effektivitet på den vård som klienten får. Detta arbetssätt är beroende av omgivningen och förutsätter för att kunna vara effektivt ett vårdsystem som också är det. En case manager kan följaktligen inte förmedla insatser som inte finns (Scott & Lehman 2001, Björkman 2005).

I den senare utvecklingen av CM började en del program inkludera egna insatser i form av t.ex. uppsökande insatser och stöd i klientens hem och närmiljö. Det direkta klientarbetet och kravet på mer tid för kontakterna medförde en reduktion av antalet klienter ned till 10-20 klienter per case manager. Dessa *intensiva CM-modeller* har naturligt inneburit professionella med utbildning och erfarenhet från vårdområdet, och som ingår som en del i ett behandlingsteam.

Inom denna tradition av mer intensiva CM-team har det sedermera växt fram flera olika inriktningar och specialiseringar. En sådan inriktning har kallats *rehabiliteringsmodellen* och innebär en betoning på social färdig-

hetsträning och uppbyggnaden av en stödjande omgivning för att kompensera för funktionsbegränsningarna hos individen.

En annan inriktning har kallats *resursmodellen*, och fokuserar den enskildes förmågor och intressen, framför allt i samband med planeringen av stödet. Resursmodellen innehåller vanliga komponenter som ett aktivt uppsökande arbete och täta kontakter mellan den professionella och klienten. Det som skiljer denna inriktning mot raden av kliniskt förankrade varianter, är betoningen på CM-funktionen som fristående gentemot den psykiatriska vården, ett särdrag som förenar modellen med den svenska satsningen på personligt ombud (se t.ex. Rapp 1993). Trots en rad förekommande teoretiska influenser och en variation i fråga om vad som betonas i metodiken, så verkar åtminstone kartläggningar under de första tio åren i USA exponera en bild av en relativt homogen praktik (Ellison et al. 1995). De flesta teamen strävade efter att undvika inläggningar och ge stöd till ett fungerande vardagsliv för klienterna. De konkreta insatserna bestod av behovsbedömningar och planering av insatser, samordning och ledning av insatser samt direkt vardagsnära stöd med hjälp av ett tvärprofessionellt team.

Assertive Community Treatment

Assertive Community Treatment är en annan arbetsform som utvecklades under 1970-talet, med direkt inverkan på hur den psykiatriska vården organiserades. Till skillnad från CM, där ambitionen är att göra nödvändiga insatser tillgängliga från andra utförare, syftar ACT till att via ett multiprofessionellt team erbjuda de flesta eller alla insatser som klienten kan ha behov av. I den meningen framstår ACT som mer intensiv även jämfört med de intensiva CM-modellerna. Metodiken började mejslas fram inom ramen för ett program, "Training in Community Living", som prövades av Marx, Test och Stein i Madison, Wisconsin. Idén byggde på att ge ett mångsidigt och vardagsnära stöd till patienter som ansågs ha de största behoven med syfte att reducera återinläggningar och möjliggöra ett liv utanför institutionerna. Stein och Test kunde via en kontrollerad studie (1980) visa på lovande resultat i form av reducerat vårdutnyttjande, mindre symtom och högre upplevd livskvalitet. Sedan detta pilotprogram lanserades har metodiken utvecklats och modifierats för olika vårdsammanhang och för olika grupper av brukare. Ett exempel utgörs av en modell som kallats *assertive outreach* och som bland annat inriktats mot hemlösa personer med allvarlig psykisk sjukdom, där betoningen ligger på insatser med syfte att tillgodose de mest basala behoven hos klienterna (Scott & Lehman 2001). I takt med att ACT anpassats till olika målgrupper har diskussionen följaktligen också tilltagit angående programtrohet och frågan om hur mycket avvikelser från ursprungsmodellen som ska vara möjligt för att insatserna i en verksamhet fortfarande ska betraktas som ACT.

Trots förändringar över tid så tycks det finnas en relativt bred konsensus bland experter rörande de centrala komponenterna i ACT. Dit hör stöd för basala behov och rättigheter, fokus på att öka funktionsförmågan, kontroll över medicin och symtomhantering och uppsökande och uthålligt stöd med hög tolerans för att stödet behöver ges över lång tid. Stödet ska ges av ett multiprofessionellt team med bl.a. psykiater, sjuksköterska och socialarbete-

re där man delar ansvaret för klienterna, har en låg caseload samt har tydligt fokus på insatser in vivo (McGrew & Bond 1995). För att skapa en sammanhållen beskrivning av metodiken och underlätta för verksamheter att relatera till viktiga komponenter i arbetssättet har det utvecklats flera olika instrument för att mäta programtrohet till ACT (t.ex. CCACTI, DACTS, PACT Standards). Med hjälp av dessa skalor kan man få en sammanställning av hur den egna verksamheten förhåller sig till varje enskild komponent i ACT-metodiken. En amerikansk forskargrupp presenterade år 2003 en arbetsdefinition som baserades på tre olika programtrohetsskalor. Nedan presenteras de komponenter som identifierades utifrån områdena personal/kompetens, organisation och service (The Lewin Group 2003):

Personal och kompetens

- Ca 10 klienter per teammedlem
- Personalen fungerar som ett team – all personal kan arbeta med alla klienterna och all personal kan ha en case management-funktion. Minst 90% av klienterna har kontakt med mer än en teammedlem per vecka
- Teamet möts regelbundet och ofta för att planera klientarbetet
- Teamledaren arbetar också kliniskt med klienterna (minst 50%)
- Teamet har hög kontinuitet när det gäller personalgruppen
- Man har minst en heltidsanställd psykiater per 100 klienter
- Man har två heltidsanställda sjuksköterskor per 100 klienter
- Man har minst två heltidsanställda personer med särskild kunskap om missbruk och beroende per 100 klienter
- Det finns minst två heltidsanställda personer med specifik kunskap om arbetsrehabilitering
- Teamet är så stort att personal kan täcka upp för varandra

Organisation

- Teamet har explicita inklusionskriterier som fokuserar på klienter med stora och allvarliga problem, t.ex. högkonsumenter av heldygnsvård, hemlöshet, missbruk, kriminalitet, bristfällig följsamhet till behandling.
- Accepterandet av nya klienter ska ske med måttlighet – överintag ska undvikas
- Teamet ska ha ansvar för och ge heltäckande service med följande obligatoriska inslag: psykiatrisk behandling, case management, psykoterapi, boendestöd, missbruksbehandling, stöd till arbete och rehabilitering. Dessa insatser ska vara integrerade
- Möjlighet till krisintervention 24t/dygn ska finnas
- Teamet ska vara involverat även vid inskrivningar i slutenvård
- Teamet ska vara involverat vid utskrivning av patienter från slutenvård och i samband med planering av öppenvården
- Det ska inte finnas några tidsgränser för hur länge en patient kan få stöd

Service

- Insatserna ska ges ute i samhället och inte på klinik eller på kontor
- Det ska finnas en ”drop-out-policy” som innebär att teamet håller kvar kontakten trots bristande följsamhet hos klienten
- Teamet ska bedriva akut uppsökande arbete
- Kontakten med klienten ska i huvudsak ske ”face-to-face”
- Kontakten med klienten ska vara frekvent, helst fler än fyra gånger per vecka och i tid omfatta minst två timmar
- Teamet ska arbeta med det informella stödsystemet, t.ex. anhöriga, vänner och kamratstödjare. Omfattningen ska vara minst fyra gånger per månad.
- Teamet ska både kunna erbjuda individualiserat och grupporienterat stöd för personer med drogmissbruk
- Teamet ska ha utvecklade och specialiserade principer för personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk
- Teamet bör ha tillgång till personal med egen brukarerfarenhet

Forskningen om CM och ACT

I denna rapport kommer vi inte att göra någon fullständig sammanställning av den stora volym av forskning som finns om CM och ACT-metodikens kännetecken och resultat. Det finns flera ambitiösa genomgångar av floran av vetenskapliga studier, och debatten om resultaten har under perioder varit intensiv. När det gäller själva effektfrågan – vad bidrar metoderna till för klienterna – utgör det vetenskapliga underlaget till riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni ett av de mest aktuella exemplen på en forskningssammanställning (Socialstyrelsen 2011b). Eftersom vi i denna studie fokuserar på genomförandet av ett regeringsuppdrag där en av utgångspunkterna varit att införa evidensbaserade arbetssätt, har vi valt att utgå från den nationella nivåns (eller beställarens) perspektiv på evidens. Frågan om evidensbaserad praktik är, som betonats tidigare, mycket sammansatt och mångbottnad, men i detta sammanhang klart kopplat till den logik som återfinns i systematiska kunskapsöversikter och det svenska arbetet med nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni. Evidensgraden avgörs till stor del av kvantiteten och kvaliteten på det vetenskapliga underlaget för en insats eller metod. I mer teknisk mening innebär ett gott vetenskapligt underlag en rad studier om en avgränsad och väl beskriven metodik med stort patientunderlag genomförda som randomiserade kontrollerade studier.

En lång rad randomiserade kontrollerade studier har genomförts, framför allt i USA, Storbritannien och Australien från tidigt 1980-tal och fram till idag. Detta gäller i första hand studier om ACT och intensiva CM-modeller, men bara i begränsad utsträckning mindre intensiv CM, och då oftast som jämförelse. I utvärderingar av detta slag har inläggning i slutenvård ofta betraktats som ett centralt utfallsmått. Dock bör man komma ihåg att det finns flera aspekter att ta hänsyn till när man ska värdera förändringar i t.ex.

antal inläggningar eller antal dagar i slutenvård. Exempelvis behöver inläggning inte per automatik innebära ett misslyckande utan kan ibland vara ett tecken på att stödfunktionerna upptäckt ett icke tillgodosett behov. Slutenvårdsutfallet kan också i hög grad påverkas om teamet har en formell kontroll över in- och utskrivningsprocessen. Utifrån det stora antalet primärstudier har också flera systematiska översikter i form av s.k. metaanalyser genomförts. En sådan, först presenterad 1998 (Marshall et.al.), studerade mindre intensiv CM i jämförelse med sedvanlig behandling och visade på fördelar för CM när det gällde att få patienter att behålla kontakten med vården, men samtidigt även på ett ökat antal inläggningar i psykiatrisk heldygnsvård. CM var inte mer effektivt när det gällde psykiatriska eller sociala resultatmått. Resultaten från översikten har bedömts som nedsläående, och ger inte stöd för att föredra mindre intensiv CM före sedvanliga insatser inom psykiatrin. I en annan metaanalys vid samma tidpunkt (Marshall & Lockwood 1998) gjordes jämförelser mellan ACT-modellen och sedvanlig behandling, vilken bl.a. visade att ACT var effektivare när det gällde att minska utnyttjandet av slutenvård och medverka till att patienterna behåller kontakten med vården. Ytterligare fördelar med ACT kunde identifieras i form av ökad stabilitet i självständigt boende, minskad risk för hemlöshet och arbetslöshet. En senare översikt, där ACT jämförts med mindre intensiv CM vad gäller hemlöshet, visade på en högre effektivitet för ACT. Detta gällde med avseende på minskning i hemlöshet och förbättringar i psykiatriska symtom (Coldwell & Bender 2007).

En majoritet av studierna om ACT har genomförts i USA och Australien. Resultaten från framför allt brittiska studier om ACT har inte visat samma effekter (framför allt i meningen minskad slutenvård) i jämförelse med andra CM-modeller eller den reguljära vården (som ofta inkluderar CM). Detta förhållande har föranlett diskussioner om ACT är illa matchat till vårdssystemet i Storbritannien, om de europeiska teamen verkligen arbetar programtroget eller om det helt enkelt är den höga standarden på "vård som vanligt" som har bidragit till uteblivna positiva resultat. I flera studier framstår vanliga "community mental health teams" som fullgoda alternativ, vilket fått förespråkare för ACT-modellen, t.ex. i Australien att försvara sina positiva resultat (t.ex. Thornicroft et.al 1998, Rosen & Teesson 2002, Burns 2009, Killaspy et.al 2009). Emellertid har en forskningsöversikt visat att minskningen av psykiatrisk heldygnsvård inte i alla avseenden har ett samband med programtroheten, t.ex. principen om 10 klienter per teammedlem. De faktorer som identifierades som mest betydelsefulla var att ge insatser i klientens miljöer och att ACT-teamet inbegriper både sociala insatser och sjukvård, inklusive tillgång till psykiater (Wright et al., 2004, Socialstyrelsen 2011b). I ytterligare en systematisk översikt visar resultaten att effekterna av ACT inte är relaterad till vilket vårdssystem som studerats, tvärtemot den beskrivna debatten. Resultaten är däremot relaterade till hur mycket slutenvård som deltagarna i studierna använt sig av vid den första mätningen. ACT visar på störst effekter för personer som är högkonsumenter av sjukhusvård, som riskerar att ofta bli inlagd på vårdavdelning eller ofta avbryter vårdkontakter (Burns et al. 2007).

Trots de inte helt entydiga resultaten betraktas idag ACT som en metod med starkt vetenskapligt stöd om den används för rätt målgrupp. CM-

modellerna i övrigt har genom de existerande forskningssammanställningarna inte fått någon stark position, men i praktiken är funktionen utbredd i stora delar av västvärlden och betraktad som ett mer eller mindre självklart inslag i utbudet av insatser. Det finns också en tendens till att CM-modellerna anammar komponenter från ACT, vilket får till följd att skillnaderna mellan traditionerna minskar.

Sammantaget så hör olika former av CM till basutbudet i mycket av det samhällsbaserade arbetet med personer med psykiska funktionshinder, åtminstone internationellt. Dessutom har ACT även en stark ställning i olika satsningar på "evidenced based mental health", vilket i flera länder inneburit system där visst ekonomiskt stöd till verksamhet villkoras med att servicen ska genomföras som programtrogen ACT-service. I den följande framställningen kommer vi att redovisa och analysera innehållet i den riktade svenska satsningen på CM och ACT samt intervjuer med några nyckelpersoner på nationell nivå.

Den nationella strategin

I detta kapitel kommer vi att beskriva och analysera den aktuella satsningen ur det nationella perspektivet så som det beskrivs i centrala dokument och av några centrala aktörer. Kapitlet innehåller vidare en genomgång av den ”lösning” som i praktiken är aktuell att implementera inom satsningen. Underlaget från Nationell psykiatrisamordning till socialdepartementet består av två dokument, en relativt detaljerad text med titeln ”Satsning på implementering av samhällsbaserade insatser och case manager-metodik” och det huvudsakliga underlaget till Regeringen, ”En nationell satsning på kunskapsproduktion och kunskapsspridning och implementering inom området psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder”. Det senare dokumentet innehåller även förslag på statligt stöd för uppbyggandet av ett nationellt kunskapscenter på området, vilket inte kommer att kommenteras i föreliggande text.

Vari består metoden?

Genomgående för de dokument som vi studerat är bristen på precision i beskrivningarna av det eller de arbetssätt som satsningen syftar till att implementera. *Problembeskrivningarna* är i regel koncisa och väl underbyggda, men *lösningen* på problemet, interventionen, är mindre klara. Underlaget till socialdepartementet utgår från konstaterandet att *”den strategi som idag har bäst internationell evidens är ACT-modellen med case manager”*. CM-funktionen presenteras i texten, men i genomgången av forskningen på området återgår Nationell psykiatrisamordning till benämningen ACT. Det framstår som oklart vad CM är i förhållande till ACT. Finns det t.ex. en ”ACT-modell utan CM”? I underlaget beskrivs också de mindre övertygande resultaten från framför allt de brittiska studierna. Därefter avhandlas svenska erfarenheter av case management-metodiken, där personligt ombud och kopplingen till CM-modeller analyseras. Andra försök till mer kliniskt inriktade CM-försök i Sverige nämns också, t.ex. de verksamheter som ingick i ett större internationellt forsknings- och metodutvecklingsprojekt kallat Optimal Treatment Project (OTP). Mer om denna ansats senare.

Avsikten med den här aktuella satsningen är, enligt dokumentet, att pröva införandet av *”en systematisk case managementmetodik med ACT-inriktning i större skala”*. Det framgår inte vad denna inriktning i praktiken innebär: avser satsningen alla komponenter i ACT, några av dem eller bara själva samordningsfunktionen? Förutsätter inriktningen t.ex. en teamorganisation? Den allmänna hållningen i presentationen av ”modellen” kombineras med avsnitt där man föreslår en *”integrerad verksamhetsuppföljning”* där kontroll av programtrohet ska genomföras. Vilken metod och vilken programtrohetsskattning man utgår från framgår inte. I delar av texten låter Nationell psykiatrisamordning förstå att fullservicekonceptet kan bli svårt att genomföra då ansvaret för de aktuella insatserna är fördelade på flera huvudmän,

vilket ställer krav på mandat för att arbeta med metoden inom både socialtjänsten och psykiatrins organisationer. Samtidigt formuleras målet med satsningen vara att *"undersöka om en funktion i samhällets stöd och vård som integrerar insatserna från olika vårdgivare/huvudmän med allmänt samhällsstöd och det naturliga nätverkets stöd fungerar och är genomförbart under svenska förhållanden"*. Vad som inryms i "funktionen", dvs. om det bara handlar om koordinering eller även innefattar vård- och stödinsatser kan inte klart utläsas. Planerna inför utbildningarna beskrivs också kortfattat – strategin består av en kombinerad CM- och teamutbildning som ska kompletteras med handledning och *"implementeringsstöd"*, det senare ska ske i samverkan med inblandade aktörer. Innehållet i utbildningen ska ge *"färdigheter att utföra behandling, rehabilitering och samordning enligt CM-modell, då särskilt ACT"*. Intrycket är att författarna förordar ACT, men inte vill stänga dörrarna mot en mindre intensiv arbetsmodell eller t.om. en renodlad samordningsfunktion utan samtidig klinisk förankring. Problemet är att CM-modellerna är många och att "inriktningen" mot ACT inte anger en tydlig position. Är det ACT eller något annat - i så fall vad - man vill ska implementeras?

I det huvudsakliga underlaget till Regeringen framstår kompromiss hållningen med avseende på metodinriktningen som mer explicit. Även här beskrivs tidigare forskning, och man konstaterar att *"metodik som case manager och samhällsbaserade team har trots dokumenterad effekt och positiv svensk erfarenhet inte fått genomslag i verksamheterna"*. "Erfarenheter" är naturligtvis svåra att precisera men när det gäller forskningsresultat får man intrycket att Psykiatrisamordningen här argumenterar för CM men med hänvisning till forskning om ACT. Senare i texten följer redogörelser för både intensiva och mindre intensiva arbetsmodeller samt för den specifika CM-funktionen. Man menar att CM-funktionen blir kraftfull först när den kan inrymmas i ett team som både erbjuder sociala och psykiatriska insatser. Däremot följs detta konstaterande inte av argument för en fullservicesatsning, utan i stället förordas en modell där kommuner och landsting kan samverka *"i mer eller mindre formaliserade team"*. Då menar man att en *"motsvarighet till ACT kan skapas i det svenska systemet"*.

En tolkning är att Psykiatrisamordningen, innan man ens försökt, avstår från att satsa på metoden med starkast evidens, till förmån för en "försvenskad" modell där man inte behöver designa om hela det lokala stödsystemet utan kan berika redan befintliga verksamheter. Konkret tycks det handla om att identifiera team i kommuner respektive landsting som kan härbärgera en CM-funktion.

Förutom resonemang om interventionen eller metoden finns i underlaget även en beskrivning av strategin för implementering. En förutsättning är enligt Psykiatrisamordningen att båda huvudmännen engageras samtidigt, att alla personerna i verksamheterna inkluderas och att man även fokuserar på de befintliga rutinerna inom respektive organisation. Psykiatrisamordningen förordar också att satsningen ska innehålla handledning och stöd vid eventuella organisationsförändringar.

Regeringsbeslutet

Texten i regeringens beslut förmedlar en hög ambition och det framgår att satsningen förutsätts beröra grundläggande frågor om huvudmännens ansvarsgränser och organisering. Man beslutar att ge stöd för att *”initiera en utbildningssatsning för case managers som skall arbeta enligt ACT-modellen, en metod för att koordinera och ge sammansatt vård, socialt stöd och rehabilitering till personer med psykiskt sjukdom eller psykiska funktionshinder”*. Regeringen betonar att satsningen ska innehålla både utbildning, handledning och genomförandestöd.

Det är alltså case managern som regeringen lägger betoningen vid i sin skrivning, inte teamet eller organisationen. En tolkning är att ACT, från sin position som en evidensbaserad metod, har blivit nedprioriterad till förmån för CM, som endast är en funktion inom ett ACT-team, alternativt en modell med mindre robust vetenskapligt stöd. Regeringen kan i den meningen sägas börja från ”fel” håll – en alternativ formulering hade varit att satsa på en utbildning för ACT-team där b.l.a. en CM-funktion ingår som en integrerad del i teamets arbete, och som i de flesta fall är en del av arbetssättet hos varje teammedlem. Nu gör man det något vågade valet att börja med en del-funktion utan att ha någon strategi för hur själva ACT-programmet ska komma in i satsningen. Även regeringsbeslutet präglas av oklarhet när det gäller frågan om vad det är som de facto ska implementeras. När man skriver om *”denna metod”* så kvarstår frågan om hur mycket ACT respektive ”något annat” det ska vara för att resultaten av satsningen ska anses vara *”good enough”*.

Sammanfattningsvis så ger underlagen samt regeringsbeslutet en svårtolkad bild av både ambitionsnivå, innehåll och målsättningarna med satsningen. Föreställningen om att satsningen kommer att kräva stora förändringar inom vård- och stödsystemet är återkommande. Samtidigt finns en försiktighet och viss uppgivenhet i vissa formuleringar där man argumenterar för att integrerade insatser levererade av gemensamma team inte är en realistisk målsättning. Vår tolkning är att man valt en både-och-hållning i frågan med förhoppning om att några pilotorter ska våga sig på en fullsatsning medan de flesta andra endast till en liten del väljer att införa element från ACT-modellen. På så sätt kan man tala om en drift från en tänkt ursprungsmodell i riktning mot praktiska arrangemang som anpassas till det svenska vård- och stödsystemet. Denna drift tolkar vi som medveten eller ”önskad” av regeringen om vi utgår från resonemangen hos Fixen och kollegor (2005). Idealt vill man att metodiken ska anpassas efter det svenska vård- och stödsystemet, men utan att kärnkomponenterna offras. Att lägga så mycket fokus på samordningsfunktionen väcker frågan om vilken betydelse regeringen lägger vid den organisatoriska miljö som case managern ska finnas i, inte minst den teamorganisation med tillgång till ett brett spektrum av insatser som ACT utgår från. En slutsats är att argumenten om en evidensbaserad praktik har en central plats i förarbetena och besluten. Referenserna till forskningen ger dock ett intryck av att den specifika CM-funktionen skulle ha en stark evidens, vilket i strikt mening inte stämmer. Man kan uttrycka det så att regeringen riktar in sig på CM, men hämtar argumenten för satsningen från ACT.

Noterbart är också att målgruppen genom alla de tre refererade dokumenten anges vara personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionshinder. Inga explicita avgränsningar görs mot den mindre grupp av svårt sjuka och vårdkrävande personer som ACT har visat sig kunna hjälpa. Även i detta avseende får man tolka den svenska satsningen på ”*CM med ACT-inriktning*” som en relativt bred satsning med ett visst mått av önskad drift från ursprungsmodellen. Man vill adressera många olika typer av aktörer och en bred grupp av potentiella brukare. Att döma av dokumenten är satsningen ett exempel på en mycket mjuk form av styrning, där vare sig metoden eller implementeringen är tydligt beskrivna. Ambitionerna om att faktiskt försöka förändra arbetssätten på psykiatriområdet ramar inte in av en komplett plan för implementering utan ”stannar” vid utbildningsatsningen – vad som förväntas komma därefter anges inte.

Nyckelpersonernas syn på satsningen

Nationell psykiatrisamordning

Intervjun med representanten för *Nationell psykiatrisamordning* nyanserar bilden av både metodfrågan och strategierna för genomförandet. Det fanns ett stort mått av pragmatism bakom planeringen, där behovet enligt ip fanns av att forma en klinisk CM-funktion, förankrad i ett system eller ett team, för att åtminstone reda upp de olika insatserna inom landstingets psykiatri. Ip menar att den redan existerande insatsen personligt ombud är betydelsefull, men att den behöver kompletteras av en funktion för samordning och stöd inom det formella vårdsystemet.

När det gäller metodfrågan tror inte ip att man skulle kunna följa ”*ACT-manualen*” fullt ut i Sverige, utan att man behövde göra anpassningar efter de svenska förhållandena med flera ansvariga huvudmän. Personen menar att man kunde sträva efter en ”*ACT-liknande miljö*”, med hjälp av sådant som t.ex. möjligheten till gemensamma politiska nämnder där huvudmannagränserna kunde suddas ut. Ett alternativ var att upprätta avtal mellan kommuner och landsting där case managers anställdes hos båda organisationerna. Vid svår social problematik kunde samordnarna från socialtjänsten gå in, medan psykiatrins samordnare förväntades agera vid i huvudsak svår psykiatrisk problematik. Emellertid antog ip att det skulle bli svårt att hitta en plats för CM i det svenska systemet, en realistisk förhoppning var att modellen åtminstone kunde förankras inom öppenvårdspsykiatrin.

I intervjun framgick också att satsningen planerats utifrån en kartläggning av tidigare svenska erfarenheter på området och tänkbara utförare av utbildningarna. Förslagen hade föregåtts av kontakter med, och uppvaktning från, olika aktörer på psykiatriområdet, och Nationell psykiatrisamordning intresserade sig för en modell som kallas för *Integrerad Psykiatri*. Denna arbetsmodell är ursprungligen framtagen av professor Ian Falloon, men i Sverige vidareutvecklad av bl.a. docent Ulf Malm och praktiserad av främst verksamheter i Västsverige. Det företag man ville ge uppdraget till var Evidens AB, som marknadsfört sig som experter på det aktuella programmet. Ip menar att denna modell var ett av många sätt att göra verklighet av ”*CM- och*

ACT-tänket”, och tyckte inte att den kunde ses som ett konkurrerande arbetssätt:

”Integrerad psykiatri är inte något konkurrerande, utan ett sätt att genomföra det här. Utan att jag har gått in och gjort en analys, så tycker jag utifrån att de gör det på ett sätt som stämmer med kokboken om jag säger så” (Initiativtagare, Nationell psykiatrisamordning)

Psykiatrisamordningens representant betonar vidare att detta var en satsning som tvunget måste förankras högre upp i genomförarorganisationerna för att få genomslag. Ip menar att idén byggde på att skapa modeller som kommuner och landsting kunde inspireras av och ta efter. Kanske skulle det lyckas på något ställe.

Socialstyrelsen

Regeringen lade i sitt beslut ansvaret för uppföljning och bevakning av frågor om huvudmannaskap och ansvarsgränser på Socialstyrelsen, som också administrerat satsningen.

Socialstyrelsens tjänsteman beskrev de ambitioner och förväntningar som fanns på satsningen. Ip menar att detta var *”ett paradigmskifte i sättet att arbeta”* och som kunde åtgärda ett stort problemområde, nämligen samverkan mellan olika huvudmän. På sikt fanns en potential att ersätta befintliga funktioner som t.ex. kontaktpersoner och kuratorer med case managers. En styrka med projektet var, enligt ip, att arbetssättet var konkret och handfast samt att man kunde referera till internationell evidens. Ip uttrycker att satsningen handlade om CM, inte ACT, men hade svårt att beskriva hur sambandet och relationen mellan dessa ansatser såg ut.

Utförandet av satsningen var enligt ip förberett en god tid innan beslutet togs, genom kontakterna med Evidens AB och Karlstad universitet. Tjänstemannen uppfattade deras arbetsmodell Integrerad Psykiatri som *”ett föregångsarbete till CM i Sverige”* och som en modell som tagits fram i Lysekil. Ip hade tidigt reagerat på risken att göra satsningen enbart inriktad mot psykiatrin, och hade arbetat för att föra fram det kommunala perspektivet. Exempelvis vände ip sig emot användandet av begreppet Integrerad Psykiatri och hade i kontakterna betonat att uppdraget handlade om CM, ingenting annat. Socialstyrelsen tecknade ett avtal med Karlstad universitet, där de senare i sin tur anlidade Evidens AB. Ip beskriver hur avtalet fungerat som det egentliga styrningsinstrumentet i arbetet – Socialstyrelsen gick aldrig in och petade i själva utbildningsinnehållet. Däremot betonar ip hur man försökt vara tydlig i kontakterna med utförarna.

Karlstad universitet

Universitetet kom in i ett läge där Evidens AB behövde en akademisk partner för att få möjlighet att genomföra satsningen. Man anordnade en upphandling där företaget var enda sökande. Ip utgår i sitt resonemang från att det var modellen Integrerad Psykiatri som uppdraget gick ut på att genomföra och menar att Evidens AB då var den enda tänkbara utföraren i landet. Metoden är väl anpassad till det svenska systemet, framför allt genom den s.k. *resursgruppen* där case managern och patienten tillsammans sätter ihop

en grupp med viktiga formella och informella kontakter, så som t.ex. läkare, boendestödjare, familj och vänner:

”Den stora grejen i det hela är resursgruppen, och att man tränar upp brukaren att successivt bli mötesordförande i den gruppen. Det är en tyngdpunktsförflyttning som är enorm”(Företrädare, Karlstad Universitet)

Ip menar att denna funktion i Integrerad Psykiatri kan ta över och kompensera för mycket som finns i ACT. Med hjälp av resursgruppen förs information och kunskap mellan huvudmännen och kravet på ett gemensamt team kan tonas ned. En praktisk lösning kan vara att brukaren har en CM från kommunen och en från landstinget. Ip menar också att modellen är en brukarvänlig insats, delvis i motsats till ACT, där valfriheten för den enskilde kan vara begränsad:

”ACT passar det anglosaxiska medan vi med våra myndigheter måste ha någon slags motkraft” (a.a.)

Ambitionen har enligt företrädaren för Karlstad universitet varit att påverka hela det aktuella stödsystemet med utbildningen, inte bara enskilda medarbetare eller enheter. Man försökte därför identifiera orter för utbildningen som skulle ha särskilt goda förutsättningar för att kunna ta till sig modellen. Ip menar att det måste finnas ett lokalt engagemang och intresse, som inkluderar nyckelgrupper som chefer och läkarna. Därför valde man att kombinera breda introduktionsdagar och kortare utbildningsinsatser för läkare, med utbildningar både för berörda team/arbetsgrupper och de personer som förväntas arbeta som case managers. Ip betonar också värdet av att man i rollen som case manager lär sig att arbeta metodiskt, dokumentera och göra noggranna uppföljningar av de insatser man förmedlar.

De utbildningar som ingår i den statliga satsningen har med tiden bildat grund för en vidareutveckling av konceptet och samarbetet med Evidens AB. Idag erbjuds utbildningar i olika format till kommuner och landsting i landet, utanför regeringsuppdraget och bl.a. finansierat via den nationella satsningen på utbildning till baspersonal. Karlstad universitet erbjuder också ett treårigt utbildningsprogram för vård- och stödsamordnare.

Sammanfattande analys

Sammantaget kan man konstatera att ingen av intervjupersonerna förespråkar en hård implementering av en evidensbaserad metod, om vi avser en arbetsmodell som bedömts ha stark evidens i systematiska kunskapsöversikter (se Socialstyrelsen 2011a, 2011b). I flera fall uttrycks inte detta explicit, men en företrädare för Nationell psykiatrisamordning är mer krass i sin beskrivning av att avsteg från ”manualerna” kommer att bli nödvändiga, vilket personen baserar på sina erfarenheter av tröga system och på ACT-modellens bristfälliga matchning till villkoren för svenska kommuner och

landsting. På så sätt finns en medveten och önskad drift inbyggd i satsningen.

I underlagen och beslutet beskrivs satsningen som ”*CM med ACT-inriktning*”. I intervjuerna har ACT som begrepp i princip försvunnit. Representanten för Socialstyrelsen ser inte modellen som aktuell i satsningen, utan fokuserar helt på den specifika CM-funktionen. Samtidigt betonas hela tiden vetenskaplig evidens, vilket i strikt mening finns för ACT (avseende en specifik målgrupp) men inte för de mindre intensiva CM-modellerna. Formuleringarna i underlagen blir lättare att förstå med hjälp av intervjuerna, men satsningen tycks ha omförhandlats ytterligare under processen i riktning från ACT och mot en mer allmän CM-satsning. Förskjutningen kan till en del förklaras av bristande kunskap hos beställaren om kännetecknen hos och skillnaderna mellan de olika arbetsmodellerna. En annan förklaring ligger sannolikt i behovet från de statliga aktörerna att tydligt inkludera kommunerna i satsningen, vilket blir lättare om man ägnar uppmärksamhet åt en myndighetsneutral CM-funktion i jämförelse med ett kliniskt orienterat vård- och stödteam. På så sätt har en psykiatriskt inriktad ursprungsmodell här paketerats om för att inte uppfattas som för radikal hos en viktig aktör. I intervjuerna dyker så ytterligare ett fenomen upp – en arbetsmodell som kallas Integrerad Psykiatri (IP). I viss mån framträder modellen som uppbyggd kring CM-funktionen och även kring idén om ett teambaserat arbete, men intrycket från intervjuerna är att man ser IP som ett unikt program. Inte minst intervjun med företrädaren för Karlstad universitet ger intrycket att satsningen i själva verket handlar om att implementera IP, inte CM eller ACT.

Vad som också framkommer vid intervjuerna är en relativt hög medvetenhet i fråga om implementeringen av satsningen. Strategiska val, som att skapa legitimitet hos vissa aktörer och att identifiera orter med goda grundförutsättningar för arbetsmodellen, beskrivs av både ”arkitekterna” bakom satsning och av utförarna. Dessutom finns en betoning på s.k. genomförandestöd där utbildningarna förväntas följas upp med stöd i frågan om hur metodiken kan bli en del av den reguljära verksamheten. Däremot finns inga fastslagna skrivningar för hur detta ska gå till och vem som ska ansvara för detta arbete. Noterbart är att en del av denna medvetenhet tycks utmynna i det tidigare beskrivna avstegen från en hård implementering av en ”full” modell. Valet består av att prioritera en mjuk implementering av CM framför ett försök att införa ACT-metodiken med alla därpå följande förväntningar på omfattande organisationsförändringar.

Programmet Integrerad psykiatri (IP)

Så här långt i implementationsprocessen kan man alltså konstatera att problembilden - bristfällig samordning och fragmentiserat stöd, beskrivs på ett liknande sätt i både bakgrundsdocument och hos involverade aktörer på nationell nivå. Däremot har receptet för att lösa dessa problem ändrat skepnad under processen. Inför igångsättandet av satsningen är det till slut Integrerad Psykiatri som program och koncept som utgör interventionen som ska implementeras. Vari består denna metodik? I följande avsnitt kommer vi att ge en introduktion till både "optimal treatment project" [OTP] och programmet Integrerad Psykiatri [IP]. Vi kommer också att karaktärisera arbetssätten i relation till CM och ACT samt diskutera IP:s status som den "lösning" som i praktiken förväntas implementeras via satsningen.

Optimal treatment project

OTP är ett internationellt forsknings- och metodutvecklingsprojekt som startade 1994 efter initiativ av professor Ian Falloon. Syftet var från början att utveckla och pröva strategier för att implementera evidensbaserade insatser i den reguljära psykiatriska vården. Utgångspunkter var några insatser som Falloon bedömde ha det mest solida vetenskapliga stödet och som han ansåg borde erbjudas samtidigt till patienter med svår psykisk sjukdom: optimala doser av antipsykotiska läkemedel, psykoedukativa insatser till patienterna och deras närstående samt uppsökande CM-service. Idén var att skapa ett vård- och rehabiliteringsprogram, med ett psykiatriskt team som plattform, där dessa delar skulle integreras (Falloon 1999). Falloon betonade tidigt att innehållet i programmet kunde komma att förändras i takt med att nya insatser visade sig vara effektiva. På så sätt ska OTP betraktas som ett dynamiskt program, med allt vad det innebär av problem med avgränsning och programtrohetsbedömning. Sedan starten har över 80 verksamheter från ett tjugotal länder varit anslutna till projektet. I en av de få sammanfattande artiklarna från projektet (Falloon et al. 2004) beskrivs de olika behandlingsstrategierna som ingår i OTP:

- Minsta effektiva dosering av antipsykotiska läkemedel i syfte att minska symtom. Här ingår utbildning om för- och nackdelar med olika alternativ, tidiga tecken på försämring och förebyggande av biverkningar
- Psykoedukativa insatser som utbildning till patient och närstående om stresshantering, om sjukdomens kännetecken och behandling, kommunikation och problemlösning.
- Uppsökande case management-service inkluderande samordning av sociala insatser som boende och ekonomi samt krisintervention.
- Målinriktad social och aktivitetsinriktad färdighetsträning, med fokus på t.ex. sociala relationer, sysselsättning, arbete och fritid.

- Specifika farmakologiska och psykologiska strategier för kvarvarande och framträdande symtom, t.ex. hantering av psykotiska symtom, negativa symtom, ångest, humörsvängningar, m.m. (2004, s. 105)

Av olika anledningar, så som krav på finansiering, ovilja hos vissa professionella grupper och programmets komplexitet, har projektledarna beskrivit svårigheter att hålla kvar de team som ursprungligen engagerade sig i arbetet (Falloon 1999, Falloon et.al. 2004). Av 80 team så var det endast 14 stycken som lyckats erbjuda hela programmet (enligt projektets manualer) och dokumentera insatserna under 24 månader. Dessa team, bestående av psykiater, socialarbetare, sjuksköterskor, psykologer och arbetsterapeuter erbjöds utbildning i OTP inför patientarbetet. Inom projektet utarbetades arbetsböcker både för professionella och för brukare, som sedan översattes för att kunna användas i respektive land.

Från början fanns ambitiösa planer om en rad studier för att utvärdera programmet. Det stora bortfallet av team/orter kombinerat med andra orsaker har emellertid begränsat antalet effektstudier från OTP. En sammanfattande artikel omfattande ca 600 patienter och resultaten efter de två första åren visade på förbättringar på alla undersökta områden, som t.ex. bedömd grad av funktionshinder, anhörigbörda och grad av återhämtning. Förbättringarna visade sig också vara större för gruppen av OTP-patienterna vid en jämförelse med de kontrollgrupper där patientgruppen fått ”rutinmässig CM” (Falloon et.al. 2004). Från satsningen finns bl.a. publicerade randomiserade kontrollerade studier från Norge (Grawe et.al. 2006) och Turkiet (Sungur et.al. 2003), vilka visade på bland annat förbättrad symtombild hos de patienter som ingått i OTP-programmet.

I en svensk kontrollerad studie följde Ulf Malm och kollegor ett psykos-team som arbetade enligt OTP och jämförde med ett annat, rehabiliteringsorienterat öppenvårdsteam. Man kallar här metodiken för Integrerad Psykiatri (IP), och tvåårsuppföljningen visade på signifikanta fördelar för IP när det gäller social funktion hos patienterna samt tillfredsställelsen med vården. Man såg inga förändringar när det gäller de kliniska utfallsvariablerna (Malm et.al. 2003).

I analysen av resultaten anger författarna strategierna för att involvera och ge den enskilde inflytande över stödet och behandlingen som en avgörande faktor för IP-programmets fördel. Detta inflytande medges i form av en så kallad ”*resursgrupp*” (se intervjun med representanten för Karlstad universitet i förra kapitlet) som byggs upp tillsammans av behandlarna (t.ex. en case manager) och patienten. Den kan bestå av professionella, anhöriga och vänner och syftar till att fungera som ett forum där man kan diskutera den enskildes situation, planera stödet och fördela ansvaret för de insatser som ska ges. Idealt förväntas den enskilde brukaren leda gruppens arbete. Resursgruppen ingår alltså som en central komponent i det svenska försöket, men man bör notera att den inte finns explicit angiven som en huvudingrediens i programmet för OTP utan är mer att betrakta som ett försök till vidareutveckling av programmet. I studien framkommer också att det förutom användandet av resursgrupper fanns flera andra skillnader i metodik mellan IP och kontrollbehandling vilket gör det svårt att entydigt påvisa att de positiva resultaten kan relateras till resursgruppen.

Det finns alltså vetenskapligt stöd för att OTP kan ha vissa positiva effekter för individen. Dock finns ännu inga metaanalyser gjorda av programmet, och att döma av de arbeten som publicerats så finns heller ingen riktigt homogen begreppsapparat, vilket kan försvåra ansträngningar att identifiera och samla studier som genomförts av programmet. Ibland benämns insatserna i studierna som "optimal treatment", ibland anges en mer specifik intervention i titeln till ett arbete, som t.ex. tidiga insatser, familjeintervention eller kognitiv behandling.

OTP utgår alltså från strategin att lägga ihop olika effektiva praktiker till en integrerad helhet. Projektet tycks ha fått en bred spridning, men det finns också kritik mot satsningen. I en artikel från 2007 gör Hayman-White och Happell en kritisk genomgång av OTP. De menar att anslaget i projektet att implementera programmet i reguljär psykiatrisk verksamhet är överambitiöst. Inom projektet gjordes ett urval av särskilt motiverade enheter med resurser för både träning och handledning samt engagerade chefer. Programmet innehåller en rad olika behandlingsinslag som kräver betydande resurser både för utbildning, handledning och för det praktiska arbetet, något som visade sig svårt att få tag på även för det relativt snäva urval av enheter som gjorts inom projektet. Författarna menar också att programmet i hög utsträckning var beroende av grundaren Falloon som mentor och "purveyor" – på de ställen där han inte hade möjlighet att ge kontinuerligt stöd tenderade enheterna att dra sig ur projektet. Slutligen beskrivs också en mer allmän problematik när det gäller vetenskapliga demonstrationsprojekt, där kontexten är unik och i liten grad kan sägas vara relevant för en reguljär praktik på t.ex. en psykiatrisk klinik (Hayman-White & Happell 2007).

IP i Sverige

Hur kan man då se på programmet IP i Sverige? Det framstår som relativt svårgreppbart, åtminstone om man har ambition att i mer teknisk mening beskriva alla komponenter och insatser som ingår. Arbetsböckerna från OTP-arbetet finns översatta och vidareutvecklade på svenska. Dessutom finns något som kallas "Integrerad Psykiatri guiden", vilket är en introduktion i metodiken, publicerad 2009 (Malm 2009). I de svenska texterna finns en rad olika avsnitt där programmet karaktäriseras. De flesta huvudkomponenterna från OTP kan återfinnas, men det finns också inslag som snarare kan bedömas som lokalt utformade. Följande inslag är återkommande: CM-funktion, resursgrupp, stresshantering, KBT, lämplig medicinering, social färdighetsträning, kontinuerlig uppföljning, identifiering av tidiga tecken och krishantering. Arbetet med resursgrupperna, det finns en "stor" och en "liten" resursgrupp, är utformat i detalj med instruktioner för hur de ska sättas samman, hur mötena ska se ut och hur ofta man ska träffas. Resursgruppen benämns som ett tillägg till den "bästa evidensbaserade praxis" som utgör IP-programmet. Samtidigt beskrivs den på andra ställen som en av kärnkomponenterna i IP. Andra inslag som enligt guiden ingår i "helhetskonceptet IP" är så kallade psykosociala centran med tillgång till sängplatser vid kristillstånd samt avtal mellan landsting och kommuner för att klargöra ansvarsfördelning och områden för samverkan. I texterna betonas värdet av att noggrant följa IP-programmet för att få goda resultat av arbetet,

och i arbetsböckerna finns också programtrohetsskalor, både för case managers och för läkares egenskattningar. Programtrohetsskalorna struktureras efter följande områden:

- Bedömningar, mål och planer
- Patientens behov av insatser i samhället
- Utvidgad familjeintervention (resursgrupp), och utbildning av resurspersoner
- Stresshantering för brukare och lilla resursgruppen
- Läkemedelsbehandling
- Social träning
- Specifika psykologiska strategier
- Krishantering
- Kroppslig hälsa (e-arbetsbok 2008, s. 108-112)

I det internationella arbetet runt OTP har Falloon och kollegor (2005) arbetat fram vad man kallar "The Clinical Strategies Implementation Scale", vilket är en skala för att mäta i vilken utsträckning evidensbaserade strategier har implementerats i behandling och stöd för personer med schizofreni. Den kan användas vid t.ex. en extern bedömning av en verksamhet och har i stort samma bedömningsområden som i den ovan nämnda egenskattningen. Till dessa bedömningar tillkommer kvalitetsbedömning av programmet enligt ett svenskt instrument kallat "kvalitetstjänan" som bedömer förändringar på individnivå, samt s.k. audits där utifrån kommande experter granskar det arbete som i det här fallet deltagarna i utbildningarna utför.

Relationen mellan CM/ACT och IP

Hur ser då relationen mellan svenska IP och CM/ACT ut? Uppenbart utgör CM-funktionen en viktig del av IP-programmet och det är kring denna funktion som mycket av aktiviteterna och insatserna kretsar. Case managern beskrivs på några ställen som även kliniskt aktiv i ärendena, men huvuduppgiften tycks vara att hålla ihop resursgruppen. I framför allt IP-guiden nämns ACT kortfattat, och den liknelse som görs är att ACT utgör en organisatorisk struktur eller en "leveransform" medan IP är det innehåll som kan fylla denna struktur. I den meningen så är ACT och IP alltså två olika fenomen, med betoning på skilda komponenter i servicen. Detta avspeglas också på de olika programtrohetsinstrument som tagits fram, där dokumenten om ACT har en tonvikt på urval av en mycket avgränsad målgrupp och på olika strukturella egenskaper medan dokumenten om IP snarare betonar specifika interventioner. Raden av insatser i OTP kan i den meningen utgöra ett faktiskt behandlingsinnehåll, men de detaljerade anvisningarna om resursgruppsarbetet är uppenbart också en strategi för organisering av insatserna. Teamet finns som utgångspunkt i delar av texterna om IP. Samtidigt tonas teamarbetet ner i förhållande till det utrymme och fokus som ägnas byggandet av resursgruppen. I en mening kan man säga att resursgrupper kan ses som en ersättning av det tvärprofessionellt sammansatta teamet, ett sorts virtuellt, ej organisationsbundet "samhällsbaserat team" inkluderande både

professionella och informella kontakter. Emellertid finns inte den betoning på ett formellt fullserviceteam med vissa obligatoriska funktioner och professioner, som återfinns i litteraturen om ACT. Tittar man internationellt så associeras inte OTP med ACT. I en nyligen publicerad Cochrane-översikt om Intensive Case Management (med ACT-studier som kärna) så har inga studier med OTP-programmet inkluderats (Dieterich et.al 2010). Trots arbetssättens olika utgångspunkt och fokus så finns dock potentiella kopplingar. En verksamhet som arbetar efter IP-programmet kan mycket väl fungera som ett ACT-team, förutsatt att man uppfyller kriterierna för metodiken (se avsnittet "Problembeskrivningen och arbetsmetoderna CM och ACT"). På samma sätt kan ett ACT-team använda sig av IP-programmet i sin verksamhet. Dock bör man betona att utbildningsanordnarnas *intentioner* med den här aktuella utbildningssatsningen varit IP, inte ACT.

Logiken bakom IP är att skapa ett evidensbaserat program genom att integrera olika insatser, som var och en för sig har ett vetenskapligt stöd. Blir det då per automatik en bra helhet? Det är inte säkert. Den nya helheten behöver bedömas för sig och med hänsyn taget till implementationsdimensionen, dvs. hur ett program kan hållas ihop och genomföras i praktiken. Förutom att titta på resultaten av hela "paketet" behöver också särskilda analyser göras av vilken betydelse varje delinsats har. Det blir särskilt viktigt i ett program som IP, som inbegriper en lång rad olika metoder/insatser och som kan framstå som krävande att praktisera fullt ut. I guiden för IP beskrivs programmet vara "*bästa evidensbaserade praxis*" och "*det enda programmet som är evidensbaserat i Sverige*". Slutsatsen beror naturligtvis på hur man väljer att se på och avgränsa evidensbegreppet, men det finns som framgått goda resultat från uppföljningar av det specifika programmet när det gäller insatser till personer med schizofreni. Enskilda komponenter i IP, som KBT, ESL och familjeinterventioner lyfts fram i de tidigare nämnda nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen 2011). Däremot finns inte IP-programmet med i sammanställningen. Resursgruppen, som i guiden beskrivs som ett tillägg till programmet, har kopplingar till OTP:s betoning på familjeintervention och psykoedukativa insatser. Den enskilda komponenten resursgrupp är i mindre utsträckning utvärderad (endast studien av Malm och kollegor men då endast som en av många ingredienser i IP) – samtidigt är det den del av IP-programmet som våra intervjupersoner (se kommande kapitel) främst associerar till IP, och som framstår som mest central. I guiden sägs att resursgruppen var förklaringen till att brukarnas sociala funktioner liksom deras tillfredsställelse förbättrades vid den svenska uppföljningen (s. 92). Detta kan dock inte sägas vara helt klarlagt då det, som tidigare nämnts, fanns flera skillnader mellan de alternativ som jämfördes i studien, förutom resursgrupperna (se Malm et.al. 2003).

OTP och IP är program som utprovats och utvärderats för personer med schizofreni. Förutsatt att man anpassar anspråken efter den befintliga kunskapen, borde programmet alltså implementeras för den målgruppen. Det kan vara värt att notera att marknadsföringen av metodiken i Sverige dock breddat perspektivet. I guiden för IP-programmet står att den kan tillämpas vid alla former av psykiska sjukdomar och funktionshinder och inom verksamheter som t.ex. primärvården (s. 29) Denna ambition förändrar förutsättningarna för regeringssatsningen: beroende på hur man utläser utgångspunk-

terna för satsningen, framträder en process som gått från en väl utprövad och vetenskapligt utvärderad metodik (ACT) för en avgränsad målgrupp med mycket sammansatt och svår problematik, till ett i lägre utsträckning beforskat program lanserat för en bred målgrupp. Redan innan utbildningarna genomförts har alltså både problemet, metoden och målgruppen ändrat karaktär.

Utbildningsinsatsen

I följande kapitel kommer vi att redovisa och diskutera de lokala erfarenheterna av de utbildningsinsatser som förmedlats inom ramen för satsningen. Redovisningen fokuserar på utbildningsmaterialet och på formerna och innehållet i team- och case managementutbildningen. I huvudsak utgår vi från materialet från de fyra orterna i fördjupningsstudien men i vissa avsnitt har vi valt att komplettera med erfarenheter från telefonintervjuerna med representanter från alla involverade orter.

På alla av de fyra orterna för vår fördjupning var man överens om att processen från den första informationen om utbildningen till kursstarten var väldigt kort. Man hade fått information strax innan semestertid och tvingats att skriva ihop intresseanmälan och försöka förankra frågan lokalt på någon månad. Samtidigt uttrycker flera av de lokala samordnarna och cheferna med vilken entusiasm man såg an på utbildningen. En chef beskriver att *”det kändes som om erbjudandet kom från himlen”*.

Principen för urval av deltagare var att låta chefer och arbetsledare till stor del styra vilka personer som skulle få möjlighet att gå utbildningarna. I någon av kommunerna fick intresserad personal söka, i några andra kommuner tillfrågade arbetsledarna de anställda som de ansåg mest lämpliga eller som varit anställda längst. I Norr fanns planer på att plantera arbetssättet på den psykiatriska kliniken genom att i första hand erbjuda platser till psykosteamet, därefter till affektiva teamet. I Väst 2 rekryterades den personal som hade ett så kallat samordnaruppdrag inom boendestödet som deltagare, utifrån idén om att få dessa att fungera som idébärare, även efter utbildningen. Psykiatrin i Väst 2 valde ut de mest motiverade temamedlemmarna med ansvar att handleda och utbilda sina kollegor efter utbildningen. På de flesta orter har arbetsledningen i viss mån anpassat arbetssituationen för deltagarna, t.ex. i form av avsatt tid för litteraturstudier, men det gäller inte överallt.

Satsningen har på det lokala planet inletts med en introduktions- och informationsdag där kursledningen och några föreläsare deltagit. Förutom direkt berörd personal och arbetsledning har även höga tjänstemän, politiker och brukarföreträdare inbjudits att delta. Även här har deltagandet skiftat markant. På några orter beskrivs uppslutningen ha varit stor, på andra ställen framkom en besvikelse över att viktiga aktörer inte slutit upp på mötet. Informationsdagen beskrivs som fullödlig, och det våra intervjupersoner framför allt minns var betoningen och lanseringen av arbetet med resursgrupper. Gemensamt för många av informanterna är känslan av att ha fått begrepp och en struktur på ett arbetssätt som man sedan tidigare i viss mån arbetat efter.

”Det är inget revolutionerande för oss. Vi jobbar på det här sättet. Det som är skillnaden, det är att man får tydligheten, man får instrumenten, arbetsbladen, hela den biten. Men det har inte varit några aha-upplevelser, utan det har varit mera en bekräftelse” (Deltagare, Norr)

Viss kritik framkom över vad man ansåg vara utbildningsanordnarens stora ekonomiska intresse av att "sälja platser". Utöver introduktionsdagen har det anordnats särskilda utbildningsdagar i IP för läkare samt nationella uppföljningsdagar där alla utbildningsorter funnits representerade. Det har även, efter initiativ från lokala aktörer, arrangerats några lokala strategimöten där frågan om implementeringen av metoden i reguljär verksamhet och fortsatt utbildnings- och handledningsstöd har diskuterats.

Allmänt om utbildningarna

De båda utbildningarna har erbjudits i form av kurser på universitetsnivå, vilket några av deltagarna beskriver som förknippat med viss osäkerhet och med ibland för stor respekt. Man beskriver en ovana av att ägna tid åt litteraturstudier och att göra skrivuppgifter. En genomgående kritik av båda kurserna och från de flesta parter är att uppläggningsen varit ostrukturerad och rörig, framför allt när det gäller litteratur och i synnerhet de så kallade arbetsböckerna. Listorna på litteratur har varit långa men flera deltagare upplever att texterna och böckerna inte kommit till användning. Arbetsböckerna och olika papperskopior har gjort det svårt att skapa sig en överblick över varje delmoment. En allmän upplevelse av satsningen är att den tagit sin utgångspunkt från ett psykiatriskt präglat sammanhang.

"Den är ju väldigt psykiatriinriktad och det märker vi som jobbar i kommunen. Sedan vet jag inte om det ska vara så, men det är så. Det var rätt samstämmig kritik, väldigt psykiatriinriktat. Man hade svårt att känna igen sig i sin egen roll" (Deltagare, Väst 1)

I Söder och Väst 1 och 2 framförde kommunens företrädare denna synpunkt tidigt till utbildningssamordnaren, som försökt anpassa utbildningen efter kommunens situation och specifika uppdrag. Det har i Söder inneburit en skräddarsydd utbildning i "IP/CM-light" som givits vid sidan om team- och case managementkurserna. Kravet på att få mer av det kommunala perspektivet ledde också till att extrapass lades till i utbildningarna i Väst 1 och 2 samt att vissa föreläsare från kommunal verksamhet lyftes in i grundprogrammet för case managerutbildningen. Trots dessa anpassningar är flera av cheferna samt personal inom socialtjänsten tydliga med att de vare sig kan eller vill använda sig av hela IP-programmet, utan man tar delar av det. En chef inom kommunen i Väst 2 säger att de egentligen bara är intresserade av att få redskap för sin lokala modell för resursgruppsarbete.

När det gäller frågan om vad man fått utbildning i så svarar en majoritet av våra IP att de utbildats i Integrerad Psykiatri, men några av personerna i chefsbefattning benämner innehållet och metodiken som Case Management. Några enstaka företrädare för psykiatrien nämner att de diskuterat ACT, men att det inte funnits någon vägledning i hur den metodiken omsätts i praktik. De flesta deltagare uttrycker dock att ACT inte nämnts under utbildningen, men man föreställer sig att man kan sätta likhetstecken mellan den metodiken och IP. Överlag finns det frågor kring det sätt på vilket utbildningsanordnarna försökt mäta programtrohet gentemot IP igenom utbildningen. De olika nivåerna och procentsatserna har av många upplevts som svårbegripli-

ga. Gemensamt för alla grupper av deltagare som vi intervjuat är att de karaktäriserar arbetssättet som utpräglat brukarorienterat, dvs. metodiken sätter den enskilde och dennes behov och preferenser i centrum.

Teamutbildningen

Teamutbildningen på 7,5 poäng har erbjudits inom alla de fem län/regioner som ingick i satsningen. De lokala grupperna har bestått av ca 30-35 deltagare både från socialtjänsten och från psykiatrin. Sammansättningen har varit relativt bred, och i liten utsträckning bestått av hela team eller arbetsgrupper. Ofta har både baspersonal och personer med arbetsledande uppgifter deltagit samt i några fall även biståndsbedömare.

Som framgått tidigare har utbildningsanordnarna varit lyhörda för lokala önskemål och modifierat utbildningen i flera avseenden, särskilt när det gäller kommunernas arbete med målgruppen och i fallet med Väst 1 och 2 där man arbetar med två case managers runt varje klient. Kursen har att döma av utsagorna upplevts på lite olika sätt. I Norr beskrev deltagarna utbildningen som grundläggande och av informationskaraktär. En chef inom socialtjänsten säger att man inte fått med sig så mycket men att det varit en förberedelse för nästa steg. I Söder och Väst 1 och 2 däremot, upplevde man den som mycket praktiskt inriktad och med fokus på IP som metodik. I exemplet Väst 1 och 2 lyfts särskilt kursledaren fram som avgörande för den starkt positiva värderingen. Han fungerade som en erfaren instruktör och kunde illustrera programmets konkreta utförande genom rollspel och andra praktiska övningar. Man lärde sig programmet (och lärde sig tro på programmet), trots utbildningens begränsade längd och trots frånvaron av konkret klientarbete.

Litteraturen upplevdes av en majoritet av informanterna som relevant men för omfattande. Man saknade tydliga instruktioner för inläsning och upplevde svårigheter med att sortera bland det skriftliga materialet. En vanlig utsaga var att man inte läst särskilt mycket av litteraturen utan att man upplevt föreläsningarna som mer informativa. Dessutom uttrycktes från några av orterna svårigheter att få tid till inläsning på arbetstid.

Föreläsningarna värderades som överlag bra, men ibland upplevdes kopplingen mellan IP och föreläsningarna som svag, och vissa föreläsningar bedömdes som mindre relevanta. Det mer metodinriktade och praktiska arbetet under utbildningen var, som framgått tidigare, mycket uppskattat. Övningarna som gick ut på att träna arbetet med en resursgrupp värderades högt men beskrevs också som svårt att få realistiskt utan klienter. En grundprincip för utbildningen var att i samband med grupparbeten och övningar arbeta i mindre grupper bestående både av psykiatri- och socialtjänstpersonal. När detta fungerade beskrevs effekterna i termer av ökad förståelse och kännedom om varandras kunskap och perspektiv.

”Handledaren gjorde ju all skillnad i världen, det blev en praktisk och jordnära produkt av det. Det mest positiva var att vi jobbade ihop, att vi lärde känna varandra när vi gjorde övningar i vår grupp, det var så roligt, de praktiska övningarna.” (Deltagare Väst 1)

På några av ställena, tydligast beskrivet i Norr, blev inte grupperna mixade. Orsaken beskrevs vara praktiska skäl: det upplevdes svårt att hitta tider att träffas för fördjupningsarbeten och den enklaste lösningen blev att man skapade grupper utifrån vilken ort man arbetade på och inom den organisation och arbetsgrupp som man tillhörde. Deltagarna beklagade detta, då man också själva erfarit att man missade en chans till samarbete över kommun- och organisationsgränserna.

Examinationsuppgifterna, främst bestående av ett projektarbete med koppling till den egna verksamheten och till IP, upplevdes som meningsfull och konkret. I Väst 1 beskrevs hur de flesta av de skisserade utvecklingsinsatserna realiserats, t.ex. genom förbättrade kontakter mellan sluten- och öppenvård och en ökad involvering av närstående i det praktiska arbetet.

Case manager-utbildningen

Denna längre utbildning på 30 poäng startade efter det att teamutbildningen avslutats. I jämförelse med teamutbildningen var grupperna i denna första omgång betydligt mindre, mellan 15 och 20 deltagare, alla med fullföljd teamutbildning. Kursen har bestått av delkurser i "Individ och system" (termin ett), "Evidens inom psykiatriområdet" (termin två) samt av ett projektarbete (termin tre). Dessutom har varje termin innehållit en delkurs i "IP i praktiken" (individuell uppgift samt audit). Totalt har utbildningen omfattat ca 8 kursdagar per termin exklusive handledning och resursgruppsarbete.

Utbildningen bestod av en kombination av föreläsningar, handledning kring det egna klientarbetet samt arbete med de olika modulerna i IP-programmet. Enligt deltagarna har det varit en utmaning både för arrangören och för deltagarna att få ihop dessa delar. Ett omdöme är att delarna varit bra men att de inte har hängt ihop som en fungerande helhet. Likt i samband med teamutbildningen återkommer beskrivningen av utbildningen och IP-programmet som psykiatriskt orienterat, något som även på denna kurs korrigerades genom att man tillförde föreläsningar om t.ex. boendestöd. Några deltagare uttrycker frustration över att de inte har samma förutsättningar (läs: ett tvärprofessionellt behandlingsteam) som psykiatrin att arbeta efter modellen.

"Det var bara psykiatriperspektivet med och ingenting från kommunen. Det var hemskt bra men det var ett psykiatriperspektiv och man tappade det där med modulerna och att kunna koppla föreläsningarna till det konkreta arbetet" (enhetschef, psykiatrin Syd)

En erfarenhet från Väst 1 och 2 är att arbetet med "utbildningsklienterna" och resursgrupperna var omistligt i utbildningen, men att en metodfördjupning saknades. Man hade varit mycket nöjda över de träningsinriktade inslagen i teamutbildningen, men flera upplevde inte att man här fått jobba vidare med de olika modulerna i IP-programmet. Handledningen hade varit värdefull, men man efterlyste mer kunskap om det man upplevde som de svårare modulerna i programmet.

”Man kände liksom att nu tar kursen slut och vi har inte jobbat igenom alla modulerna ännu, för så långt har vi inte kommit i det praktiska arbetet och vad händer då? Det blir ett slags luddigt slut” (Deltagare Väst 2)

”Jag önskar att vi hade fått arbeta mer praktiskt med metoden i 30-poängaren, mer konkret med modulerna. Modellen bygger väldigt mycket på att man jobbar praktiskt och blir säker i det och det har man inte blivit” (Deltagare Väst 1)

Det egna klientarbetet kombinerat med handledning har utgjort det enskilt viktigaste inslaget på utbildningen enligt deltagarna. Tanken har varit att varje deltagare arbetar med två klienter och ”deras” resursgrupper vilket inte alla gånger varit möjligt. Deltagarna fick själva välja klienter vilket enligt dem ofta innebar personer med många olika vård- och stödkontakter. Detta arbete har utvärderats och bedömts vid tre tillfällen under kursen genom audits där externa experter gått igenom deltagarnas arbete i förhållande till IP. Kraven för godkänt respektive väl godkänt har relaterats till olika grader av programtrohet. Denna del av utbildningen komplicerades av att några av orterna arbetade enligt en modell med två case managers per klient vilket skapat frågetecken till examinationskraven. Några deltagare tycker också det varit otacksamt för dem som haft patienter med väldigt stora och sammansatta behov – risken är att dessa får låga poäng vid programtrohetsbedömningen trots en ambitiös ansats. Dessa audits bedöms i övrigt väldigt olika av deltagarna. Vissa tycker att de varit en mycket viktig feedback för att kunna utveckla arbetet enligt IP, andra har kritik mot att hela bedömningen av programtrohet upplevs som svårbegriplig eller att externa bedömare varit orättvisa. Deltagarna är överlag positiva till detta träningsinslag, några personer beskriver hur behovsbilden och den enskildes situation framstått som mycket mer klar genom resursgruppsarbetet. Emellertid har man delvis olika föreställningar om hur rollen som case manager ska praktiseras. Några har tolkat samordnarrollen som väldigt specifik och specialiserad i meningen att man inte blandar den med egna vård- och stödinsatser, medan andra menar att man bör kombinera rollen som t.ex. boendestödjare eller behandlare med funktionen som case manager. Handledning har givits i blandade grupper om fyra deltagare och varit uppskattad. Däremot finns en uttryckt ovisshet om vad som händer efter utbildningarna och i vilken utsträckning den kommer att kunna ges även i fortsättningen.

Även 30-p-utbildningen har i hög utsträckning organiserats utifrån studiegrupper bestående av en mindre grupp deltagare. Likt i den kortare utbildningen finns här exempel på när man av olika skäl inte fått till mixade grupper eller lyckats träffas i den utsträckning som varit nödvändigt.

”Den där samverkan faller rätt taskigt då vi inte lyckats få ihop blandade grupper, vi från kommunen har gjort vårt arbete tillsammans och så har landstinget gjort sitt” (deltagare, Norr)

Föreläsningarna på kursen har berört en rad olika teman och givits relativt tätt åtminstone under den första delen av utbildningen. Det har bland annat handlat om bemötande, livssituationen för målgruppen, stigma, hjälpmedel, återhämtning, lagstiftning, evidensbaserade metoder, psykiatriska sjukdomstillstånd och behandling, rehabilitering och boendestöd i kommunen. Föreläsarna kring varje område framstår som nationell expertis, och samma personer har också anlitats på de flesta ställena. Kvaliteten på föreläsningarna och på föreläsarnas kunskaper bedöms genomgående som hög – en informant säger bland annat att det är uppenbart *”att utbildningsanordnaren plockat ihop de bästa”*. Särskilt uppskattat har de inslag som berör brukarinflytande och som genomförts av personer med egen erfarenhet varit. Kritiken består i en upplevelse hos deltagarna av att många föreläsningar har varit lösryckta och inte bildat en röd tråd genom utbildningen.

För den fördjupade utbildningen bedöms litteraturen vara relevant av deltagarna och den framstår också som aktuell i meningen relativt nyutgiven. En vanlig kommentar vid intervjuerna är att litteraturen varit omfattande, men ibland svagt kopplad till de inslag som man tyckt har varit de viktiga. Det har resulterat i att många inte läst stora delar av litteraturen. De s.k. arbetsböckerna, som är producerade av Evidens, lyfts fram som den mest betydelsefulla litteraturen, men de är enligt flera personer upplagda på ett ostrukturerat och förvirrande sätt.

”Först ska man ju ha tre arbetsböcker sedan kommer en ny upplaga ett halvår senare. Då ska man sitta där och bläddra. Det är lite svårt. Man ska ju kunna använda detta tillsammans med klienten, det är lite förvirrande när det är så ostrukturerat. Sedan fick vi andra typer av arbetsblad från en föreläsare, men hans arbetsblad är inte de som finns i boken. Alltså, det blev helt förvirrat, vilka blad ska man använda egentligen?” (Deltagare, Syd)

Examinationerna har bestått av både audits, tentor och ett fördjupningsarbete. Det framkommer inga direkta synpunkter på tentorna och fördjupningsarbetet. Förutom de erfarenheter som tidigare redovisats angående individarbetet så framkommer kritik angående kravnivåerna på utbildningen. I framför allt Väst 2 beskrivs vad man tycker är kommunikationsmissar mellan Karlstad universitet, Evidens och ledningsgruppen, vilket har bidragit till att deltagarna fått olika besked om vilka krav som ställs för de olika betygsnivåerna när det gäller arbetet med klienterna. Det har särskilt rört de fall i Väst 1 och 2 där utbildningsklienterna har haft två case managers, en från kommunen och en från landstinget.

Sammanfattning

IP är ett komplext program med många delar vilket innebär att en utbildningsinsats följaktligen också behöver vara sammansatt av en rad olika moment och inslag av både teoretisk och praktisk karaktär. Utbildningen kan ses som en del i vad vi kallat en mjuk implementeringsstrategi där processen präglas av en stort mått av handlingsfrihet och möjlighet till avvikelser från ”grundmodellen” i form av lokala anpassningar. Detta är också tyd-

ligt i vårt material, där utbildningens form och innehåll i viss mån förhandlats fram i kontakt mellan utbildningsgivaren och den enskilda organisationen eller orten. Deltagarna har haft vitt skilda förutsättningar att praktisera IP och fungera som case managers, beroende på organisatorisk tillhörighet och individuell arbetssituation. På några ställen arbetar man med en case manager per resursgrupp, på andra ställen med två. På några ställen har samverkans-effekten av att gå en gemensam utbildning begränsats i praktiken då studiegrupperna inte blivit mixade som planerat. Dock är det övergripande intrycket att de flesta studieorter tillgodosett den nyckelkomponent i implementeringen som utgörs av en medveten rekrytering av personer, i det här fallet till utbildningen.

Det finns också en stor variation i hur deltagarna beskriver det utbildningspaket och det program som utgjort utgångspunkten för utbildningarna. De flesta deltagarna beskriver IP som det primära studieobjektet, men intervjuerna visar att man hunnit olika långt i arbetet med att tillgogogöra sig programmet. Resursgruppen utgör ett kärnelement i både den korta och längre utbildningen, som deltagarna fått både teoretiska kunskaper om och praktiskt fått träna på. I övrigt tycks de olika utbildningsorterna kommit olika långt i förtroget när det gäller övriga inslag i IP. Ingen av studiegrupperna beskrev att man hunnit jobba igenom hela programmet under utbildningen. I den meningen kan man säga att en programtrogen implementering av i det här fallet IP avsevärt begränsas då deltagarna inte har införlivat "hela paketet" när utbildningen avslutas och i det läge då man förväntas börja använda sig av sina nya färdigheter.

Överlag ger deltagarna utbildningarna ett högt betyg. De har innehållit bra föreläsare, relevanta övningar och god handledning. Kritiken rör främst studiematerialet som uppfattats som ostrukturerat och rörigt. Att notera är de tydliga träningsinslagen som genomsyrat utbildningarna och som även starkt betonas som framgångsfaktorer i implementationsforskningen (se t.ex. Fixen et.al. 2005). De konkreta övningsinslagen, oftast kopplade till arbetet med resursgrupper, ökar förutsättningarna för att kunna ta med sig kunskaperna och praktisera dem inom ramen för den egna organisationen. Oklarheter finns däremot (inte minst hos deltagarna) kring frågan om tillgång till fortsatt handledning i metodiken, då man på flera platser saknar en klar bild av hur avtalen med utbildningsgivaren ser ut. Tillgång till experter och kontinuerlig feed-back med avseende på individens prestationer och metodtrogenhet, utgör kärnkomponenter för att effekterna av utbildningsinsatserna ska kunna optimeras i den praktiska verksamheten.

Implementeringen i organisationerna

Detta kapitel innehåller en beskrivning och analys av vilka komponenter som blivit implementerade via utbildningssatsningen. Vi har kunnat konstatera är att det inte är ACT som i praktiken blivit föremål för satsningen, utan intentionerna har i stället varit att utbilda i och implementera programmet IP. Därmed är det heller inte meningsfullt att använda programtrohetsmätningar utformade för ACT. Implementeringsprocessen kännetecknas i det här fallet av en mångfald av begrepp och tolkningar av "metoden" som givits olika lokala uttryck. Vi har i tidigare kapitel belyst satsningen genom ett top-down-perspektiv, med avseende på vad som var avsikten med utbildningsinsatsen och vilka målen var med den. När vi fokuserar informanternas syn på processen blir perspektivet snarare bottom-up där de lokala motiven och förutsättningarna studeras. Det innebär att vi bör studera *vilka* komponenter som faktiskt blivit implementerade, vilka begrepp som används och vilken mening dessa har för chefer, personal och brukare. Vi försöker även beskriva om personalen anser att utbildningen har bidragit till att vård- och omsorg av brukarna i några avseenden fungerar bättre än tidigare. Vi kommer även att försöka identifiera särskilda organisatoriska skillnader som underlättar förståelsen för olikheter mellan olika regioner och deras implementeringsprocess.

Initialt ska vi redogöra för de komponenter som verkar ha blivit implementerade och om erfarenheterna av organisatoriska anpassningar till följd av satsningen. Det är dock för tidigt att säga något om förankringens styrka och sannolikheterna för en "institutionalisering" på sikt, i detta skede (augusti 2010). Vi kan i nuläget uttala oss om de begrepp som används operativt och som frekvent förekommer i materialet. Det rör sig om a) begreppen case managers, eller synonymt vård- och stödsamordnare b) begreppet resursgrupper samt c) begreppet Integrerad Psykiatri. De begrepp som *inte* diskuteras eller nämns har inte fått något genomslag i praktisk verksamhet. Det rör sig t.ex. om ACT-begreppet som inte någon av informanterna anser vara relevant för den verksamhet man idag ägnar sig åt.

En implementationsprocess består idealt av en tydligt beskriven, evidensbaserad metod som sedan implementeras på ett väl förberett sätt och därefter granskas genom validerade programtrohetsmätningar. Den mjuka implementeringsstrategi som emellertid karakteriserat denna satsning från början har inneburit att det metodologiskt har varit svårt att finna specifika referenspunkter som vi har kunnat använda för jämförelse av vad som skett under utbildnings- och implementeringsprocessen. Vi har därför endast kunnat ge en explorativ lägesbeskrivning av vad som skett, men i väldigt liten grad avgöra om det som skett har varit i enlighet med uppdragsgivarens önskemål, bättre än någon annan verksamhet eller andra värdeomdömen. Vi har heller inte kunnat jämföra försöksverksamheten mot centrala målbeskrivningar, då sådana saknas (se även Karlsson 1999, Kap 5, för diskussion om referenspunkter vid utvärdering).

IP bör begreppsligt betraktas som ett program. Det är ett paket som består av olika inslag eller metoder som var för sig kan beskrivas som mer eller mindre evidensbaserade. IP karakteriseras även av ständig förändring, där bl.a. resursgruppen utgör en vidareutveckling av originalprogrammet och som enligt de svenska erfarenheterna är en nyckelkomponent i arbetet. Det är ett i hög grad levande och dynamiskt program. Alla dessa aspekter har i sin tur påverkat implementeringsprocessen.

Case Managers vs. Case Management-metodik

Case management och Integrerad Psykiatri är de begrepp som uteslutande används av operativ personal och chefer i deras beskrivningar av utbildningen och den metodik som används. Den s.k. Lysekilsmodellen förknippades av en del informanter med metodiken IP men inte nödvändigtvis utifrån denna utbildning utan från tidigare bekantskap med företaget Evidens och de personer som företrätt denna modell. De flesta informanter som arbetar inom psykiatrin har också stött på företaget Evidens och deras lärare. Chefer och personal har således hunnit bekanta sig med många av de begrepp som också återkommit i denna utbildning. ACT-begreppet kände en del till sedan tidigare, men begreppet uppfattades inte av någon informant vara relevant i relation till vad informanterna ansåg sig ha fått utbildning till, eller hur de idag arbetar med CM. Vi noterade också att CM-begreppet på de flesta ställen har bytts ut mot ett annat begrepp, nämligen begreppet vård- och stödsamordnare. Det är en effekt av de diskussioner som förts mellan utbildningsanordnaren och operativ personal och brukarorganisationer, där sistnämnda två grupper visat stor tveksamhet inför att använda begreppet case manager. Begreppet case syftar översatt på svenska till "fall" och den språkliga innebörden i detta uttryck överensstämmer inte med det man vare sig från den operativa personalens sida, eller utbildarnas sida vill förmedla med metoden, nämligen ökat brukarinflytande. Begreppet *case management*, som metodik betraktat finns inte representerat. Informanterna talar främst om case managers som en yrkesroll som intas i resursgrupper för att genomföra de metodinslag som återfinns i modulerna för IP:

"IP: Vi kallade det för vård- och stödsamordnare när vi skrev avtalet och jobbade med resursgrupper och nu har vi sett att nu använder Evidens också den benämningen och det tycker vi är jättebra. Men den fanns ju inte innan. Så vi säger case managers men det är vård- och stödsamordnare som är det viktiga just därför att man inte skall köra sitt eget race, det är inget soloarbete utan det är ett teamwork" (Väst 1, personal kommun)

Beställarna har varit missnöjda med symboliken i namnet case manager och man har därför gått dem till mötes genom att ändra begreppet. Innebörden i begreppet Case managers och case management-metodik är också sedan länge bekant för de flesta av våra informanter. De har på mer eller mindre genomarbetade sätt använts av informanter på de flesta orter som deltar i studien långt innan denna utbildningsinsats.

Hur ser då case management-metodiken ut på de olika orterna som deltagit i denna utbildningssatsning? Svaret är att det ser olika ut. På alla orter som deltagit i studien, även de som inte ingår i fördjupningsstudien, har man utbildat case managers och försökt skapa en särskild plats för dem inom organisationerna, ibland i form av ett löst sammanhållet "team". Ett typiskt scenario är att dessa huvudsakligen är placerade inom någon av psykiatrins enheter och då vanligtvis inom psykosvården. Den modell som är mest speciell och avvikande i sin konstruktion är en modell med två parallella case managers i psykiatri och kommun som utvecklats och är på väg att implementeras i region Väst. För att förstå varför utvecklingen har tagit olika inriktningar på de olika orterna måste man gå tillbaka till de direktiv och önskemål som finns för utvecklingen av case management-metodiken i Sverige. Teoretiskt syftar begreppet mjuk implementering på att man i förväg inte har paketerat de begrepp, former och det innehåll som skall användas praktiskt på ett bestämt sätt. Det vill säga man har inte ställt villkor för utformningen och tillämpningen av begrepp, arbetsformer och metoder. En mängd olika case management-modeller, mer eller mindre "intensiva", har funnits tillgängliga att välja mellan.

Utbildningssatsningen i sig har kännetecknats av stora frihetsgrader såväl avseende vad som har ansetts vara helt nödvändiga komponenter vid implementeringen, som gällande aktörernas handlingsutrymme att göra verklighet av utbildningssatsningen. Vare sig uppdragsgivare eller utbildare har begreppsligt eller formativt kunnat styra implementeringsprocessen i någon specifik avgränsad riktning. Evidens har från sin sida försökt styra utbildningsorterna och studenterna åt ett visst håll, t.ex. genom de s.k. programtrohetsmätningar som använts i utbildningen. Det gäller främst utbildningens innehåll, dvs. arbetsblad, moduler och själva teknikerna inom ramen för IP. Avseende den operativa implementeringen av CM, IP och resursgrupper har Evidens deltagit i liten utsträckning. Dessa processer har utvecklats helt och hållet utifrån lokala och regionala förutsättningar på de olika orterna. I kraft av inflytelserika nyckelaktörer har Väst 1 och 2 skapat egna modeller som uppvisar en viss drift från anordnarens utbildningsmodell. Även andra kraftfulla regioner som Syd har haft inflytelserika ledargestalter som format utbildningen efter lokala och regionala förutsättningar. Andra regioner har varit mindre framgångsrika, som vi skall återkomma till. Landsting och kommuner har också redan från början haft olika förutsättningar för deltagande: landstingen var mer bekanta med metodiken medan kommunerna var tveksamma till det övervägande psykiatriska innehållet. I en av de regioner som själva anser att de har lyckats implementera metodiken CM och IP tycker en kommunal mellancheft t.ex. så här:

"IP: Under arbetets gång har vi märkt att alla passar det inte. Det finns inte utrymmet för alla. För vissa är problematiken så tung att det inte går att köra hela programmet. Man kan ta ut litet stick ur själva programmet att använda sig av. Det är ju arbetet i sig som är väldigt positivt. Man får inte vara så programtrogen. Men det finns bitar att plocka ut och använda.

I: Tror du Evidens skulle gilla den tanken?

IP: Absolut inte!" (Syd, chef, kommun)

Resursgrupperna

Vid våra intervjuer är det temat resursgrupper som utmärker sig som positivt för informanterna. Resursgruppen är den mest framträdande ingrediensen för programmet IP. Den är en form av nätverk där case managern fungerar som en kontakt till brukaren och där man tillsammans med brukaren sätter ihop en grupp av personer som brukaren själv anser är viktiga i att ge stöd och omsorg. I enlighet med Fixsens (et.al. 2005) koncept för framgångsrik implementering så har alla framgångsrika metoder en grundläggande filosofi som genomsyrar insatser från början till slut. I IP verkar det enligt informanterna finnas en sådan grundläggande filosofi eller grundtanke och det är ”brukaren i centrum”. Denna devis återkommer i intervjuerna som den mest grundläggande filosofin med hela programmet.

Resursgrupperna ger alltså möjlighet till att ”sätta brukaren i centrum” genom att man med hjälp av programmet IP kan arbeta på ett strukturerat sätt med frågor som rör brukarens behov. Resursgruppen fungerar som ett stöd där de viktigaste personerna i brukarens liv finns till hands. Skall man urskilja de personer och yrkesroller som vanligtvis ingår, är det brukaren själv, case managern samt anhöriga. Det är framför allt när det gäller relationen mellan anhöriga, personal och brukare som man anser att resursgrupperna har tillfört en kvalitativ dimension som tidigare har saknats. Framför allt är det operativ personal som själva arbetar som case managers som är mycket nöjda med hur mycket resursgrupperna ur deras synvinkel har förbättrat kvaliteten i insatserna. Det finns dock lite olika tolkningar av hur väl man lyckats implementera resursgrupper. Vissa orter tolkar sin uppfattning om programtroheten strängt och anser inte att man lyckats skapa fullständiga resursgrupper eftersom man inte har tillgång till läkare i den grad man önskar medan andra anser detta vara av mindre betydelse. Det är också viktigt att poängtera att det inte är metoderna i IP i sig som gör att man anser sig vara nöjd med resursgrupperna utan det handlar mer om s.k. mjuka värden som har blivit resultat av resursgruppens existens, snarare än som effekter av metoder som lyfts fram. Dimensioner som nämns av intervjupersonerna har exempelvis att göra med förbättrade relationer, informationsdelning, ökad trygghet och självkänsla för brukaren och dennes anhöriga. Även om anordnaren stundtals fått kritik för att IP innehåller för mycket av medicinska inslag verkar resursgruppernas skapande ändå ha bidragit till en förskjutning från medicinska frågor till mer psykosociala och ”mjuka” frågor:

”IP: Och så nu detta som är mer renodlat och ser hur patienten från att ha suttit och sörplat kaffe, inte är delaktig i planeringen, mycket fokus på mediciner till nu sitter och har ordet. De har gjort det till sitt från att ha varit mitt. Det tycker jag att jag har sett på olika sätt. Förut skulle dom skriva på att dom var delaktiga i beslutet vilket man kände att det där.. medan nu är det 100 % närvaro. Jag tror att det är den trygghet han ser vad som skall tas upp på det här mötet så att det inte kommer en massa annat. Han vet, de här tre sakerna skall vi prata om, sedan är jag klar. Förut kunde patienten bara resa sig och gå. Och sedan att det inte skall dyka upp folk från höger och vänster.” (Väst 1, Case managers, kommun)

Hur kan då ett resursgruppsmöte gå till? Man bestämmer det i vissa fall upp till flera månader i förväg. Men detta är i sig ingen nyhet. Som en informant säger, så har nätverksmöten och vårdplanering skett tidigare. Problem med resursgruppsmöten kan ändå uppstå. Det kan exempelvis, enligt en informant, handla om att utomstående förvaltare eller andra personer inte känner till hur resursgruppsmötena fungerar och därför fortsätter att "tala över huvudet" på brukaren snarare än att utgå från dennes önskemål. Brukarorganisationerna är också i de intervjuer som vi gjort mycket nöjda med hur resursgruppens form ger möjlighet till en kommunikation där de faktiskt själva sätts i centrum för processen. I en intervju med representanter för brukarorganisationerna RSMH (varav en själv är s.k. utbildningspatient) och Ananke tycker en person så här om resursgrupperna:

"I: Vad är det som är nytt i behandlingsmodellen?

IP: Det är ju resursgruppen! Att man själv har fått välja ut de som ska ingå där. Innan har man bara fått alla planer om sin egen vård. Man har aldrig vetat vad de har tänkt, läkarna. Och sen att de anhöriga också får vara delar av dem som planerar. Det fanns inte innan. Inte här. Båda mina föräldrar är med. Jag och case managern planlägger.

I: Är det du som bestämmer vad som ska tas upp?

IP: Det är i stort sett jag som bestämmer det. Det känns lite konstigt ibland, men ... vissa uppgifter har inte kommit fram förr när man har pratat." (Syd, representant för RSMH)

Rent tekniskt kan man då fråga sig vad en resursgruppsmodell innehåller. Vilka typer av strategier och arbetsredskap ingår i den här modellen rent konkret? Ett citat från en kommunanställd i Väst 1 uttrycker det på följande sätt. En resursgrupp fylls med moduler och arbetsformer från IP och det är i huvudsak indelat i tre olika faser: en utredningsfas, en behandlingsfas och en avslutande fas. Där verkar man från kommunalt håll se det som svårt att fullt ut delta i alla moment:

"IP: Det ingår en förståelse av diagnostik, se också var du befinner dig idag i ditt mående, få hitta strategier för att hantera din sjukdom eller ditt funktionshinder, se också var du kan få hjälp någonstans när du märker av att du behöver extra stöd, få också en förståelse för till viss del kanske varför du har hamnat där du har hamnat just idag. Det är så många delar i det här. Det är en utredningsfas, behandlingsfas och en avslutningsfas. Och så är det flera moment som ingår i utredningsfasen. Och när jag ser vad som skall ingå i hela programmet så tror jag att kommunen inte ens är med i utredningsfasen. Då har inte en handläggare varit och gjort en bedömning, utan vi lär ju komma in i någon typ av behandlingsfas sedan när utredningen är gjord." (Väst 1, Chef, Kommun,)

Utifrån vad som beskrivs i modulerna för IP så kan resursgrupperna användas för att strukturera faserna och ge personalen konkret stöd i deras arbete om hur de ska gå vidare. Resursgrupper är möjligen som begrepp betraktat nytt, men formerna är inte nya. Som en chef från psykiatrin uttrycker det har

man "fuskat" med resursgrupper under namnet *ansvarsgrupper* redan i början av 2000-talet. Även där var anhöriga och vänner till brukarna viktiga som ett stöd för personal och brukare i de behandlingsteam som då fanns. Resursgrupper verkar alltså vara en "gammal bekant" i ny tappning. Det är dock mer ovanligt att kommunal personal verkar har stött på eller arbetat i enlighet med den metoden tidigare. Användningen av begreppet resursgrupper kan tolkas som en nationell omtolkning eller anpassning av funktionen för de samhällsbaserade team som återfinns i beskrivningarna av ACT. Resursgrupperna ses av de flesta informanter som något "mer" än ACT, anpassade till svenska förhållanden när det gäller ansvarsfördelning och organisatoriska gränsdragningar mellan kommuner och landsting.

I de uppföljande intervjuerna har vi försökt få en mer kvantitativ bild av hur många resursgrupper som finns ute på de femton olika orterna. Det var dock svårt att få något helhetsgrepp om detta. Orsaken vet vi inte säkert, men mönstret var likartat på de flesta orter: det var svårt för de lokala samordnare för satsningen, att veta hur många resursgrupper som var igång och hur många patienter som hade tillgång till resursgrupper. Man tolkar också resursgrupperna på olika sätt. Ibland är de större och ibland är de mindre (stor och liten resursgrupp). Det finns alltså en rent språklig otydlighet som gör att man inte riktigt vet när något har gått från en liten till en stor resursgrupp eller när en brukare ska anses ha en resursgrupp alternativt avslutat eller hoppat av. Vårt intryck är att det konkreta arbetet med grupperna sällan hålls samman lokalt. En uppskattning utifrån våra uppföljningsintervjuer är att mellan tre- och fyrahundra brukare har en case manager som utbildats inom ramen för satsningen. I dessa ingår alla s.k. utbildningsklienter, vilka torde utgöra ca hälften av det totala antalet. Ur ett implementationsperspektiv kan utbildningsklienterna ses som resultat av själva interventionen (utbildningen), medan de andra mer är att betrakta som ett egentligt resultat av en lokal implementering efter utbildningen. Hur många av dessa klienter som har en fungerande resursgrupp (liten eller stor) vet vi inte, men att döma av intervjuerna rör det sig om cirka hälften av fallen.

Integrerad psykiatri i praktiken: moduler och verktygslådor

Det som utgör själva "hårdvaran" i utbildningsanordnarens arbetsmaterial om IP är de s.k. arbetsmodulerna. Dessa består konkret av handböcker som innehåller en kort teoretisk bakgrund till metoden och en hel del konkreta arbetsmetoder i form av instruktioner, övningar och olika mätinstrument och frågeformulär (se tidigare avsnitt). Arbetsmodulerna skall enligt anordnaren följas för att man skall kunna hävda att man arbetar programtroget i enlighet med programmet IP.

De fysiskt existerande böckerna är på ett sätt de mest konkreta arbetsverktyg som personalen har. De flesta är nöjda med valda delar av materialet men det finns också ett visst missnöje. Problemen är förbundna med att arbeta programtroget enligt informanterna. Resursgrupperna uppfattas som en konkret del i IP, och som en sorts utgångspunkt. Man använder handböckerna som ett "smörgåsbord" av instrument och metoder att plocka och välja

mer eller mindre fritt ur. Enligt våra informanter kan man inte arbeta igenom materialet i kronologisk ordning utan man måste anpassa och välja metod utifrån patientens behov. När det gäller de konkreta interventioner och arbetsblad man skall använda sig av återkommer distinktionen mellan kommuner och psykiatri. En stor del av de insatser som inbegrips i programmet är kopplade till psykiatrisk behandling och ligger utanför kommunens ansvarsområde.

I några av de grupper som gått utbildningen uppfattade man vid fördjupningsstudien dessa som ostrukturerade och svårgenomträngliga. Möjligen beroende på att materialet är komplicerat och omfattande. Desto viktigare blir det att beskriva metoderna på ett pedagogiskt och lättillgängligt sätt:

”IP 1: Ja, fast det är ju det här med att arbetsbladen inte är samlade efter varandra. När DVD:n kom så trodde jag att alla arbetsbladen skulle finnas där, t.ex. checklistan överensstämmer inte med arbetsbladen, det blev svårt. Vi har fått fler arbetsblad än vad som finns i arbetsböckerna. Det hade varit bra om man hade haft det i någon sorts kronologisk ordning, som jag förstår att man inte kan ha. Men det är ju ändå lättare att bläddra bland det och välja, än att bläddra och hoppa i böckerna och missa någonting istället för att jag väljer utifrån att det här en röd tråd igenom arbetet.

[IP 3: Sen finns ju Per Borells hemsida också] IP 1: Men hans arbetsblad är inte samma som dem som ligger i boken? Alltså, det blev ju helt förvirrat. Vilket arbetsblad skall man använda egentligen? ” (Syd, Kommunal personal)

Vid uppföljningsintervjuerna framkom det hos några av de regionala samordnarna att arbetsmaterialet efterhand hade blivit mer strukturerade än de var i början. Men problem skapas i och med att personal förväntas använda sig programtroget av ett så komplext och mångfacetterat program som IP. Utmaningen för utbildarna är att man pedagogiskt måste strukturera materialet för ökad användarvänlighet. Där ett verkligt samarbete mellan case managers inom kommuner och psykiatri eftersträvas, struktureras och väljs också modulerna ut efter principen om minsta gemensamma nämnare, nämligen att såväl psykiatri som kommuner skall kunna enas om i alla fall några få verktyg som de gemensamt skall kunna använda.

Utbildningsanordnarens material kompliceras av att programmet i sin helhet bara kan användas av personal från psykiatri, medan kommunal personal måste välja ut några av de instrument som finns, som sedan kan anpassas till den egna verksamheten och som utgår från socialtjänstens ansvarsområde. Ur ett statligt styrningsperspektiv blir det svårt att kontrollera implementeringen av ett program på nationell nivå då användningen är begränsad för vissa aktörer, i det här fallet de kommunala verksamheterna, redan i utgångsläget. Positiva synpunkter på arbetsmaterialet finns också. De allra flesta av våra informanter menar att handböckerna ger ett konkret verktyg att användas i resursgruppsarbetet. De har en potential att fungera strukturerande och hjälpa case managern att arbeta och ”beta av” viktiga frågor i relation till annan personal, brukare och anhöriga.

Integrerad psykiatri och programtrohet

I teoridelen såg vi att implementering av enkla lättförståeliga handgrepp inte behöver vara så svåra. Komplexa metoder, framför allt sådana som handlar om att ändra beteenden och som ska genomföras på olika nivåer i flera organisationer, är betydligt svårare att genomföra.

De allra flesta informanter verkar alltså ha bestämt sig för att man inte kan arbeta operativt på ett programtroget sätt enligt IP, och man verkar heller inte var så bekymrade över detta. Patienter och brukare följer sina "egna scheman" som inte så lätt kan pressas in i en mer specifik programtrohetsmodell som skall följas till punkt och pricka. Vi frågade om modelltrohetsbegreppet och hur man ser på det. Återigen verkar det som att det finns ett pedagogiskt problem involverat i personalens tolkningar av IP-modulerna.

"IP 1: Men vi kommer inte att till punkt och pricka vara programtroget, nej! Det finns det inte utrymme för. ...

IP 2: Jaa. Det är dem vi har jobbat utifrån när vi har haft handledning. Men det har inte varit lätt att följa dem heller. Jag har inte kunna följa någonting. Patienten följer ju inte ett speciellt schema. Det är olika saker och framförallt så kommer de ju inte heller alltid. Deras motivation är ju inte lika stark som vår.

IP 1: Man kan ju tillägga att den här E-arbetsboken, verktygen finns ju där. Den är upplagd väldigt förvirrat (Alla informanter håller med). Skulle den ha varit upplagd på ett enklare sätt skulle det ha varit lättare från början att sätta sig in i det." (Väst 1, blandad personal kommun och psykiatri)

De flesta av intervjupersonerna är inriktade på att vissa delar i metoden är "bra" och då använde man sig av dem, andra delar har man större problem att tillämpa operativt och då använder man sig inte av dem.

För att få en något mer konkret uppfattning om hur deltagarna i case managerutbildningarna i sitt praktiska arbete förhåller sig till IP, genomförde vi som tidigare redovisats en mindre web-undersökning. Den grupp som slutligen kom att omfattas var 14 personer fördelade på alla de fem länen/regionerna samt mellan både kommun och landsting. Våra kontaktpersoner identifierade dessa som personer med utrymme att arbeta som case managers. Vi utgick från arbetsmodulerna i IP-materialet och frågade om i vilken utsträckning man kan arbeta med resursgrupper, skattningar av sociala funktioner samt symtom, individuella utvecklingsplaner, samhällsbaserade team, moduler och arbetsblad i e-arbetsböckerna, stresshantering, handlingsplan för medicinering och utbildning i fråga om läkemedel, social färdighetsträning, psykoterapeutiska behandlingsmetoder (KBT), planer för krissituationer samt kontroller av somatisk hälsa. Resultatet kan bara ses som en illustration på förhållandet mellan IP-programmet och den faktiska tillämpningen ute i verksamheterna, men den ger stöd till de övriga utsagorna om en selektiv användning av IP-modulerna förutom några kärnkomponenter. Alla svarande angav att de arbetade med resursgrupper (åtminstone en liten resursgrupp), att de hade utformat individuella utvecklingsplaner samt att de hade planer för krissituationer. Därutöver fanns en spridning i

svaren, där endast några svarande angav att man t.ex. hade handlingsplan för medicinering, arbetade med social färdighetsträning eller regelbundet hade möjlighet att kontrollera klientens somatiska hälsa. En mindre andel svarade att man regelbundet använde arbetsbladen i e-arbetsboken. Vad gäller de lokala organisatoriska arrangemangen bekräftades vår bild av att case managerna inte fått placering i ett integrerat och formaliserat "samhällsbaserat team", dvs. med ansvar för både sociala och psykiatriska insatser. Däremot fanns det kommentarer till frågan där case managern angav att han eller hon ingick i ett team inom socialtjänsten respektive psykiatrin eller att resursgruppen utgjorde det samhällsbaserade teamet.

Utbildningsanordnarens insatser

Företaget Evidens är tillsammans med Karlstad universitet utbildningens genomförare och i studien efterfrågade vi våra informanternas uppfattningar om dessa aktörer. Ett problem som möjligen är viktigare än att materialet präglas av viss rörlighet, rör oklarheten om vart insatsen/utbildningen tar slut och när beställarna måste köpa in nya tjänster. Kvalitetsstjärnan är ett exempel på ett externt uppföljningssystem som marknadsförs utanför utbildningssatsningen. Kvalitetsstjärnan kostar pengar och framför allt verkar kommuner ha valt bort denna del, åtminstone för tillfället. Kommunal personal anser heller inte att det är ett uppföljningssystem som kan användas av dem. Fler inom psykiatrin har satsat på att köpa in denna tjänst utanför satsningen, men inte alla har gjort det. Företaget Evidens själv betonar vikten av att använda sig av Kvalitetsstjärnan som ett instrument för att utvärdera och följa upp insatserna. Men den tillkommer, så att säga, "extra" eftersom det utgör en vård- och uppföljningsmodell i sig själv (se Ivarsson och Sonesson 2002).

I det här sammanhanget finns det osäkerhetsmoment. Många av praktikererna och cheferna vet inte var utbildningen slutar och när deras eget ansvar för implementeringen tar vid. Vid en tidpunkt måste organisationerna börja köpa extra handledning av anordnaren eller ordna den på annat sätt, och flera våra informanter i fördjupningsstudien ställer sig frågande till när den tidpunkten inträffar. När tar deras handledningstid slut och var tar Evidens ansvar för implementeringen slut?

"IP 1: Kvalitetsstjärnan är ju där också. Fast det är ju inte vi uppkopplade till. Men det är ju annars ett instrument som man liksom skall använda i den här metodiken.

I: Varför är inte ni uppkopplade?

Någon: Ja. Jättebra fråga. Kan inte svara på det.

I: Vem som helst kan inte koppla upp sig mot Kvalitetsstjärnan?

IP 1: Nej. Det är väl en kostnad det också som allting annat." (Norr, personal kommun)

När det gäller anordnarens ansvar för implementeringsprocessen framträder två sidor i intervjuerna. Den första sidan är de som direkt har uppfattat att utbildarna uttryckligen har sagt att de inte har något ansvar för såväl lokal uppföljning som implementering av programmet IP. Den andra sidan utgörs

av dem som menar att anordnaren inte har varit så aktiva som de borde i att se till att utbildningen också kan förankras i organisationerna. I några citat uttrycks dessa ståndpunkter. Det första citatet kommer från en intervju med en person som länge har anlitat Evidens för olika utbildningar. Vi hänvisar i intervjun till regeringsbeslutet där det står att utbildningsanordnaren skall tillhandahålla ”handledning och praktiskt genomförandestöd”:

”IP: Utbildning och handledning fungerar bra för dem som går. Men implementeringsstöd? Det känner jag inte ens till att det står. Det har vi inte fått. Det skulle man kunna använda sig av i en argumentation?

I: Nu kanske det känns som mindre intressant på ett sådant här ställe där ni driver på självständigt här?

IP: Men jag kan ju känna att jag skulle behöva kanske litet implementeringsstöd i diskussionen med min ledningsgrupp för att man skall förstå varför vi skall fortsätta jobba så här.” (Väst 1, chef, Kommun)

På många orter framträder även en bild av att utbildningsanordnarna tillhandahållit handledning och stöd inom utbildningen, men att de inte uppfyllt önskemål om konkret genomförandestöd. Här kan man emellertid också notera anordnarnas snabba lyhördhet och anpassningsbarhet inför de önskemål som framträder hos personal och chefer på de olika orterna:

”IP 2: Vi har diskuterat och de [Evidens] har anpassat och vi har fått tips och idéer. Och sedan tycker jag att vi internt då vid mötena, Landstingsvården och den regionala psykiatrin tillsammans [har] hittat goda lösningar. När man sätter sig och diskuterar saker då hittar vi ofta och vi är väldigt inriktade på att detta skall vi lösa gemensamt ”Det här skall vi fixa!”. Så jag kan inte uppfatta att det har varit annat än positivt.

IP1: Det enda jag kan tycka lite så där, jag hade för min egen del väntat mig mer kött på benen när det gäller själva implementeringen. Mer än att vi skulle skriva avtal och förankra uppåt och neråt. Lite tips och så där, och kanske hjälp med att strukturera implementeringsarbetet. ... Men där kan jag känna mig litet vilsen i de sammanhangen. Vi har ju försökt göra det själv, och det är ju jättebra. Men det kostar ju på.” (Syd, Chef, Psykiatri, och Central person, Kommun)

Oklarheten kring vad som ska ingå i begreppet genomförandestöd och hur långt ansvaret för anordnarna de facto sträcker sig, handlar enligt oss ytterst om att denna del av uppdraget inte preciserats och operationaliserats i vare sig regeringsbeslutet eller i avtalet mellan Socialstyrelsen och utförarna.

Varmstart och kallstart

Det finns olikartade förutsättningar för de olika orterna att implementera IP. I följande punkter görs en kategorisering i termer av varm- och kallstart. Vi har haft en rapport av Sandlund och Markström (2003) som utgångspunkt

och därefter vävt in några av de organisatoriska faktorer som lyfts fram i den tidigare refererade implementeringslitteraturen. Vi ska snabbt rekapitulera de begrepp som vi lyfte fram i teoridelen. Vi definierade tidigare varm- eller kallstartsbegreppen genom ett antal faktorer som hade att göra med graden av tydligt eller otydligt ledarskap, grad av motivation, öppna eller slutna organisationer, graden av erfarenhet och kompetens, tillgången på resurser samt graden av förberedelser och beredskap (möjliggörare).

Uttrycket varmstart menar vi är relevant i den meningen att det är positivt förknippat med förutsättningar som gynnar en hållbar implementering. Inte heller detta räcker om t.ex. de ekonomiska förutsättningarna i organisationen förändras. Exempelvis kan vi i detta material se att en av de organisationer som var mest aktiva i början av utbildningsprocessen senare hamnade utanför möjligheterna att implementera metoden effektivt på grund av nya ledare som ekonomiskt prioriterade helt andra saker än CM och IP.

Ett citat exemplifierar flera olika aspekter av varmstart. Den personal som under flera år har haft mycket kontakter med utbildningsanordnarna har också stor erfarenhet och förtroendenhet med utbildningens begrepp, former och innehåll. Anordnarna har också varit lyhörda för de önskemål och den verksamhet som redan pågått i olika mer eller mindre organiserade former ute i verksamheterna och på så sätt inkorporerat dessa i sina produkter som de under en längre tid erbjudit till olika orter. Orten Syd känner väl till företaget och vad de står för. Cheferna har varit engagerade i satsningen på att införa metodiken med resursgrupper och case managers i såväl kommuner som psykiatri. De har också under lång tid byggt upp ett stort antal samverkansfora som till stor del ersätter det de saknar, nämligen formella avtal. I dessa fora kan man "rätta till saker" när man anser att de utvecklas åt fel håll:

"I: Varför tror ni att fungerar så pass bra?

IP: Dels så att cheferna var engagerade och förankringen var ju viktig. Men också då att vi har en projektledare som håller samman det. Att vi har gemensamma möten med regelbundenhet och diskuterar så att det inte uppstår saker, så att vi kan rätta till det. Rättar man till saker och ting i rätt tid och är överens så är det alltid mycket lättare, att man jobbar tillsammans och gjort bedömningar att detta är det lämpligaste." (Syd, koordinator, kommun)

Empiriskt är det måhända något förvånande att så få av orterna har några formella avtal att falla tillbaka på. Väst 1 och 2 har sådana avtal som sedan några år tillbaka har fungerat stärkande och reglerande i riktning mot case managers och resursgrupper. Det har dock inte varit helt oproblematiskt då informanter menar att avtal kan komma i konflikt med en modell som skall följas programtroget. De berättar att samverkansavtal har kommit till stånd innan just denna utbildningssatsning, men att samverkansformerna har byggts upp i olika samverkansorgan redan innan detta samverkansavtal kom till stånd:

"IP: Nackdelen med att vi har gått utbildningen, om det nu finns nackdel, det är det att det har blivit en liten hopblandning (med samver-

kansavtalet: författarens kommentar). Man har på något vis förutsatt att skall vi kunna samverka så är det bara vi som går utbildningen som kan samverka. Och så är ju inte tanken utan vi skulle ju ha följt det här avtalet även utan utbildning. Det var meningen att vi skulle lära oss att samverka ändå. Det har ju lett till att vissa har dragit sig tillbaka och tyckt att "Jag går inte utbildningen så jag har ingenting med det här att göra". Det har blivit en liten miss." (Väst 2, Personal psykiatri)

Sammantaget framstår tidigare bekantskap med metoder och begrepp som en framgångsfaktor. Formella avtal verkar inte ha så stor betydelse som man skulle kunna tro för att vissa orter lyckas med implementeringen. Andra samverkansformer kan ersätta formella avtal. Samverkansgrupper och implementeringsgrupper där verksamhetschefer deltar på en nivå och enhetschefer på en annan nivå kan fungera som regulativ struktur förutsatt att det finns ett gemensamt behov i grunden som man tillsammans vill åtgärda. Aktiva samverkansforum förutsätter ändå kompetenta och aktiva ledare som styr och driver utvecklingen. Detta är viktiga komponenter av det s.k. varmstartsbegreppet.

En kosmopolitisk kultur?

Vi måste också avslutningsvis kommentera det som handlar om att det bör finnas en god öppen s.k. kosmopolitisk kultur i en organisation för att en metod skall kunna implementeras på ett bra sätt. En sådan kultur skapas av såväl chefer som medarbetare tillsammans. Det finns inga regler för hur en sådan kultur kan komma till stånd. Däremot kan de vi intervjuat definiera när en sådan kultur finns eller när den inte finns. I ett citat med en erfaren case manager från orten Syd, där personal generellt i alla intervjuer pratar om en god samarbetsanda mellan psykiatri och kommuner, framkommer detta tydligt:

"IP: Så under ganska många år så har det sakteliga byggts upp kring det här med psykiatrisk rehabilitering. Kring just det här med samordning, case managers osv. till där vi är idag. Jag tror att just det här gedigna då, att det har byggts på samverkan under så lång tid har ju skapat de förutsättningarna för att göra det som vi gör idag. Det är ändå ett rätt så gott samarbete i kommunerna här och det har funnits länge. I: De flesta som jag pratat med, både från psykiatrin och från kommunerna, säger "det finns en god tradition", "det finns ett gott samarbete". Stämmer det?

IP: Jaa. Det skulle man nog kunna säga, för vi jobbar utåt eller har ju jobbat utåt så här mot och med kommunerna kan man säga, under ganska lång tid. ... Men det finns ju väldigt många samverkansforum där man träffas, dels själva men också tillsammans med brukaren och klienter ute och där man delar erfarenheter. Och mycket av det som är, är ju när psykiatrin börjar flytta sig litet utåt. Då är det ju lättare. ... Det är bra för brukarna." (Syd, case manager, psykiatri)

Kallstartande organisationer: finns de?

Hur ser det då ut för organisationer som snarare kallstartat, dvs. som inte haft tidigare erfarenhet av begrepp, arbetsformer och innehåll som påminner om case managers, resursgrupper och IP? Till att börja med kan man säga att utbildningsanordnarna redan i sitt urval av de kommuner och landstingsområden som erbjöds att delta, fått tag på flera organisationer och orter med tidigare erfarenhet av metoden IP eller liknande arbetssätt. Framför allt rörde det sig om psykiatriska enheter. Däremot har inte alla kommuner som tillhör dessa landstingsområden haft en sådan erfarenhet, men de har genom uppdragets karaktär (att det ska finnas en anknytning till kommunerna) knutits till satsningen. Kommunerna har alltså betydligt mer av kallstart än psykiatrin.

Utifrån den forskning som finns om implementering, verkar utbildningsanordnarnas strategi vara ett klokt ställningstagande. Det är svårare att genomföra en utbildningsinsats på områden där personal saknar tidigare erfarenheter och förkunskaper om en viss metod. Således har man vid utgångsläget för utbildningen lyckats inkludera organisationer, främst från psykiatrin, med tidigare erfarenhet av resursgrupper, case managers, samt IP-programmet. En del kommuner som samarbetar med psykiatrin inom dessa regioner har emellertid ingen tidigare erfarenhet av metoderna. Men hur urskiljs organisationer som varit mindre framgångsrika i att ta till sig och implementera metoden IP?

Vissa orter skiljer ut sig som mindre framgångsrika framför allt vad gäller aspekter av implementeringsfasen. Utbildningsfasen kan då exempelvis ha varit framgångsrik såtillvida att man har utbildat ett antal case managers, men dessa har efter utbildningen ingen förankring och möjlighet att arbeta som case manager i sin egen organisation. De goda förutsättningar som kan ha funnits vid startpunkten för utbildningen, har alltså snabbt förändrats på vissa orter. Vi ska här lägga in ett längre citat om de problem som kan uppstå när det inte finns ett stöd för genomförande. Från att ha varit en av de första kommunerna i Sverige att nappa på utbildningssatsningen och planera inför denna har organisationen genomgått förändringar. Man hade vid tiden för fördjupningsstudien en kaotisk situation med ekonomiska nedskärningar och frekventa chefsbyten där de nya cheferna inte prioriterat denna typ av satsningar utan hellre fokuserade på att få verksamheten att gå runt, samtidigt som man införde nya strikta arbetstidsmodeller där personalen inte gavs något utrymme att arbeta som case managers. Personen bakom citatet har för övrigt lämnat sin dåvarande position för ett annat arbete:

” IP: Vi var ju organiserade i IFO då och vi har ju jobbat ungefär som i ett vakuum. Den information vi har fått under den här tiden vi har varit i IFO, det har i princip kommit från landstinget. Så han frågade varför vi inte skulle vara med i det här och då hade de skrivit på det här kontraktet ... Och då fanns det en chans för oss att hoppa med om jag fick vår chef att skriva på och att politikerna var med på båten. Så det var han som uppmärksammade oss på det här, för han tyckte att vi var ju största kommunen som de jobbade mot ... Så jag tog ju kontakt då med min dåvarande chef och berättade det här och då säger han att ”han hade sett det här” men ja, ”inte observerat att det var något be-

tydande”. Men fick jag fram det där kontraktet så skulle han skriva på och få med politikerna på banan. ... Och så skulle det bildas en projektgrupp och då sade min chef att ”Då får du vara med i den” för han hade inget intresse för det. Så gick det till.

I: Men han fixade sen det här med både underskrift och någon sorts välsignelse från politiken?

IP: Ja, vilken välsignelse han fick från politiken det har jag inte fått någon klarhet i. För då var det ju information i X och vi bjöd ju in politiker och tjänstemän. Inte en enda politiker från Y kom. Min chef kom inte heller så där satt ju vi själva. Och sen har jag ringt till politikerna och berättat om det här och de har väl hört talas om det. Men det har ju inte funnits något intresse. ...

I: Det där gäller egentligen alltså alla nivåer ovanför dig, så att säga?

IP: Hmm. Men nu är det ju ny organisation så nu skall jag försöka få med min nuvarande chef. Jag måste ju berätta vad det här är och hur vi har jobbat, [] Men nu står vi inför då, och gå in med omsorgen plus att dom inför ett nytt schemabemanningssystem då vi blir styrda utav beviljade timmar i utredningen.” (Norr, chef, Kommun)

I Norr var man således bland de första att tacka ja till utbildningen. Det första snabba initiativet raserades dock snabbt på grund av ekonomiska nedskärningar och sparkrav som innebar att nya strama arbetsmodeller och bemanningssystem skulle inrättas. Mitt i allt detta byttes några chefer ut och de nya ansvariga uttryckte endast ett litet intresse av att fortsätta satsningen på case managers. Redogörelsen om tunga ekonomiska nedskärningar och konstanta chefsbyten bekräftas också av personal från såväl kommunen som psykiatri.

Som antyds i det längre citatet, finns det ofta andra procedurer (t.ex. bemanningssystem) som ska följas i en stor offentlig organisation. Analytiskt kan man se att det som redan är ett sammansatt program i sig självt, IP, riskerar att konkurrera med andra metoder eller vara inkompatibelt med organisationens fasta procedurer och rutiner. I bästa fall kan programmet fungera som ett komplement till den verktygslåda som personalen redan förfogar över. Det är i det sammanhanget man kan se att framför allt kommunal personal tenderar att förhålla sig till IP som ett smörgåsbord som man kan plocka ut bitar från när man behöver det. I ett organisationsteoretiskt sammanhang skulle man kanske säga att personalens tillämpning av IP blir situations- och individanpassat (se t.ex. Lawrence & Lorsch 1967) och flexibelt. En flexibel anpassning av arbetsformer ansluter visserligen till det som våra tidigare refererade översikter om implementationsforskning ser som en framgångsfaktor om man behåller kärnan och innehållet i en viss metod men anpassar formerna efter den lokala organisationen. Dock kan en sådan anpassning lätt leda till s.k. oönskad drift som avviker för mycket från det som är idealet eller ursprungsmetoden.

Sammanfattning

När man intervjuar dem som arbetar som case managers inom socialtjänsten och psykiatri anser man att det finns en gemensam kärna eller filosofi som

uttrycks med arbetsmodellen: brukaren i centrum. Enligt implementeringsforskare (t.ex. Fixsen et.al. 2005) är det också en viktig aspekt. En metod måste vara transparent när det gäller personalens möjligheter att förstå vad som är det viktigaste syftet med att göra saker på ett visst sätt. De flesta anser att programmet IP:s kärna är de resursgrupper som bidrar till fokus på patienten i centrum för arbetsprocessen. Detta anses i förlängningen ge patienten en betydligt bättre hälsa, personalen känner att de gör mer nytta än tidigare vilket anses som mycket belönande och befriande. Också brukarorganisationerna uttrycker en positiv inställning till idén om resursgruppen.

Resursgrupperna kan som form fyllas med ett varierat innehåll: olika case management-modeller på olika orter, ett urval av metoder från integrerad psykiatri verktygslåda m.m. Resursgrupperna ser därför olika ut. Informanterna är överlag nöjda med hur resursgrupperna används även om det är svårt att kvantifiera hur många det finns eller hur många brukare som har resursgrupper. Det verkar vara den person- och situationsbundna, flexibla formen som skapar den effekten. Det finns ett definitionsproblem kopplat till detta där det är svårt att avgöra om man egentligen har väl fungerande resursgrupper eller inte. Vissa orter har strängare kriterier än andra och andra orter är mer generösa med språkbruket och programtrohetstolkningen. Några fasta hållpunkter som man i intervjuerna betonar som mycket viktiga för resursgrupperna är brukaren, anhöriga och case managern. Man ser resursgruppen som ett sätt att skapa trygghet för patienten och för den anhöriga genom att de ger ett fast forum för information och delaktighet. Detta upplevs i stor utsträckning ha saknats i tidigare insatser. Ett sådant nätverksforum kan sägas utgöra det "behov" som i litteraturen lyfts fram som en viktig komponent för ett framgångsrikt implementationsarbete.

Kännetecknande för informanterna är att det förekommer en osäkerhet i begreppsanvändningen. På alla orter menar man att de begrepp som används är case managers, vård- och stödsamordnare, samt integrerad psykiatri. Men det är svårt att ge en fullgod bild av vilken för typ av IP som tillämpas. Begreppet används på ett eklektiskt och individualiserat sätt av case managers på de olika orterna. Kommunala representanterna visar ett visst missnöje mot den stora fokuseringen på behandlingsinsatser och medicinska inslag. Här används flitigt det som vi ibland har kallat för smörgåsbordsstrategin. Däremot så menar man från såväl psykiatri som kommunalt håll att man är nöjda över att åtminstone ha *något* gemensamt material att samlas och arbeta kring. Det vill säga de delar man faktiskt kan göra gemensamt som case manager inom psykiatri och socialtjänsten har fört aktörerna närmare varandra. Man har hittat en gemensam grund för diskussion och förståelse av varandras arbetsuppgifter, t.ex. i öppenvårds- och boendestödsteam.

De orter som har varit mest framgångsrika med att implementera case managers, resursgrupper och IP i respektive organisationer är de som haft en tydlig varmstart. Det vill säga de har haft starkt engagerade ledare internt inom organisationen, det som i litteraturen kallas för purveyors (eller möjliggörare på svenska). De har haft personal och chefer som tidigt har givit signaler om att det är resursgrupper de vill arbeta med, de är bekanta med formerna för case management och resursgrupper även om de inte har kallats för det tidigare. De har med andra ord en viss kompetens på området

redan sedan tidigare. Varmstartande organisationer har också tidigare varit aktiva i att stärka samverkan mellan kommuner och sjukvården.

I en sådan process har utbildningsanordnarna också snabbt införlivat de signaler som funnits ute bland drivna praktiker och chefer. Evidens har varit lyhörd för idéer som sedan har integrerats i utbildningen. Programmet kan definieras som en *eklektisk praktikeranpassad metodik*. Metodiken och ”verktygslådan” IP kan fyllas med olika metodinslag som för tillfället anses vara de bästa inom området. Om inslaget med resursgrupp kan bedömas som stabilt i den meningen att de förekommer som ett inslag i organisationerna på varje studieort, är det annorlunda med de formella arrangemangen av IP och CM. Det finns ingen gemensam strategi eller samlat utfall för hur programmet struktureras och inordnas rent organisatoriskt i verksamheterna. Tanken om ”integrerat fullserviceteam” med samlade sociala och medicinska insatser, som uttrycks i ACT-metodiken, har inte förverkligats. Inga gemensamma team med samlat ansvar har bildats över organisationsgränserna, utan de case managers som utbildats återfinns i olika konstellationer inom respektive moderorganisation. Ibland har de fått utrymme att bilda en egen ”virtuell” grupp inom en enhet, men ofta finns de kvar i sin tidigare placering inom en enhet för boendestöd eller ett psykiatriskt öppenvårdsteam och med ansvar för olika insatsområden. Psykiatrins organisation är den plattform som har störst möjlighet att ansvarsmässigt greppa över de moduler som ingår i programmet. På vissa ställen har emellertid kontakten mellan case managers inom kommun och landsting formaliserats i form av fasta mötesforum.

Diskussion och slutsatser

I den här rapporten har vi försökt att följa regeringens satsning på ”en utbildningssatsning för case managers som skall arbeta enligt ACT-modellen”. Den ursprungliga frågan som beslutsfattarna ställde var ”fungerar denna metod och är den genomförbar under svenska förhållanden”. I viss mening kan vi bedöma satsningens resultat om vi strikt utgår från vad de ekonomiska medlen användes till: Utbildningar har genomförts på ett antal platser i landet och resulterat i att minst 150 personer erbjudits en breddutbildning för team och närmare 100 personer fått en fördjupad utbildning för case managers. Av vårt material att döma är deltagarna på det stora hela nöjda eller till och med mycket nöjda med utbildningen. Dessutom är vår bild att utbildningar med samma utbildningsgivare och med liknande inriktning fortsätter att produceras, bl.a. med hjälp av de statliga medel som satsats på kompetensutveckling för personal som möter personer med psykiskt funktionshinder i sitt arbete. På så sätt finns konkreta resultat av uppdraget.

Ett oprecist uppdrag och en metod på drift

Utöver detta konstaterande framstår många andra frågor som betydligt svårare att ge ett svar på. Vad var det regeringen egentligen ville? Vari består den faktiska metoden? Och vad utgör utfallet av satsningen? Vår bild av processen är att den startat med ett uppdrag som varit oprecist utformat med oklara operativa mål och som lämnat stort tolkningsutrymme både åt ansvariga tjänstemän och åt utförarorganisationerna. Processen har sedan drivits framåt med en mjuk styrningsstrategi där en drift från både sannolika målgruppsavgränsningar (de var också oklara från början) och specifika metodinslag tillåts. Att döma av formuleringar i underlagsmaterial och regeringsbeslut så har vetenskaplig evidens bedömts som betydelsefullt vilket i det här fallet uttolkats i termer av en metodik benämnd case management-metodik enligt ACT-modellen. Däremot identifierades glidningar och oklarheter i texterna, vilket gör bilden av ”interventionen” mer svårfångad. Intrycket förstärktes genom våra intervjuer som visade på en tillåtande hållning till avsteg från en ”hård” och programtrogen implementering av ACT. I själva verket förordades en mer eklektisk hållning till processen, där strategin var att introducera ett synsätt och en bred samordnarfunktion snarare än en specifik metodik. En anpassning till det svenska vård- och stödsystemet, på bekostnad av kärnkomponenter i (ACT-)metodiken, var också en hållning som förordades av flera nyckelpersoner. På så sätt kan man tala om en önskad drift från en tänkt ursprungsmodell, där en anpassning till svenska förhållanden sker men där kärnkomponenterna i metoden är tänkta att bevaras.

Metoden är alltså svår att få grepp om redan i uppdragsbeskrivningen. Ett antal methodspecifika begrepp förekommer men de ramas eller paketeras inte in på ett sätt som ger någon handfast vägledning. Här får man förmoda att

regeringen förlitat sig på att specialiserade aktörer som Nationell psykiatrisamordning eller Socialstyrelsen skulle operationalisera arbetssättet i form av t.ex. metodlitteratur och programtrohetsskalor. Man kan säga att grundkonceptet ACT ger sig ut på en drift som avslutas med att det hittar hem (eller placeras) i programmet Integrerad Psykiatri. Vi vet inte om uppdragsgivarna likställde ACT med IP eller om det var det senare programmet som redan i planeringsstadiet var den metodik som var tilltänkt. Beställarnas analys kan ha varit, vilket antyds i vårt material, att det i Sverige fanns en brist på expertis i fråga om den aktuella metodiken och att Evidens AB var en aktör med en kompetens och kapacitet som låg närmast det man sökte.

Det svårkontrollerade paketet IP

Oavsett ursprungsmotiven är det i vart fall programmet IP som i praktiken utgör det arbetssätt som är föremål för utbildningssatsningen. Vi har i rapporten försökt beskriva detta program, som egentligen fungerar som en sammanhållande "container" av en rad olika interventioner, som i viss utsträckning revideras efterhand som nya erfarenheter eller forskningsrön tillkommer. Vi har under arbetet haft vissa svårigheter att få ett grepp om modellen, då listan på komponenter och insatser beskrivs på olika sätt i t.ex. artiklar om OTP, den s.k. IP-guiden och i utbildningsmaterialet. Ett exempel är vilken vikt som läggs vid det integrerade vård- och stödteamet (vilket är en förutsättning för arbete enligt ACT), ett annat är principen om formella samarbetsavtal som i IP-guiden beskrivs som en del i konceptet, men som i andra dokument inte har sådan status. De flesta av de enskilda insatserna har vetenskapligt stöd och programmet har också paketerats och marknadsfört som bästa evidensbaserade praxis och som det enda programmet som är evidensbaserat i Sverige. Studier av programmet i sin helhet har också visat på en del goda resultat för patienterna, men det finns ingen solid kunskap om vilken effekt de olika delarna i programmet har var för sig eller i olika kombinationer, vilket är angeläget då inte hela programmet tycks användas i praktiken. Ur implementeringssynpunkt är en försvårande faktor med IP att det just är ett program och inte en enskild och tydligt avgränsad insats (se t.ex. Greenhalgh et.al. 2005). Hela paketet IP är komplext och sammansatt med ovan nämnda avgränsningsproblem med en rad insatser varar nya tekniker och principer kan tillkomma eller dras ifrån. Erfarenheterna från utbildningen är också att deltagarna hunnit olika långt i sitt arbete med programmets moduler, varför "nettoeffekten" av utbildningarna varierar. I denna mening kan ett program som IP framstå som svårkontrollerbart – risken är påtaglig att någon eller några av komponenterna i programmet faller bort i det lokala genomförandet.

En annan försvårande faktor för implementeringen av IP ligger i själva förutsättningen för utbildningen. Logiken bakom regeringssatsningen är att involvera och engagera både kommunerna och landstingen i arbetet med "CM enligt ACT-metoden", dels genom att ansvarsfördelningen i vård- och stödsystemet adresserar båda parter, dels genom att gemensamma utbildningar kan ge positiva följeffekter i form av mer och bättre samarbete mellan socialtjänst och psykiatri. Emellertid finns en skillnad i användbarhet av programmet IP. Det innehåller några komponenter av mer generell karaktär,

som rör organiserandet av resursgrupp och individuell planering. I övrigt rör de flesta delområden i IP olika typer av behandlingsinslag, som naturligt faller inom psykiatrins ansvarsområde. IP är i den meningen inte optimalt designad för den kommunala organisationen och dessa aktörer får därmed svårt att tillgodogöra sig, och därefter implementera, det fulla innehållet i utbildningen. Detta trots de anpassningar som utbildningsanordnaren gjort på de flesta orter.

Samtidigt med de stora utmaningarna att avgränsa och kontrollera ett metodkomplex som IP, finns även egenskaper i programmet som vi anser starkt förutsättningarna för en lokal implementering. Det finns ett obetydligt ”motstånd” mot case management-funktionen och IP, trots att de organisatoriska förutsättningarna varit långt ifrån optimala. De delar av IP, framför allt arbetet med resursgrupper, som nått hela vägen fram till deltagarna och deras respektive verksamheter, tycks ligga i linje med organisationernas synsätt och värderingar. Det finns en klar filosofi i IP, som deltagarna kan beskriva och sympatisera med. Flera av de orter som involverats i satsningen har också tidigare erfarenheter av liknande arbetssätt, vilket gör att modellen varit lätt att förankra, både hos ledning och hos personal. Till detta kommer bland annat ett språkbruk som gjort programmet attraktivt, med nätverksmetaforen och evidensbegreppet i centrum, samt en förpackning i form av en paketylösning (man köper hela modellen med viss handledning). Förutom att idéinhalten inte varit radikalt, och därför medfört litet motstånd, tycks programmets genomförande inte heller ha presenterats på ett sätt som utmanat de lokala organisationerna. Vår slutsats är att utbildningsgivaren varit känsliga för det organisatoriska fältet på respektive plats och inte suggererat förväntningar på att IP skulle kräva en ny design på organisationen. På så sätt har inte IP-satsningen upplevts som hotande. Samtidigt har det inneburit att vissa inslag i metodiken ”offrats”, som t.ex. tanken på ett fullservice-team. Slutligen tycks också IP, framför allt samordningsarbetet kring den enskilde, ha svarat upp mot ett upplevt behov på de flesta av platserna. Detta är inte alltid en självklarhet, när statliga top-down-satsningar lanseras och där lokala aktörer ser möjligheten till centrala utvecklingsmedel. Med den använda mjuka styrningen har tvärtom detta nationella projekt fått drag av en bottom-up-rörelse. Strategin som hela programmet byggs upp kring, är att göra den enskilde klienten eller patienten delaktig i planering och uppföljning av de insatser som finns tillgängliga. Oavsett graden av implementering av själva programmet har satsningen inneburit en starkt ställning för en praktik där brukarinflytande och ett klientcentrerat arbetssätt värdesätts.

Att styra med lös hand

Vår slutsats är alltså att ”metoden” varit oprecist definierad och beskriven redan i regeringens beslut, men att den efterhand kommit att presenteras som IP (innehållande CM), samtidigt som benämningen och fenomenet ACT försvunnit ur sikte. Emellertid framgår det inte i vårt material om denna diffusion betraktas som ett problem för de ansvariga för satsningen. Det är snarast så att friheten för selektiv användning och lokal anpassning av metoden legat som en naturlig del i den mjuka form av styrning som tillämpats i detta fall.

Det stora utrymmet för lokala tolkningar och handlingsstrategier blir också betydande då man betraktar strukturen för satsningen i sin helhet. Utgångspunkten är att det finns ett problem som staten vill åtgärda, i det här fallet bristfällig samordning och integrering av vård och stöd till personer med allvarlig psykisk sjukdom. Metoden för att lösa problemet anges vara ”CM enligt ACT”. För att psykiatri och socialtjänst i Sverige ska börja praktisera detta arbetssätt beslutar sig regeringen för att satsa medel på en utbildning, vilket man gör genom att tilldela resurser till en specifik utbildningsanordnare. Här tar uppdraget slut. Det finns en formulering om genomförandestöd i beslutet, men i övrigt finns ingen strategi eller form för styrning av processen efter det att utbildningen introducerats. Detta trots att det finns en brännande fråga om vård- och stödsystemets utformning som de nationella aktörerna måste ha varit medveten om skulle utmana projektets genomförbarhet. Det är med andra ord upp till de lokala organisationerna att ta hand om resultatet av utbildningen. Det är mycket möjligt att detta exempel på ”soft governance” kan leda till positiva förändringar hos den målgrupp som avsågs, men med den valda styrformen så kommer regeringen få svårt att ta reda på det, bland annat därför att man så att säga stannat efter halva vägen och inte funnits med som aktör under den fas då resultaten från utbildningarna ska omsättas till praktisk verksamhet.

Denna dynamik mellan de statliga och lokala aktörerna – präglade av övergripande målstyrning med stor handlingsfrihet för de kommunala aktörerna – är i flera avseenden typisk för svenskt reformarbete, och förankrat bl.a. i principen om kommunalt självstyre. För vissa typer av mer generella och idéburna satsningar har hållningen sannolikt avgörande fördelar, men vi tror att den är mindre lämplig i ett fall som detta, då objektet för satsningen är en specifik evidensbaserad arbetsmetod där staten har en ambition att införa en ny sorts praktik på psykiatriområdet. Med den här använda strategin kommer processen att ”flöda fritt” och som i det aktuella fallet sluta i en situation där 1) ursprungsmetoden övergivits (förutsatt att utgångspunkten var ACT), 2) målgruppen breddats (förutsatt att målgruppen för ACT avsågs), samt 3) de lokala uttolkningarna av den ”nya” metoden eller programmet skapat en variation som försvårar en utvärdering av relationen mellan en avgränsad intervention och effekterna för brukarna. Den från början önskade driften har resulterat i en oönskad drift där vissa komponenter övergivits, till stor del på grund av en ansats i fråga om styrning som Fixsen och kollegor (2005) skulle kalla ett ”halvhjärtat försök”. På så sätt kommer uppdragsgivaren aldrig att få svar på frågan om vad man fick för de satsade pengarna och heller inget underlag för framtida kunskapsstyrning då några rekommendationer på detaljnivå inte är möjliga att formulera. Ett alternativt scenario hade kunnat förutses om regeringen valt en hård form av implementering, med en kontrollerad detaljstyrning från de centrala aktörerna, med tydligare målsättningar och med en avgränsad klart beskriven metodik där en drift aktivt motarbetas.

Resonemanget utgår här från att beställarnas bild av interventionen var riktad mot ACT, då den framstår som en väletablerad ”högprofil”-metodik och har haft en självklar plats i både kunskapsöversikter och i arbetet med nationella riktlinjer. Man kan som alternativ tänka sig att det faktiskt var det specifika programmet IP som avsågs redan i förarbetena och i regeringsbe-

slutet – frågan är då varför inte uppdraget explicit formulerades på det sättet? Uppdraget hade då fått mera karaktär av ett utvecklingsprojekt, då IP inte är lika väletablerat som ACT och där den till det svenska systemet anpassade funktionen resursgrupp ännu inte utvärderats i någon större skala. Dessutom skulle målgruppen vara bredare än den grupp som OTP/IP vetenskapligt har stöd för, vilket vore en relevant men naturligtvis lite mer osäker satsning.

Skräddarsytt för varmstartande organisationer

Oaktat den begränsade möjligheten hos den nationella nivån att kontrollera genomförandet av satsningen, vad kan man sammanfattningsvis säga om erfarenheterna av utbildningen och den lokala implementeringen? Vår bedömning är att utbildningsanordnarna varit lyhörda för de deltagande organisationernas önskemål och att de i flera avseenden inkluderat nyckelkomponenter som betonas i forskning om implementering. Man har t.ex. gjort ett urval av organisationer där jordmånen för IP varit god. I våra termer har man i stort hittat av områden där en varmstart är möjlig, dvs. kommuner och landsting där en erfarenhet av liknande arbetssätt finns och där förutsättningarna är gynnsamma genom t.ex. upparbetade kanaler mellan huvudmännen, intresserad personal och chefer samt samarbetsavtal. Inte sällan har även de lokala aktörerna gjort ett medvetet val av deltagare, med lämpliga positioner eller med ett stort intresse för frågorna. Utbildningsanordnarna har därutöver erbjudit ”champions” i form av lärare och handledare som har en god förtroendenhet med IP-programmet och med case management-funktionen. Deras kompetens och förmåga uppskattas av deltagarna. Innehållsmässigt finns också i utbildningarna en stark betoning på träning i praktisk tillämpning av programmet, främst arbetet med resursgrupper, vilket utgör en central komponent för en framgångsrik implementering av en stöd- eller behandlingsmetod. I utbildningarna ligger även en funktion för feedback för de enskilda deltagarna som möjliggör en återkommande utvärdering av relationen mellan programmet och den enskildes klientarbete.

Utöver det som inryms inom den utbildningsinsats och det stöd som Evidens och Karlstad universitet levererat så finns betydelsefulla organisatoriska komponenter att ta i beaktande. Våra resultat visar på organisationer där det finns viss tillgång till möjliggörare (purveyors), som anstränger sig för att förankra det aktuella arbetssättet och entusiasmera aktörer både vertikalt och horisontellt inom den egna organisationen. Hållningen har i stort varit aktiv (”make it happen”) snarare än passiv (”let it happen”), men på några av orterna framstår dessa personer som ensamma och i en utsatt position. Dessa nyckelaktörer har sällan status som experter på metodiken, vilket skapar en något svårförutsägbar situation då utbildningsinsatsen och metodhandledningen är tidsbegränsad. Långsiktigheten blir på så sätt avhängig möjligheten att köpa ytterligare stöd alternativt investera i en egen lokal ”expertstruktur”. Grundproblemet ligger i att denna fas, dvs. perioden för lokal implementering efter utbildningens slut, inte tydligt inbegripits i det nationella uppdraget. Det finns ingen strategi för om, och i så fall hur, ett stöd till orterna ska utformas. Både utbildningsanordnarna och de lokala organisationerna verkar oklara över hur uppdraget för ”genomförandestöd”

ska uttolkas. Den lokala legitimiteten för IP och case manager-funktionen är på de flesta ställen god, men har inom några av områdena utmanats genom omorganiseringar och chefer som slutat.

Implementering av resursgruppen

Även utbildningsanordnarna har inom ramen för sitt åtagande valt en mjuk implementeringsstrategi, där man försökt att anpassa innehållet efter organisationernas behov. Man har lanserat IP som effektiv även för en bredare målgrupp (se t.ex. IP-guiden) än den som programmet, och från början OTP, var utvecklat för. Mottagarna har varit en relativt disparat samling organisationer med olika verksamhetstyper, där också ambitionerna och förväntningarna på verksamhetsutveckling skiftat. I vårt material var det emellertid ovanligt med verksamhetsrepresentanter eller deltagare som uttryckte att man avsåg implementera hela IP-programmet. Under utbildningen hade deltagarna möjlighet att få sitt klientarbete med de s.k. utbildningsklienterna bedömt i relation till IP-programmets moduler. Dock har inte denna typ av modelltrohetsprövning formellt överförts till det praktiska arbetet efter utbildningen, helt enkelt därför att utbildningsanordnarens uppdrag inte sträckt sig så långt. Frånvaron av krav på lokal modelltrohet har gett legitimitet inom de enskilda organisationerna då man inte behövt känna att man måste passa in sin praktik i en på förväg konstruerad mall, men den har enligt oss även bidragit till frånvaron av en organisatorisk anpassning och därmed till en oönskad drift från i det här fallet helheten av IP-programmet. Vi hittar inga omfattande arrangemang i syfte att designa om organisationen efter det nya arbetssättet i termer av integrerade vård- och stödteam, om än i några fall där ”virtuella” team skapats. Det som däremot återfinns är ett antal personer som har kvar sin placering inom psykiatrisk öppenvård eller kommunalt boendestöd, och som efter utbildningen fått en mer eller mindre formell tillåtelse att arbeta som case manager åt klienter, och tillsammans med dem bygga upp och arbeta med resursgrupper. Bedömningen från våra uppföljningsintervjuer är att en absolut majoritet av de personer som slutfört fördjupningsutbildningen har något utrymme att fungera i rollen som case manager. När det gäller antalet patienter eller klienter som har stöd från någon av dessa case managers är vår bedömning utifrån uppföljningarna att mellan tre- och fyrahundra personer idag har sådant stöd, inklusive utbildningsklienterna (som inte bör räknas som ett resultat av lokal implementering utan som ett obligatoriskt inslag i själva utbildningen). Med tanke på vår korta uppföljningstid så kommer antalet med all sannolikhet att stiga.

Vi har tidigare analyserat vilka delar av IP som kommit att utgöra den minsta gemensamma nämnaren i det praktiska arbetet efter utbildningen, och konstaterat att psykiatrins företrädare anger en annan möjlighet till IP-programtrohet än kommunens anställda, som känner sig begränsade att hålla sig inom de områden som socialtjänsten har ett reglerat ansvar för. Vår slutsats är att arbetet med att bygga upp och hålla ihop en resursgrupp för den enskilde, inklusive att samordna en individuell plan samt krisplan, är de delar av programmet IP som införlivats hos deltagarna och som utgör det konkreta uttrycket av den statliga satsningen inom de involverade geografiska områdena så här långt. På några ställen har framför allt de psykiatriska

verksamheter som involverats i satsningen haft bemyndigande att tillämpa hela programmet. Dock är räckvidden för denna studie begränsad till tiden under och strax efter utbildningarnas genomförande. Trots att förankring och design av huvudmännens organisationer i förhållande till programmet torde vara relativt svårföränderliga, finns möjligheter att "genomförandestödet" den återstående tiden av regeringssatsningen kan stärka plattformen för IP i det lokala sammanhanget. Det optimala scenariot hade naturligtvis varit att anpassa de organisatoriska förutsättningarna för programmet *innan* eller i samband med att utbildningarna genomfördes.

Avslutning

De senaste åren har diskussionen kring implementering av evidensbaserade insatser på psykiatriområdet intensifierats i Sverige. Det mest aktuella exemplet på de statliga aktörernas intresse för frågan rör riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni. Ska man tolka det här studerade uppdraget utifrån riktlinjernas rekommendationer att erbjuda ACT för personer med särskilt allvarlig och sammansatt problematik så måste man betrakta genomförandet som ett misslyckande. Något programtroget arbete i enlighet med ACT har inte skapats via satsningen – och det har inte heller intentionen hos utförarna varit som i stället strävat efter att utbilda i programmet IP. Det handlar om en case management-funktion med nätverks- och samordningsuppgifter riktad till en bredare målgrupp av personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder. Den enligt riktlinjerna "robusta" metoden med hög evidensgrad har alltså övergivits till förmån för ett program med vetenskapligt stöd men utan plats i riktlinjernas lista på rekommenderade metoder. Därmed inte sagt att ansträngningarna varit förgäves, om vi väljer att fokusera målgruppens situation. Filosofin bakom de delar av IP som har implementerats ligger i linje med rådande normsystem och är därmed lätta att förankra. Deltagande organisationer och personal uppskattar arbetssättet och ger uttryck för positiva förändringar hos de klienter som får samordningsstödet. Resursgruppen som instrument kräver dessutom inte några avancerade organisatoriska arrangemang utan är förhållande enkelt att komma igång med. Satsningen torde även kunna förstärka ett brukarorienterat synsätt inom psykiatriområdet i Sverige, vilket är av stort värde.

Ur ett nationellt perspektiv på implementering består det inte helt obetydliga problemen i de begränsade möjligheterna att faktiskt säga något samlat om det nu implementerade arbetssättets effektivitet. Den mjuka implementeringen har bidragit till en flora av lokala tillämpningar som gör en strikt metodutvärdering (enligt den logik som präglar det statligt sanktionerade riktlinjearbetet) svår. På så sätt har de skeenden som vi försökt beskriva vuxit utanför de statliga aktörernas kontroll. Det kan alltså bli bra ändå – men det kommer vi få svårt att ta reda på.

Referenser

1. Alexandersson K (2006). Vilja, kunna, förstå – Om implementering av systematisk dokumentation för verksamhetsutveckling i socialtjänsten, Örebro Universitet: Doktorsavhandling.
2. Asplund J (1985). Teorier om framtiden. Falköping: Liber.
3. Ax C & Bjørnenak T (2005). Bundling and diffusion of management accounting innovations—the case of the balanced scorecard in Sweden, *Management Accounting Research* 2005, 16, 1–20.
4. Bergmark O & Lundström T (1998). Metoder i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 1998, 4, 291-314.
5. Bhattacharyya O, Reeves S, Zwarenstein M (2009). What is implementation research? *Rationale, Concepts and Practices, Research on Social Work Practice*, 2009, 19, 491-502.
6. Björkman T (2005). Case management. I: Brunt & Hansson (red). Att leva med psykiska funktionshinder. Livssituation och effektiva vård- och stödinsatser. Lund, Studentlitteratur.
7. Blom B & Morén S (2007). Insatser och resultat i socialt arbete. Lund: Studentlitteratur.
8. Bond G.R, Drake E, McHugo G.J, Rapp C.A, Whitley R (2009). Strategies for Improving Fidelity in the National Evidence-Based Practices Project, *Research on Social Work Practice* 2009, 19, 569.
9. Burns T, et.al. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression, *British Medical Journal*, 335 (7615), 18 August, 336.
10. Burns T (2009). End of the road for treatment-as-usual studies? *The British Journal of Psychiatry*, 2009, 195, 5-6.
11. Czarniawska-Joerges, B (1995) *The Three-Dimensional Organization. A Constructionist View*, Lund: Studentlitteratur.
12. Coldwell C.M, Bender WS (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 393-399.
13. Damschroder J.L, Aron D.C, Keith R.E, Kirsh S.R, Alexander J.A, Lowery J.C (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science, *Implementation Science*, 2009, 4:50.
14. Dieterich M, Irving CD, Park B, Marshall M (2010). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art No.: CD007906.DOI:10.1002/14651858.CD007906.pub2.
15. DiMaggio P.J & Powell W (1983 och 1991). The iron cage revisited. Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields, *American Sociological Review*, 48, 147-60.

16. DiMaggio P.J & Powell W (1991). Introduction. I: The New Institutionalism in Organizational Analysis, Powell W and DiMaggio P.J, (eds), Chicago: University of Chicago Press.
17. Ellison M.L, Rogers E.S, Sciarappa K, Cohen M, Forbess R (1995). Characteristics of mental health case management: results of a national survey, *Journal of Mental Health Administration*, 1995, 22, 101-112.
18. Erlingsdottir G, Lindberg K (2005). Isomorphism, Isopraxis, and Isonymism: Complementary or Competing Processes? I: Czarniawska B & Sevón G (Red.) *Global ideas. How Ideas, Objects and Practices Travel in the Global Economy*, Malmö, Liber AB.
19. Falloon I (1999). Optimal Treatment for Psychosis in an International Multisite Demonstration Project, *Psychiatric Services*, 1999, 50, 615-618.
20. Falloon I, et.al. (2004). Implementation of evidence based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment, *World Psychiatry* 3, 2, 104-109.
21. Falloon I, Economou M, Palli A, Malm U, Mizuno M et.al. (2005). The Clinical Strategies Implementation Scale to measure implementation of treatment in mental health services. *Psychiatric Services*, 2005, 12, 1584-1590.
22. Fawcett B & Karban K (2005). Contemporary Mental Health: theory, policy and practice, New York, Routledge.
23. Feldstein A.C & Glasgow R.E (2008). A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice, *Joint Commission journal on quality and patient safety*/Joint Commission Resources 2008, 34, 228-243.
24. Fixsen D.L, Naoom S.F, Blasé K.A, Friedman R.M, Wallace F (2005). Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
25. Forsner T, Åberg Wistedt A, Brommels M, Forsell Y (2008). An approach to measure compliance to clinical guidelines in psychiatric care, *BMC Psychiatry*, 2008, 8, 64.
26. Grawe RW, Falloon IRH, Widen JH, Skogvoll E (2006). Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006, 114, 328-336.
27. Greenhalgh T, Robert G, Bate P, Macfarlane F, Kyriakidou O (2005). Diffusion of innovations in health service organisations. A systematic literature review. Oxford: BMJ Books, Blackwell Publishing.
28. Guldbrandsson K (2007). Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst, Statens folkhälsoinstitut 2007: 20.
29. Hansson L (2001). Sectorization. I: Thornicroft G & Szumukler G (eds), *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford University Press.
30. Hayman-White K & Happell B (2007). Critique of Falloon and the Optimal Treatment Project, *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 44-49.

31. Hill M.J. (ed) (1991) *The Policy Process: A reader*. New York; London: Harvester Wheatsheaf.
32. Hjern B & Porter D (1981). Implementation structures: A new unit of administrative analysis, *Organizational Studies* 1981, 2, 211-227.
33. Ivarsson B & Sonesson D (2002). Kvalitetsstjärna – metod för regelbunden patientuppföljning. *Socialmedicinsk tidskrift*, Nr 4/2002.
34. Johansson R (2002). *Nyinstitutionalismen inom organisationsanalysen*, Lund, Studentlitteratur.
35. Johansson S (2010) *Implementering av Västbus. Slutrapport från utvärderingen om införande av ny samverkansmodell kring barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik i Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götalands län*, FOU i Väst, Rapport 1:2010.
36. Karlsson O (1999). Utvärdering – Mer än metod. Tankar och synsätt i utvärderingsforskning, *ÁJOUR: en serie kunskapsöversikter från svenska kommunförbundet*, Nr 3.
37. Killaspy H, Kingett S, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, King M (2009). Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes, *The British Journal of Psychiatry*, 195, 81-82.
38. Kommittédirektiv 2003:133. En nationell psykiatrisamordnare.
39. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G (2007). *Mental health policy and practice across Europe*. London, Open University Press.
40. Lawrence P & Lorsch J (1967). Differentiation and Integration in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12, 1-30.
41. The Lewin Group (2003) *Assertive Community Treatment. Implementation Resource Kit, Evidence-based practices, shaping mental health services toward recovery*. Health Care and Financing Administration (HCFA) and Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
42. Malm U, Ivarsson B, Allebeck P, Falloon I (2003). Integrated care in schizophrenia: a two year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatr Scand*, 107, 415-423.
43. Malm U, et.al. (2009). *Integrerad Psykiatri. Guiden 2009*, Svenska OTP Practice Foundation.
44. Markström U (2003). *Den svenska psykiatrireformen. Bland brukare, eldsjälarna och byråkrater*, Akademisk avhandling. Umeå, Boréa.
45. Marshall M, et.al. (1998). Case management for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art. No.: CD000050. DOI: 10.1002/14651858.CD000050.
46. Marshall M & Lockwood A (1998) Assertive community treatment for people with severe mental disorders, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art. No.: CD001089, DOI: 10.1002/14651858.CD001089.

47. McGrew J.H & Bond G.R (1995). Critical ingredients of assertive community treatment: judgements of the experts, *Journal of Mental Health Administration*, 22, 113-125.
48. Oskarsson L (2009) Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten: en introduktion för praktiker, chefer, politiker och studenter. Stockholm. Skl Kommentus.
49. Pressman J.L, Wildavsky A (1973). *Implementation: How Great Expectations in Washington are Dashed in Oakland: or, why it's amazing that federal programs work at all, this being the saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes.* Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
50. Rapp C.A (1993). The active ingredients of effective case management: a research synthesis, In Rapp C.A et.al (eds) *Case management for behavioral managed care.* Rockville, MD, Center for mental health services.
51. Rogberg M (2006). *Den modeföljande organisationen. Om acceptans av TQM och andra populära management modeller.* Doktorsavhandling, Stockholm: Handelshögskolan.
52. Rosen A & Teesson M (2002). Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 731-746.
53. Sabatier P (1986). "top-down" and "bottom-up". *Approaches to Implementation Research. Journal of Public Policy*, 6, 1, 21-48.
54. Sackett D.L, Rosenberg W.M, Gray J.A, Heynes R.B, Richardson W.S (1996). 'Evidence based medicine: what it is and what it isn't', *British Medical Journal* 312, 71-72.
55. Sandlund M & Markström U (2003) *Ideellt – Professionellt. Utvärdering av regeringens satsning på alternativa stöd- och boendeformer för psykiskt funktionshindrade genom stöd från Allmänna arvsfonden, Socialdepartementet/ Arvsfondsdelegationen.*
56. Scott J & Lehman A (2001). Case management and assertive community treatment. . I: Thornicroft G & Szukler G (eds): *Textbook of Community Psychiatry.* New York, Oxford University Press.
57. Socialstyrelsen (1988). *Psykiatri i utveckling. Mot öppnare vårdformer och ökad samverkan.* PM 1988:21.
58. Socialstyrelsen (1999). *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1*
59. Socialstyrelsen (2005). *Personligt ombud 2000-2004.*
60. Socialstyrelsen (2009). *Socialtjänstens öppna verksamheter för barn och unga – en nationell inventering av metoder, Delrapport, Socialstyrelsen.*
61. Socialstyrelsen (2011a). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning.*

62. Socialstyrelsen (2011b). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer 2011.
63. Socialstyrelsen och länsstyrelserna (2005). Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004. Tillsynsåterföring.
64. SOU 1992:73, Velfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. Stockholm, Allmänna förlaget.
65. SOU 2006:5, Arne, Eriksson I: SOU (2006) Organisering av regional utvecklingspolitik – balansera utveckling och förvaltning, Stockholm: Fritze.
66. Stein L, Test M.A (1980). Alternative to mental hospital treatment. Arch Gen Psychiatry, 37, 392-397.
67. Sungur M.Z, Guner P, Ustun B, Cetin I, Soygur H (2003). Optimal treatment project for schizophrenia: Results from a randomized controlled, longitudinal study. Psychiatria et Neurologica Japonica, 105: 1175-1180.
68. Teague G, Bond G, Drake R (1998). Program Fidelity in Assertive Community Treatment: Development and Use of a Measure. American Journal of Orthopsychiatry, 68, 216-232.
69. Thornicroft G, Wykes T, Holloway F, Johnson S, Szumukler G (1998). From efficacy to effectiveness in community mental health services. British Journal of Psychiatry, 173, 423-427.
70. Vinnova (2007). Omorganisation och kompetens – om omorganisatörens påverkan på kompetens. Kunskapsunderlag i samband med VINNOVAs utlysning ”Den kompetenta arbetsplatsen”, Vinnova: Juni 2007.
71. Wright C, Catty J, Watt H, Burns T (2004). A systematic review of home treatment services. Classification and sustainability, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39, 789-796.