

Lolo Lebedinski
Miltonprojektet; Integrerad psykiatri Dubbeldiagnoser -
en utvärdering, Slutrapport.
RAPPORT FRÅN ÄLDREVÄST SJUHÄRAD 2008



Miltonprojektet:
Integrerad Psykiatri Dubbeldiagnoser
- en utvärdering

SLUTRAPPORT

Lolo Lebedinski



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

ISSN 1651-4556
ISBN 91-85025-13-8
2008 Nummer 18

TITEL	Miltonprojektet: Integrerad Psykiatri Dubbel diagnoser - en utvärdering. Slutrapport.
FÖRFATTARE	Lolo Lebedinski
UPPLAGA	2008 nr 18
ISSN	1651-4556
ISBN	91-85025-13-8
TRYCKÅR	2008

© **Lolo Lebedinski**

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport - helt eller delvis - är förbjudet utan medgivande av författaren/författarna.

FÖRORD

År 2005 beslutade riksdagen om en nationell satsning på psykiatri och socialtjänsten för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder. Denna satsning utmynnade bl a i ett stort antal projekt på såväl lokal, regional och nationell nivå finansierade av de sk Miltonpengarna. Projektet *Integrerad Psykiatri Dubbeldiagnoser* är en del av denna satsning. I projektet har följande parter deltagit: Borås stad, Alingsås kommun, Bollebygds kommun, Herrljunga kommun, Lerums kommun, Marks kommun, Svenljunga kommun, Tranemo kommun, Ulricehamns kommun, Vårgårda kommun, Vuxenpsykiatriska kliniken, Södra Älvsborgs sjukhus och Primärvården/Folktandvården Södra Älvsborg. Projekttiden har varit januari 2006 – december 2007. Föreliggande rapport är en slutlig utvärdering av projektet.

ÄldreVäst Sjuhärad är ett regionalt kompetenscentrum, bildat 1999, för forskning, utveckling och utbildning inom främst äldreområdet och området funktionshinder. Verksamheten är till största delen projektorganiserad och leds av tre olika projektledare som var för sig representerar Västra Götalandsregionen, de sju kommunerna (Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn) samt Högskolan i Borås.

Borås 2008-10-01
Lolo Lebedinski

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	2
Bakgrund	3
SKLs utbildningsprojekt	3
UTVÄRDERINGENS FORM.....	6
Projektplanen.....	7
Metod och material.....	8
Projektets resurser	12
RESULTAT ARBETSOMRÅDE 1	16
RESULTAT ARBETSOMRÅDE 2	23
Föreläsningar	23
Utbildningar	24
Motiverande Intervju	24
Återfallsprevention.....	25
Attitydförändrande arbete och konferenser	27
DISKUSSION OCH UTVÄRDERINGENS SLUTSATSER.....	28
RERENSLISTA	35

INLEDNING

Efter mordet på Anna Lind och vansinneskörningen på Västerlånggatan i Stockholm samt flera andra uppmärksammade våldsbrottsincidenter, beslutade riksdagen, efter förslag från regeringen, 2005-01-20 om en nationell satsning för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder, den s.k. psykiatrisatsningen i syfte att förbättra livsvillkoren och omhändertagandet av en i samhället eftersatt grupp. Psykiatrisatsningen avser individer med psykiska funktionshinder ur ett generellt perspektiv,¹ men den uppmärksammar också speciella målgrupper som t ex individer med psykiska funktionshinder och samtidigt missbruk, s.k. Dubbeldiagnoser.²

Psykiatrisatsningen består av två delar. I den första delen är 400 miljoner kronor avsatta för år 2005 och 100 miljoner kronor avsatta för år 2006. Dessa medel skall användas för satsningar på vård, sysselsättning och boende. I den andra delen är 100 miljoner kronor avsatta per år för åren 2005 och 2006. Dessa medel är öronmärkta för en satsning på verksamhetsutveckling inom t ex områdena samverkan, arbetssätt och kvalitet. Medlen har fördelats länsvis.

Projektet Integrerad Psykiatri Dubbeldiagnoser, i fortsättningen benämnt Dubbeldiagnoser, eller DD-projektet, har ingått som en del i den nationella satsningen på psykiatri och socialtjänsten för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder.³ Projektetiden har varit januari 2006 – december 2007.

1 Nationell psykiatrisamordning definierar psykiskt funktionshinder på följande sätt: *En person har psykiskt funktionshinder om hon eller han har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och att dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna skall vara en konsekvens av psykisk störning.* SOU 2003:09 och SOU 2006:100.

2 Med begreppet Dubbeldiagnos avses allvarliga psykiska sjukdomar och störningar i kombination med ett omfattande missbruk/beroende. www.socialstyrelsen.se/nationella_riktlinjer_för_missbruks_och_beroendevård.

3 Samtidigt som jag har följt och utvärderat DubbelDiagnos-projektet har jag följt och utvärderat ytterligare ett projekt inom Milton-satsningen, SamKom-projektet. I de båda rapporterna består kapitlen *Inledning*, *Utvärderingens form* samt *Metod och material* därför av gemensam text.

I projektet har följande parter deltagit: Borås stad, Alingsås kommun, Bollebygds kommun, Herrljunga kommun, Lerums kommun, Marks kommun, Svenljunga kommun, Tranemo kommun, Ulricehamns kommun, Vårgårda kommun, Vuxenpsykiatriska kliniken, Södra Älvsborgs sjukhus och Primärvården/Folktandvården Södra Älvsborg.

Bakgrund

Arbetet med att förbättra villkoren och omhändertagandet för gruppen med dubbeldiagnos har pågått under en längre tid i regionen. Som exempel kan nämnas att under åren 2002-2004 arbetade Sjuhäradskommunerna och Psykiatriska verksamheten i Södra Älvsborg fram ett gemensamt handlingsprogram för gruppen psykiskt störda missbrukare.

DD-projektet utgör en fortsättning på det arbete som har pågått för att förbättra för målgruppen. Den bärande tanken i projektet är att man inte kan stycka upp ansvaret mellan huvudmännen när det gäller behandling och omhändertagande av personer med allvarliga psykiska sjukdomar och störningar i kombination med missbruk/beroende. Det är ett gemensamt ansvar för parterna att se till att både missbruket och den psykiska sjukdomen behandlas samtidigt.

SKL:s utbildningsprojekt

Hösten 2005, ett halvår innan DD-projektet startade, påbörjades ett annat projekt där initiativtagarna till projektet var Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, i samarbete med Jönköpings kommun. Det projektet utbildar Case Managers som en uppdragsutbildning vid Växjö universitet. Case manager metodiken tillsammans med samhällsbaserade team av typen ACT är en evidensbaserad metod för psykosociala insatser som har en dokumenterat positiv effekt.⁴ I projektet ”deltar personal från två kommuner i Norrbotten och kommunerna i Jönköpings län, sju kommuner i Sjuhäradabygden samt den landstingspsykiatri och beroendevård som

⁴ SOU 2003:09 Nationell psykiatrisamordning, *En nationell satsning på kunskapsproduktion och kunskapsspridning och implementering inom området ”Psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder”*. S. 13.

motsvarar dessa geografiska områden.”⁵ Eftersom erfarenheten har visat att det krävs en viss anpassning av metodiken när den skall användas i arbetet med personer som har en psykisk sjukdom och ett pågående missbruk, så är utbildningen vid Växjö universitet specialanpassad och helt inriktad mot denna grupp.⁶

Nationell psykiatrisamordning beskriver ACT-modellen (Assertiv Community Treatment) som ”ett samhällsbaserat behandlings - och rehabiliterings-program som utvecklades under 1970 och 80-talet som framför allt riktat sig till långtidssjuka personer med stor konsumtion av psykiatrisk slutenvård”. ACT modellen innebär att man arbetar i tvärdisciplinära team som istället för att genomföra insatserna på någon mottagning eller institution genomför dem i patienternas närmiljö. Case managern har rollen av spindeln i nätet när det gäller arbetssättet och ”har en central roll i planering, utförande och samordning av vård och stödinsatser till personen”.⁷

För att arbetssättet skall vara framgångsrikt bör insatserna huvudsakligen genomföras i patienternas/klienterna närmiljö och följande komponenter anses vara viktiga:

- Verksamheten är uppsökande
- Verksamheten har en hög intensitet och kan erbjuda insatser efter behov
- Det finns hög kontinuitet i verksamheten
- Verksamheten är teambaserad och personalgruppen är multidisciplinär och minst en psykiater och en sjuksköterska ingår
- Arbetet genomförs tillsammans med eller i nära samarbete med personens eget stödsystem som familj, vänner, arbetsgivare, hyresvärd och andra vård- och stödinsatser

Varje Case manager har ett litet antal klienter ca 10.

5 SOU 2003:09 Nationell psykiatrisamordning, *En nationell satsning på kunskapsproduktion och kunskapspridning och implementering inom området ”Psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder”*. S. 13.

6 Ibid. S.14.

7 Ibid. S 5.

”En case manager har följande typiska arbetsuppgifter:

- Ansvara för planering och uppföljning av insatser
- Säkerställa kontinuiteten i patientens kontakter
- Ha det samlade ansvaret för att behandlingsinsatser, stödinsatser och praktisk hjälp genomförs
- Vara ombudsman för personen och hjälpa den att bevaka sina rättigheter
- Lokalisera och hålla kontakt med de sociala, medicinska och psykiatriska insatser som inte kan erbjudas inom teamet men som är aktuella när det gäller
- Se till att personens nätverk, eget stödsystem samlas och används som en resurs.”⁸

Redan innan DD-projektet startade deltog 8 personer från regionen i SKLs projekt för att genomgå utbildningen till Case manager. Den utbildade Case Managern har därefter ingått i DD-projektet. Case Managerprojektet som sådant kommer inte att ingå i den här utvärderingen. Det projektet har utvärderats av Mälardalens högskola.⁹

8 SOU 2003:09 Nationell psykiatrisamordning, *En nationell satsning på kunskapsproduktion och kunskapsspridning och implementering inom området ”Psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder”*. S.5-6.

9 Ekermo, Mats & Zovko, Davor. Mälardalens utvärderingsakademi. Arbetsrapport 2007:1. *Att utbilda vävare och bygga vävstolar samtidigt. Utvärdering av Sveriges Kommuners och Landstings metodutvecklingsarbete med case management för människor med dubbla diagnoser.*

UTVÄRDERINGENS FORM

Utvärderingen har formen av en målbaserad utvärdering och syftar till att undersöka om och i vilken utsträckning projektet har uppfyllt målen i projektplanen.¹⁰ Utvärderingens fokus ligger därmed på det som Evert Vedung kallar för slutprestationer och som i det här fallet är detsamma som det konkreta resultat som projektet har presterat.¹¹ I ett vidare utvärderingsteoretiskt sammanhang är det en summativ utvärdering eftersom den också sammanfattar och summerar det som har gjorts i projektet.¹²

Mål som är enkla att bedöma och analysera kan man med ett ord kalla för tillståndsmål. De kan ibland vara av kvantitativ karaktär och måluppfyllelseanalysen är ofta mycket enkel och kan ta sig uttryck i form av ett konstaterande. T ex om målet är att skriva en handlingsplan, så är det inte så mycket att diskutera. Antingen så är planen skriven eller så är den det inte. När det sedan gäller att få samma handlingsplan antagen och implementerad i berörda organisationer, så blir det genast svårare. Processen med detta arbete kräver dialog och ger ofta upphov till både förhandlingar och förändringar och ibland t o m strider om vilket synsätt som skall gälla. Ett sådant mål kan man kalla inriktningsmål eller processmål.¹³ Det som, enligt min mening, skiljer ett tillståndsmål från ett inriktningsmål är att det senare kan vara uppfyllt helt, delvis, eller inte alls, medan det för det förra gäller att det antingen är uppfyllt eller så är det inte det.

I projektbeskrivningen för DD-projektet blandas tillståndsmål och inriktningsmål om varandra, utan att man någonstans använder ordet mål utan målen uttrycks som en serie aktiviteter, saker som skall göras.¹⁴

10 För en diskussion om målbaserade utvärderingar se t ex: Jerkedal, Åke, (2001). *Utvärdering steg för steg*. Stockholm. S. 54 ff.

11 Vedung, Evert. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund. S. 37 och 94.

12 Eriksson, Bengt & Karlsson, Per-Åke. (1998) *Utvärdera bättre, För kvalitetsutveckling i socialtjänsten*. Stockholm. S. 22.

13 Ibid. S. 125.

14 Projektplanen finns att hämta hem på <http://www.sjuharad.se>, följ länken Miltonprojekt.

Slutligen har jag också varit med på olika aktiviteter som anordnats av projektet och då både som lyssnare, iakttagare och som presentatör av resultat beroende på tillfällets art.

Jag har också haft i uppdrag att utvärdera ytterligare ett lokalt projekt i den sk Miltonsatsningen, SAMKOM-projektet. Dessa båda projekt har vissa beröringspunkter och i den här utvärderingen av DD-projektet kommer jag i tillämpliga delar att knyta an till SAMKOM-projektet.

I det följande är rapporten disponerad på så sätt att jag i ett kapitel kommer att gå igenom projektplanen/projektbeskrivningen. Därefter följer en resultatdel följt av en avslutande diskussion.

Projektplanen

En projektplan utgör både den grund som ett projekt står på och den ram som avgränsar projektet gentemot andra verksamheter. Man kan enligt min mening välja att se en projektplan som den karta som man skall navigera efter i projektet. Oftast stämmer verkligheten överens med kartan, men ibland gör den inte det och då kan man antingen välja att anpassa kartan efter verkligheten eller så gör man ingenting alls. DD-projektets karta eller projektplan tillhör den variant som inte stämmer överens med verkligheten vilket jag kommer att visa i det följande.¹⁹

I nedanstående modell, mycket fritt utformad efter Rossi m fl, har jag rekonstruerat projektets verksamhetslogik utifrån projektplanen/projektansökan.²⁰ Det är ett arbetssätt som går ut på att beskriva arbetet systematiskt för att man skall förstå de tänkta förloppen, de antaganden och den logik (dvs det man hoppas uppnå) som ligger bakom ett visst arbetssätt. Det handlar i sin enklaste form om att beskriva hur en given verksamhet utifrån sitt arbetssätt skall ge upphov till vissa avsedda effekter. Genom att de (förväntade) avsedda effekterna beskrivs, kan man också fånga upp de eventuellt icke avsedda effekterna som arbetssättet ger upphov till.

19 Projektplanen finns att hämta hem på <http://www.sjuharad.se>, följ länken Miltonprojekt.

20 Rossi, Peter H & Lipsey, Mark W & Freeman, Howard E. 2004. *Evaluation: a systematic approach*.

Därför kommer jag inte att använda substantivet mål i det följande utan jag kommer att använda verbet aktiviteter i det följande synonymt med mål. Som jag läser projektplanen så framstår den som ett TÖFT-mål där T som står för tidsatt har ramlat bort. Önskvärt, Framtida Tillstånd blir då kvar av bokstavskombinationen.¹⁵ Och då kanske det är mer relevant att tala om målen i projektplanen inte som mål i sig själva utan som medel för att uppnå detta framtida, önskvärda tillstånd.

Metod och material

Jag har följt projektet under den tid som det har pågått. Under den tiden har jag i första hand varit utvärderare men jag har också fungerat som projektstöd och bollplank åt projektledarna. Det innebär att jag har haft dubbla roller i projektet och har så sällan lärt känna det från två håll. I utvärderingsteorin kan man finna stöd för ett sådant förhållningssätt hos t ex Carol H. Weiss som menar att utvärderaren på så sätt hjälper projektledarna att, enkelt uttryckt, få syn på sig själva och reflektera och problematisera verksamheten i projektet på ett sätt som för det framåt.¹⁶

Förutom mina regelbundna möten med projektledarna har jag vid några tillfällen träffat projektstödsgruppen och styrgruppen för projektet. Jag har också träffat Gunilla Bothén vid några tillfällen för att diskutera projektet.¹⁷

Jag har också haft möten med andra ledamöter av styrgruppen, t ex Eva Claesson och Bengt-Arne Andersson.¹⁸ Jag har också haft tillgång till sedvanliga projekthandlingar och annat material om har rört projektet.

15 För en diskussion om TÖFT-mål se t ex Hedenqvist, Anders & Håkansson, Jan. (2002). *Formulera och utvärdera mål*.

16 Carol H. Weiss, 1998. *Have We Learned Anything New About the Use of Evaluation?* I *American Journal of Evaluation*, vol 19, No 1, 1998, sidan 25f.

17 Gunilla Bothén, Sjuhärads kommunalförbund och ordförande i styrgruppen.

18 Eva Claesson var verksamhetschef för handikappomsorgen i Borås stad och kontaktperson för DD-projektet visavi socialstyrelsen samt medlem av projektets styrgrupp under projektiden. Bengt-Arne Andersson är verksamhetschef på vuxenpsykiatrisk klinik 2 vid Södra Älvsborgs sjukhus och vice ordförande i styrgruppen för projektet.

Enkelt uttryckt svarar man på frågorna vad, hur och varför man gör olika insatser och de förväntningar man har på dessa (vad man vill uppnå). Modellens tankefigur bygger på tanken att det går att hitta klara linjära kausala samband mellan insatser och utfall. Det kan givetvis diskuteras om kausaliteten alltid är så linjär och om man därmed inte löper risk för att förenkla skeenden och resultat. Jag menar dock att modellen är användbar som en yttre ram för utvärderingsarbetet och för att ge en bild av projektet som helhet.



(Pilarna illustrerar avsedda samband.)

Figur 1. Modell för rekonstruktion av verksamheter. Fritt utformad efter Rossi m.fl.

I den här utvärderingen ligger fokus på det som i modellen finns under rubrikerna aktiviteter och prestationer, men jag kommer också att föra en diskussion kring projektets resurser. Den diskussionen kommer att föras i ett separat avsnitt och resurserna finns därför inte med i nedanstående modell.

När det gäller avsedda effekter på lång respektive kort sikt, så är det enligt min mening för tidigt att uttala sig om så väl de korta som långa effekterna, så de kommer endast att antydast i rapporten.

Projektplanen delar in projektet i två arbetsområden, arbetsområde 1 och arbetsområde 2. Nedan följer en sammanställning av arbetsområde 1 så som det beskrivs i projektplanen.

ARBETSOMRÅDE I		
Aktiviteter	Önskat resultat/syfte med aktiviteten	Tänkta effekter (kort och lång sikt)
<p>"Uppdatera det som finns skrivet i olika dokument".</p> <p>"Genomgång av aktuell forskning och senaste erfarenheterna av målgruppen för att fånga de mest verksamma metoderna och insatserna".</p> <p>"Belysning av målgruppens somatiska hälsa, inkl tandhälsa". 21</p>	<p>Gemensam analys av dessa aktiviteter.</p>	<p>Ett bättre utnyttjande av resurser och ett bättre omhändertagande av målgruppen.</p>
<p>Ovanstående kartläggning, kunskapsinventering och analys skall resultera i ett handlingsprogram med konkreta förslag på åtgärder för DD-gruppen.</p>	<p>Att utifrån känd och evidensbaserad kunskap implementera en arbetsmodell för att få ett bättre omhändertagande av målgruppen.</p> <p>Att de samverkande organisationerna utifrån ett gemensamt synsätt integrerar och samordnar sina verksamheter när det gäller DD-gruppen.</p> <p>Att arbeta i organisationsöverskridande, gemensamma team.</p>	↓
<p>Handlingsplanen skall förankras politiskt och verksamhetsmässigt.</p>	<p>Att skapa mandat och legitimitet samt resurser för det nya/ förändrade arbetssättet.</p>	↓
<p>Implementeringen av handlingsplanen skall påbörjas.</p>	<p>Att få till stånd ett bättre omhändertagande av DD-gruppen när det gäller såväl boende som sysselsättning och behandling. Omhändertagandet skall ha sin grund i en uppsökande verksamhet och ett uthålligt motivationsarbete.</p>	↓

Figur 2. Sammanställning av arbetsområde I enligt projektplanen

21 <http://www.sjuharad.se/file/word/Avtal%20Dubbelldiagnos.doc>

Här följer så de tillägg till verksamhetslogiken i projektet rekonstruerade efter det faktiska arbetssättet i arbetsområde 1. Dessa tillägg är ett resultat och en konsekvens av att man före projektstarten valde att gå med i SKLs projekt som utbildar Case managers och som har presenterats ovan. I denna uppställning har jag inte tagit med kolumnerna för *resultat/syfte* och *tänkta effekter*. De tänkta effekterna är de samma som i den ursprungliga projektplanen. Resultatet och syftet med dessa aktiviteter kommer jag att diskutera under rubriken resultat. I samband med de diskussionerna kommer också relevanta begrepp att definieras.

TILLÄGG TILL ARBETSOMRÅDE I
Aktiviteter
Att upprätta lokala handlingsplaner kommunvis.
Att upprätta individuella handlingsplaner för den enskilde DD-klienten.
Att bilda ACT-team/Primärteam på lokal nivå.
Att arbeta med Case Manager metoden visavi DD-klienterna.
Att kartlägga/inventera gruppen DD-klienter kommunvis.

Figur 3. Tillägg till verksamhetsområde utifrån faktiskt arbetssätt

Som framgår av ovanstående så inriktar sig arbetsområde 1 på verksamheter och organisationsövergripande frågor som riktar sig direkt till gruppen med DD-diagnostik. Arbetsområde 2 som visas i sammanställning nedan riktar sig till personer som professionellt eller av andra skäl kommer i kontakt med DD-gruppen.

Utifrån projektplanen ser verksamhetslogiken i arbetsområde 2 ut på följande sätt:

ARBETSOMRÅDE 2		
Aktiviteter	Önskat resultat/ syfte med aktiviteten	Tänkta effekter (kort och lång sikt)
"Information och attitydförändrande arbete till allmänheten".	Att skapa en ökad förståelse/ ett ändrat synsätt för DD-gruppen.	Att bidra till ett bättre utnyttjande av resurserna, inklusive ökat samarbete mellan primärvård, kommun och psykiatri samt att bidra till metodutveckling utifrån lokala förutsättningar avseende omhändertagande av DD-gruppen.
"Riktade insatser till direkt berörd personal bl a kompetenshöjande aktiviteter".	Att genom kompetensutveckling skapa ett bättre omhändertagande/ bemötande av målgruppen och att skapa en bättre arbetsmiljö. Att skapa möjligheter för att arbeta med ett uthålligt motivationsarbete.	↓
"Riktade insatser till indirekt personal". ²²	Att genom kompetensutveckling skapa ett bättre omhändertagande/ bemötande av målgruppen och att skapa en bättre arbetsmiljö.	↓

Figur 4. Sammanställning av arbetsområde 2 enligt projektplanen

I detta arbetsområde finns inga tillägg till den ursprungliga projektplanen.

Projektets resurser

Ett projekt kräver resurser för att kunna genomföras. Det gäller såväl personella resurser som ekonomiska medel för att kunna genomföra och driva de aktiviteter som uttrycks i projektplanen.

²² Med indirekt personal avses enligt projektbeskrivningen "personal som kommer i kontakt med målgruppen men för övrigt inte arbetar med den".

När det gäller de ekonomiska resurserna för att genomföra aktiviteter inom ramen för projektet, så har dessa varit väl tillgodosedda och den här utvärderingen kommer inte att vidare behandla dem.

I det följande kommer jag att göra en kort genomgång av projektets personella resurser som de beskrivs i projektplanen/projektansökan och föra en kort diskussion kring dem.

Enligt projektplanen/projektansökan så skall projektet ha tillgång till följande resurser:

Resurser	Syfte
Tre 0.75 tjänster - en 0.75 tjänst från vardera primärvården, psykiatrin och kommunerna	Dessa tre skall tillsammans driva projektet, knyta ihop de olika kulturerna och arbeta med arbetsområde 1 och 2.
En heltidstjänst under 9 månader	Att göra en kartläggning inom primärvården avseende DD-gruppens somatiska hälsa, inklusive tandhälsa. Dvs detta är en resurs som helt och hållet riktats mot att uppfylla projektaktiviteten: "Belysning av målgruppens somatiska hälsa, inkl tandhälsa".
Projektgrupp	Projektstöd
Styrgrupp	Styra projektet – gemensam med övriga tre Milton-finansierade projekt i regionen. ²³

Figur 5. Sammanställning av projektets personella resurser enligt projektplanen

Så har det emellertid inte sett ut i praktiken. När det gäller de tre projektledartjänsterna om vardera 75 %, så har projektet haft 2 projektledare anställda på 100 %. Den ena projektledaren Gunnar Gunnarsson, som kommer från psykiatrin, anställdes i januari 2006 medan den andre Jan Skogersson, som representerar kommunerna, anställdes 1/4 2006.

Under en kort period (ca 2 veckor) i februari 2006 fanns en projektledare, Vidar Hellqvist också han från kommunsidan, anställd som projektledare, men han valde att sluta.

²³ De tre övriga projekten är: Västbus, Unga vuxna och SamKom. För vidare information om dessa gå in på www.sjuharad.se och välj länken Miltonprojekt. Där finns också kontaktuppgifter till styrgruppens medlemmar.

Det betyder att Gunnar Gunnarsson i praktiken var ensam projektledare under 3 månader.

Det var svårt att rekrytera projektledare till projektet. Enligt Eva Claesson så kan detta ha berott på att man gick ut för smalt i rekryteringen och endast annonserade efter projektledare internt. Men man valde att göra så, eftersom det var viktigt för projektet att projektledarna hade kultur - och organisationskunnskap med sig in i projektet för att på så sätt komma åt ingångar. En extern utlysning hade möjligen gett fler sökanden med större projektvana, men enligt Claesson var lokalkunnskapen om organisationerna viktigare.

Det faktum att projektet har haft 2 projektledare, den ena från psykiatri och den andre från kommunerna, anställda på heltid innebär förutom att en resurs om 25 % av en heltid inte har utnyttjats i projektet också att syftet att projektet skall drivas av tre likvärdiga projektledare från de tre olika organisationerna kommun, psykiatri och primärvård i syfte att knyta ihop de olika organisationskulturerna inte har kunnat uppfyllas och primärvården har därför i någon mening stått bredvid.

När det gäller resursen *en heltidstjänst under 9 månader* i syfte att göra en kartläggning inom primärvården avseende DD-gruppens somatiska hälsa inklusive tandhälsa, så har Per- Axel Otterberg från primärvården haft det uppdraget, men bara på 50 % av en heltid. Här finns alltså 50 % av en heltid under 9 månader som inte har utnyttjats alls i projektet. Det är också intressant att notera, menar jag, att trots att kartläggningen är en klart uttalad aktivitet som skall utföras integrerat inom projektet, så har uppdraget behandlats som ett delprojekt inom DD-projektet.²⁴ Även Per-Axel Otterbergs fysiska placering under tiden han haft sitt uppdrag tyder på att uppdraget inte ingått som en integrerad del av DD-projektet. Medan Gunnarsson och Skogersson har delat kontor på Kommunalt Centrum i Borås stad, så har Otterberg varit placerad vid Primärvårdskansliet på Solhem i Borås.

När det gäller projektstöd så bildades sent om sidos, efter nästan dryga året, en projektstödsgrupp.

24 Per-Axel Otterbergs rapport har titeln *Delprojekt inom Miltonprojektet Dubbel-Diagnoser gällande målgruppens somatiska hälsa*.

Att det dröjde så länge kan delvis förklaras med projektledarnas inställning att det inte var deras uppgift att bland projektdeltagarna i de samverkande organisationerna hitta medlemmar till en projektstödsgrupp, utan de förväntade sig att få en sådan ”serverad” av styrgruppen. Det är ett förhållningssätt som jag ställer mig tveksam till. Eftersom projektledarna är de som arbetar närmast projektdeltagarna borde de ha lättare än en överordnad styrgrupp att identifiera de personer som skulle kunna utgöra stödresurser i projektet. Lösningen blev till slut att delar av styrgruppen och projektledarna hjälptes åt att hitta medlemmar till projektgruppen. Före projektgruppens tillblivelse fungerade Eva Claesson som bollplank och stöd för projektet. Slutligen så har även jag, som jag har beskrivit ovan, till viss del fungerat som projektstöd.

Den styrgrupp som har funnits för projektet är den samma som för övriga tre Milton-projekt i regionen och har bestått av företrädare för vuxenpsykiatri, barnpsykiatri, kommunernas socialtjänst och skolverksamhet, primärvården och brukarorganisationer.

Förhållandet mellan tilldelade resurser och utnyttjade resurser visas i tabellform nedan.

Tilldelade resurser	Utnyttjade resurser	Outnyttjade resurser
Tre 0.75 tjänster = 2.25 heltidstjänster	2 heltidstjänster	0.25 tjänst under hela projekttiden
En heltidstjänst, 100 %, under 9 månader	50 % av en heltid under 9 månader	50 % av en heltid under 9 månader
Projektgrupp	Projektgrupp igång under projektets år 2. Första mötet 22/1 2007	Projektgrupp saknas under projektets år 1
Styrgrupp	Hela projekttiden	---

Figur 6. Förhållandet mellan tilldelade och utnyttjade personella resurser

RESULTAT ARBETSOMRÅDE 1

I det följande kommer jag att redogöra för utfallet av de aktiviteter i arbetsområde 1 som beskrivs i projektplanen och som jag har redogjort för under rubriken *projektplanen*.

I projektplanen finns det inte någonting som indikerar att man i projektet har valt eller i förväg låst sig vid en bestämd metod. Men det faktum att man på hösten 2005 skickade 8 personer på Case manager utbildning i Växjö innebar att man de facto redan från början hade bestämt sig för ett visst arbetssätt. Det innebär att de båda aktiviteterna i arbetsområde 1:

- ”uppdatera det som finns skrivet i olika dokument”

och

- ”genomgång av aktuell forskning och senaste erfarenheterna av målgruppen för att fånga de mest verksamma metoderna och insatserna”

för att göra en gemensam analys av dessa inte har kunnat genomföras på ett förutsättningslöst sätt. Projektledarna Skogersson och Gunnarsson säger att ”vi kom in för sent, vi har inte gjort någon egen analys eller sammanställning utan vi har gått på tidigare evidens och bara jobbat på och bekräftat att det är så”.²⁵

I det ovan beskrivna sammanställnings - och analysblocket ingår också den aktivitet som i projektplanen benämns:

- ”Belysning av målgruppens somatiska hälsa, inkl tandhälsa.”

Den aktiviteten är delvis utförd. Det finns en rapport, skriven av Per-Axel Otterberg, som är den person som har haft uppdraget att göra kartläggningen.

Rapporten heter ”*Delprojekt inom Miltonprojektet Dubbelldiagnoser gällande målgruppens somatiska hälsa*”, men precis som titeln indikerar, så belyser den endast den somatiska hälsan och lämnar därmed den del av

²⁵ Minnesanteckningar från möte med Gunnarsson och Skogersson 2006-09-18.

aktiviteten som skall belysa tandhälsan därhän.

Otterberg avslutar sin rapport på följande sätt: ”Under arbetets gång har det också framkommit ett stort behov av att förbättra målgruppens tandhälsa. Nästan samtliga som har intervjuats har påtalat den ofta dåliga tandhälsan. Då detta problem är så omfattande och behöver speciell kompetens för att belysas på ett bra sätt bör en särskild utredning göras angående dessa behov.”²⁶

Den aktivitet som jag utifrån projektplanen i verksamhetslogiken ovan har beskrivit som:

- ”ovanstående kartläggning, kunskapsinventering och analys skall resultera i ett handlingsprogram med konkreta förslag på åtgärder för DD-gruppen”

tolkar jag som det övergripande projektmålet. Det handlar om att skapa och förankra en övergripande handlingsplan för DD-gruppen, som samtidigt skall vara både ett policydokument och ett dokument som skall vara styrande för den fortsatta verksamheten kring målgruppen. Det finns en övergripande handlingsplan skriven som ett resultat av projektet.²⁷ Det ligger mycket och långvarigt, hårt arbete från projektledarna bakom arbetet med att få fram den. Trots att valet av metod och arbetssätt gått händelserna i förväg i och med att man redan före projektstarten valt ACT-modellen och Case managermetodiken som modell, så har ett gediget inventeringsarbete och gedigna litteraturstudier lagt grunden för att skapa ett underlag för handlingsplanen, men det har också tagit tid. Det har tagit tid att skriva den och inte minst har det tagit lång tid att få den förankrad i de samverkande organisationerna för att den skall kunna få sin slutliga utformning. Det innebär att den har varit ute på ett par remissomgångar innan den har fått en form och ett innehåll som alla parter har kunnat ställa sig bakom.

26 Rapporten finns på <http://www.sjuharad.se> välj fliken verksamhet och följ därefter länken Milton och klicka på *Delprojekt om primärvårdens ansvar*.

27 *Övergripande handlingsplan Integrerad psykiatri dubbeldiagnoser*.
<http://www.sjuharad.se> följ länken verksamhet/Milton.

Att den övergripande handlingsplanen fanns i slutgiltig form när projektet avslutades innebär inte att den var antagen i de samverkande organisationerna. Det är ett arbete som pågår nu, i den implementeringsfas som inletts efter projekttidens slut.

Av ovanstående följer att de återstående två aktiviteterna i projektplanens arbetsområde 1

- handlingsplanen skall förankras politiskt och verksamhetsmässigt, och
- implementeringen av handlingsplanen skall påbörjas

inte har utförts under projekttiden.

De tillägg till arbetsområde 1 som jag har identifierat och beskrivit ovan under rubriken *Projektplanen* är en följd av det valda arbetssättet med den ovan beskrivna ACT-modellen och Case managermetodiken. I den övergripande handlingsplanen som är ett resultat av projektet har man dock valt att försvenska det engelsk-amerikanska uttrycket ACT-team till Primärteam. Tilläggsaktiviteterna är:

- att upprätta lokala handlingsplaner kommunvis
- att upprätta individuella handlingsplaner för den enskilde DD -klienten
- att bilda primärteam på lokal nivå
- att kartlägga/inventera gruppen DD-klienter kommunvis, och att arbeta med Case managermetodiken visavi DD-klienterna.

Eftersom det är den övergripande handlingsplanen som skall ligga till grund och vara normerande för de lokala handlingsplanerna så fanns det inga sådana i de samverkande kommunerna när projektet avslutades. Det är också ett arbete som pågår nu under implementeringsfasen parallellt med att den övergripande handlingsplanen antas. Däremot som så fanns det ett

antal individuella handlingsplaner för enskilda DD-patienter på olika håll. Det beror på att de personer som utbildats till Case managers och som ingår i projektet hade övningsklienter under sin utbildningstid och några av dem har fått fler patienter/klienter under projekttiden. I figuren nedan visas relationen mellan de tre handlingsplanerna.



Figur 7. Relationen mellan övergripande, lokala och individuella handlingsplaner

När det gäller aktiviteten att bilda primärteam så är resultatet det att det 2007-10-10 fanns 7 primärteam bildade i 9 kommuner. Ulricehamn, Tranemo, Svenljunga, Lerum och Marks kommuner har var och en ett eget primärteam. Borås stad och Bollebygds kommun har ett primärteam tillsammans och så har även Herrljunga och Vårgårda kommuner. I Alingsås kommun saknades då ett primärteam, men det var på gång att bildas ett även där.

Aktiviteten inventeringen av målgruppen - patienter med Dubbel-diagnostik pågår. Det igångsattes under projektiden och pågår nu parallellt med implementeringsarbetet och det övriga arbetet.

När det gäller utfallet av aktiviteten att arbeta med Case manager-metodiken visavi DD-klienterna så presenteras resultatet i det följande.

I den första utbildningsomgången som började innan DD-projektet startade ingick 8 personer (4 kvinnor och 4 män). De arbetade som socionom/socialsekreterare, behandlingsassistent, psykiatrisjuksköterska, mentalskötare, socionom, vuxenhandläggare, sjuksköterska på beroendemottagning och psykiatrisjuksköterska/behandlingsassistent. Gemensamt för alla 8 är att de rekryterades med kort varsel av sina respektive chefer. I de intervjuer som jag gjort med gruppen framkommer att det i något fall har varit så kort varsel som ett par timmar till det längsta varslet som har varit några veckor.²⁸ Intervjuerna visade också att de organisatoriska förutsättningarna för att genomföra utbildningen till Case manager inte var de bästa. Detta på grund av att det inte fanns någon beredskap på arbetsplatserna för det som skulle ske. Det handlar då dels om att konsekvenserna av och innehållet i det här nya arbetssättet inte var kända och att förankringen/informationen kring det som skulle ske var svag. Det innebär att Case managerstudenterna både möttes av nyfikenhet och av irritation på sina arbetsplatser. Irritation främst därför att det är en lång utbildning som innebär att man är borta från sina ordinarie arbetsuppgifter under den schemalagda studietiden som har räknats som arbetstid,²⁹ samtidigt som de fick nya arbetsuppgifter i form

28 Resultatet av intervjuerna presenterades vid *Den 8:e Skandinaviska konferensen om Case Management 31/5-1/6* i Göteborg. Konferensen arrangerades av FoU väst, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborgs universitet och Folkuniversitetet. Powerpointbilderna från presentationen finns att hämta på <http://www.aldevast.hb.se>

29 Utbildningen är på 10 poäng (15 ect-poäng) och har getts på kvartsfart.

av sina ”övningspatienter”.

När jag gjorde mina intervjuer under försommaren 2007 med denna första grupp Case managers, så var de färdiga med sin utbildning och det rådde viss irritation bland några av dem över att organisationerna, i deras tycke, var så tröga när det gällde att skapa förutsättningar för dem att bedriva sitt arbete efter CM-metodiken. Som det såg ut då så arbetade tre av dem inte alls som CM. En Case manager höll för fullt på att bygga sin organisation och en arbetade som Case manager på heltid i ett lyckat samarbete mellan 3 kommuner.³⁰ För de återstående tre såg arbetsgraden ut som följer: 1 arbetade som CM c:a 50% ad hoc, 1 arbetade som CM c:a 6 tim/vecka och slutligen så arbetade 1 som CM c:a 8 tim/vecka. Ett år senare, alltså våren 2008, ser situationen ut så här för den första gruppen Case managers: Den Case manager som höll på att bygga sin organisation under våren 2007 arbetar idag på heltid som Case manager. De tre kommuner som delade på en heltids Case manager har anställt ytterligare en Case manager ur den första gruppen på heltid. Det innebär att av de ursprungliga 8, så arbetar idag 3 på heltid som Case managers. För resterande 5 Case managers har situationen inte förändrats. Två arbetar inte alls som Case managers och de återstående tre arbetar under samma förhållanden som för ett år sedan alltså: 1 arbetar som CM c:a 50% ad hoc, 1 arbetar som CM c:a 6 tim/vecka och slutligen så arbetar 1 som CM c:a 7- 8 tim/vecka.

Mina samtal/intervjuer med Casarna visade också att de i vissa delar saknade materiella resurser för att kunna utföra sitt arbete på ett metodtroget sätt. Det gällde allt från avsaknaden av mobiltelefon i vissa fall till avsaknaden av en ändamålsenlig lokal i andra fall. Men det handlade inte om någon ovilja eller om att arbetsgivarna skulle vara oförstående inför detta utan helt enkelt om en viss tröghet när det gäller de organisatoriska förutsättningarna för att göra en omorganisation och en omprioritering av hur medel skall fördelas.

Samtliga Case managers hade dock tillgång till det som jag menar ändå måste ses som det viktigaste i sammanhanget - nämligen primärteamen som är en förutsättning för att man skall kunna arbeta enligt metoden.

30 De tre kommunerna som gick ihop och delade på en Case manager är: Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn.

Jag kunde också se i mina intervjuer med denna första grupp av Case managers att även om de inte arbetade heltid som Case managers, så spillde det förhållningssätt som de hade med sig från sin utbildning över på andra delar i såväl den egna yrkesutövningen som arbetsplatsen/organisationen som helhet. Och det menar jag är ett gott och eftersträvansvärt resultat i sig. Om man vill kan man se det som någon slags metodutveckling och förändring i det ordinarie arbetet enligt intentionerna i DD-projektet. Det gäller t ex att man överlag arbetar mera nätverksbetonat och mer samarbetsinriktat såväl inom som mellan organisationer. Man hittar nya sätt att samverka samtidigt som man också har ett mer Case manager-betonat arbetssätt på andra grupper som innebär att man har större fokus kring klienten och att man arbetar mer motivationshöjande/stöttande med alla typer av klienter. Resultatet blir ett mer gränsöverskridande arbets/förhållningssätt.

Mina intervjuer visade på 2 förhållningssätt antingen så grävde man där man stod och gjorde så gott man kunde utifrån de förutsättningar som fanns och man fick då kaskadeffekter som så att säga skvätte över på annan verksamhet eller så valde man att vänta och bida sin tid medan organisationerna arbetar för att hinna i fatt. Och som jag har visat ovan, så pågår det arbetet för fullt. I fallet med case managerna så har man från organisationernas sida valt att bygga nerifrån och upp - dvs Case managerna och primärteamen utgör grunden för det som komma skall. Det är inget ovanligt sätt att förbereda organisationsförändringar på.

Inför den andra utbildningsomgången av Case managers som började hösten 2007 skickade DD-projektet 9 nya deltagare. Av dessa kom 3 deltagare från landstingspsykiatri och 6 från kommunerna. Ett halvår senare dvs till våren 2008 hade en av kommunernas deltagare valt att hoppa av utbildningen och därmed återstår 8 deltagare från vår region. Utbildningen pågår fram till årsskiftet 2008/2009.

RESULTAT ARBETSOMRÅDE 2

Dubbeldiagnosprojektet har förutom sitt uppdrag att skapa och bana väg för förändrade arbetsformer när det gäller omhändertagandet av DD-gruppen haft ett utbildnings - och informationsuppdrag. Det är det uppdraget som finns beskrivet som *Arbetsområde 2* i projektplanen och i min verksamhetslogik ovan.

När det gäller informations - och utbildningsuppdraget, så har DubbelDiagnosprojektet delvis verkat på samma arena som SAMKOM-projektet, men DubbelDiagnosprojektet uppdrag från styrgruppen har varit mycket tydligt - det skall handla om skräddarsydda utbildningar utifrån DD-klientens perspektiv och behov och inte mera allmänna, övergripande utbildningar. Det är skälet till att de båda projekten inte har samarbetat när det gäller utbildningsfrågor. SAMKOM-projektet har, som den utvärderingen visade, anordnat flera utbildningar och nått förhållandevis många personer med dessa i en vid målgrupp.³¹ SAMKOM - projektets utbildningar har också pågått löpande under en stor del av projekttiden. Dubbeldiagnosprojektets insatser när det gäller detta har varit begränsade till en liten del i början av projekttiden och en lite större del i slutet av den.

Föreläsningar

I den del av utbildnings - och informationsuppdraget som innefattar ”riktade insatser till indirekt berörd personal” och ”riktade insatser till direkt berörd personal” genomfördes under våren 2006 två föreläsningar.

Den första föreläsningen var när Mats Fridell, docent vid Lunds Universitet, 20060406 föreläste om: *Psykisk störning och val av behandlingsintervention – Var står forskningen?* Den föreläsningen hade samlade 154 deltagare i fullmäktigesalen i Borås.

Till den andra föreläsningen hade Ulf Eek, verksamhetschef på BOP – teamet i Jönköping bjudits in.

31 Utvärderingen av SamKom-projektet finns att hämta på <http://www.aldrevast.hb.se> eller på <http://www.sjuharad.se>

Han föreläste 20060608 under rubriken: *12 års erfarenhet av behandlingsarbete och samverkan med svårt sjuka missbrukare*. Den föreläsningen samlade endast ett 40 – tal deltagare i fullmäktigesalen i Borås.

Några fler föreläsningar eller seminarier av öppen eller halvöppen karaktär har inte anordnats under projektiden och med tanke på hur uppdraget i projektplanen är formulerat, så kan det tyckas vara ett något klen resultat.

Utbildningar

I aktiviteten ”riktade insatser till direkt berörd personal” som förutom endagarsföreläsningar och seminarier enligt projektplanen skall kunna bestå av skraddarsydda utbildningsinsatser för t ex sjuksköterskor och baspersonal som arbetar direkt med målgruppen DD - diagnostiserade, kopplas utbildningarna till den uppsökande verksamheten och ingår som ett led i det uthålliga motivationsarbete som organisationsförändringarna och det ändrade arbetssättet syftar till. Dessa utbildningsinsatser riktar sig till både psykiatri och kommuner (även socialsekreterare) som jobbar mot/med missbruk.

Under hösten 2007 genomfördes utbildningar i Motiverande Intervju och i Återfallsprevention.³²

Motiverande Intervju

Motiverande Intervju (Motivational Interview - MI) är både ett förhållningsätt och en samtalsmetod. Den är klient/patientcentrerad och har utvecklats för att hjälpa klienter/patienter utforska och lösa ambivalens i förhållande till en förändring. Ambivalens betraktas som början till en förändring.

MI har utvecklats inom missbruksvården men används i dag inom en rad olika områden där förändring är önskvärd eller nödvändig, t ex diabetesvård, rökavvänjning mm.

32 Nedanstående beskrivningar av Motiverande intervju och Återfallsprevention har jag hämtat på <http://www.beaconstockholm.com> som är det utbildningsföretag som utbildningarna köpts in från i färdigt skick.

MI-utbildningen består av tre dagar med följande innehåll:

- Dag I. En introduktion till MIs förhållningssätt och verktyg. Under dagen kommer deltagarna att få en fördjupad förståelse för MIs förhållningssätt, ökad kunskap om motivationsprocessen samt övning i användning av några basverktyg.
- Dag II. Tyngdpunkten ligger på att identifiera och hantera motstånd. Flera övningar fokuserar på denna färdighet samt att identifiera och framkalla självmotiverande yttranden.
- Dag III. Dagens arbete fokuserar på att underlätta och förstärka beslut om förändring. En del av dagen ägnas åt att få färdigheter att hjälpa klienten/patienten utforska och utveckla diskrepansen mellan nuvarande och önskvärda situation.

MI-utbildningen innehåller föreläsningar, videoinslag, samt flera praktiska övningar.

Återfallsprevention

Enligt utbildningsföretaget Beacon som har varit utbildningsanordnare för utbildningen i Återfallsprevention är ÅP en effektiv insats i form av kurs för klienter/patienter oavsett missbruksmedel.³³ Tyngdpunkten ligger på att rätta till färdighetsbrister och förbättra en persons förmåga att hantera högrisksituationer, som vanligen föregår återfall.

Utbildningen ger grundläggande kunskaper i återfallsprevention vid missbruk/beroende utifrån beteendevetenskaplig teori och är baserad på A. Marlatts och P. Montis arbeten. Målet är att kursdeltagarna efter genomgången kurs självständigt skall kunna arbeta med återfallspreventionsmetoder, i första hand med återfallspreventiva kurser för klienter/patienter.

Utbildningen består av 3 heldagar.

33 <http://www.beaconstockholm.com>

Dessa utbildningar köptes in av projektet från Stewe Wicks som var både kursanordnare genom sitt utbildningsföretag Beacon och kursgenomförare/föreläsare. Stewe Wicks är socionom och leg. psykolog. Han har använt motiverande samtal tillsammans med sina klienter/patienter sedan 1994. Han har gått grundutbildning i MI samt prof. William Millers utbildning för MI tränare (s.k. Training for Trainers). Han är medlem i Motivation Interviewer Network of Trainers (MINT). När det gäller Återfallsprevention så har han omfattande klinisk erfarenhet av metoden.

Jag har utvärderat båda dessa utbildningar genom en enkät till kursdeltagarna som delades ut och samlades in vid sista kurstillfället.³⁴ Nedan följer en kort redogörelse för båda dessa utvärderingar.

MI – utbildningen hade deltagare från kommunerna, psykiatrin och primärvården. Det fanns totalt 120 platser att tillgå och dessa fördelades på 3 kursomgångar med 3 kurstillfällen i varje. dvs 40 personer per kursomgång från kommun, psykiatri och primärvård. Det faktiska utfallet är att 112 personer har gått kursen. Den utvärdering som jag gjorde i samband med kursavslutningen visade att det här var en ”klockren” utbildning sett utifrån målgruppens behov. Superlativen om såväl nytta och användbarheten som kursledarens förmåga att lära ut och entusiasmera flödade i utvärderingen.

När det gäller utbildningen i Återfallsprevention, ÅP, så har även den innefattat 3 grupper med 3 kurstillfällen vardera. Till varje kursomgång har funnit 32 platser, dvs totalt 96 platser som har fördelats mellan kommun och psykiatri. Det var inte aktuellt för primärvårdens del att skicka någon på den här utbildningen. Det totala utfallet är att 81 platser har utnyttjats.

När det gäller utvärderingen av ÅP så har jag förfarit på samma sätt som med utbildningarna i MI. Resultatet när det gäller användbarhet, nytta och kursledningens insats etc är även här strålande.

34 Den fullständiga utvärderingsrapporten finns att hämta på <http://www.aldrevast.hb.se> eller på <http://www.sjuharad.se>

Attitydförändrande arbete och konferenser

Slutligen när det gäller aktiviteten ”Information och attitydförändrande arbete till allmänheten”, så finns bara ett resultat som vänder sig till en stor del av en bred allmänhet och det är deltagandet i Psykiatrins dag 2006-10-26 om missbruk och psykisk ohälsa arrangerat av Rådet för psykisk ohälsa.

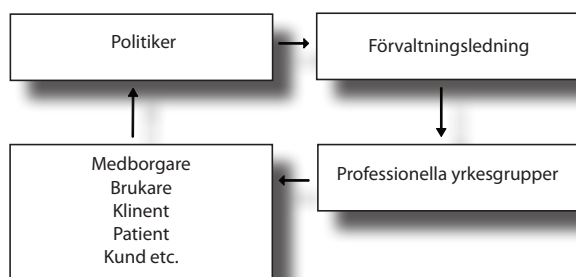
I övrigt när det gäller det här blocket så har DD-projektet visat upp sig vid två tillfällen i en snävare krets av allmänheten och det är dels i konferensen *Ett samlat grepp kring psykisk ohälsa* 2006-10-26 i Borås. Den konferensen arrangerades av: Miltonprojekten i Södra Älvsborg (Sjuhäradskommunalförbund och Västra Götalandsregionen), brukare och ÄldreVäst Sjuhärad. Syftet med konferensen var att belysa det pågående och framtida utvecklingsarbetet på nationell, regional och lokal nivå med sikte på att ge personer med psykisk ohälsa rätt stöd och behandling vid rätt tidpunkt. Konferensen vände sig till följande målgrupper: Brukare, politiker, tjänstemän, handläggare, vård- och omsorgspersonal och andra intresserade och deltagarantalet var ca 450 personer.

Dubbeldiagnosprojektet har också deltagit vid Äldre Väst Sjuhäradskommuners konferens *Ett Gott Liv* hösten 2007. Konferensen lockade ca 600 deltagare yrkesverksamma inom primärvård, psykiatri och kommuner samt brukare från hela landet.

De två sist nämnda arrangemangen vänder sig, som framgått, till personer som redan arbetar med eller har kunskap om DD-gruppen och därmed också DD-problematiken. Det innebär att projektet inte har axlat och genomfört uppdraget *information och attitydförändrande arbete till allmänheten* mer än vid ett tillfälle under 2006 och resultatet kan då tyckas något klen. Enligt min uppfattning är det projektledarnas roll att komma med idéer för hur ett sådant här informations- och utbildningsblock skall genomföras och förankra det i styrgruppen. Mitt intryck av projektet i den här delen är att projektledarna har väntat på att styrgruppen skall komma med förslag och idéer till dem att genomföra. Men styrgruppens roll är inte att vara operativ, det är projektledarna tillsammans med sitt projektstöd som skall vara de drivande och operativa parterna.

Diskussion och utvärderingens slutsatser

Dubbeldiagnosprojektet har varit ett mycket ambitiöst upplagt projekt. Det började med god fart med gick sedan i stå när arbetet med att förankra den övergripande handlingsplanen drog ut på tiden i de medverkande organisationerna. Men ett sådant arbete måste få ta tid och som den Nationella psykiatrisamordningen skriver i sitt slutbetänkande apropå samverkan så kan samverkan ibland bli både invecklad och komplicerad och inte minst tidskrävande när organisationer som är olika utformade och har olika språk och kulturer skall börja arbeta tillsammans.³⁵ Det måste få ta tid att bryta ner dessa svårigheter och skapa nya gemensamma former för samverkan vilket ju är ett av syftena med den övergripande handlingsplanen. Det andra syftet är att införa ett nytt arbetssätt när det gäller att stötta och ta hand om personer med DD-diagnostik. Båda dessa syften förutsätter varandra i en ömsesidighet. Det är också ett arbete som pågår parallellt och på olika nivåer samtidigt. Man kan ta hjälp av Ove Karlssons intressentmodell för det demokratiska styrsystemet för att tydliggöra detta.³⁶ Modellen visas nedan.



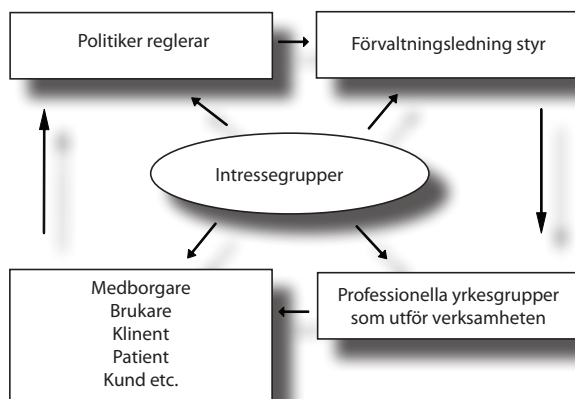
Figur 8. Ove Karlssons intressentmodell för det demokratiska styrsystemet

I sin enklaste form består modellen av 4 grupper, politiker, förvaltningsledning, professionella yrkesgrupper och medborgarna. Det är samma 4 grupper som omfattas av och ingår i DD-projektet.

35 Nationella psykiatrisamordningens slutbetänkande, sidan 230ff.

36 Karlsson, Ove. (1999). *Utvärdering - mer än metod*. S. 21 ff.

Tanken bakom pilarna som går mellan de olika grupperna är att dessa 4 grupper i någon mening kan påverka varandra när det gäller såväl utfallet av som innehållet i projektet. Men processer sätts inte igång av sig själva, utan det behövs någon som så att säga trycker på knappen. Därför kan man i en utökad version av modellen lägga till intressegrupper i mitten av den och det är de som får saker att hända, som sätter igång processerna. Medlemmarna i intressegrupperna har sina ursprungliga medlemskap i någon av de 4 ursprungliga grupperna i modellen. Det som förenar dem är deras speciella intresse eller engagemang för en specifik fråga eller i ett speciellt projekt. I den innersta kretsen av intressentgruppen ingår, enligt min mening, projektets styrgrupp, projektstödsgrupp och projektledare.



Figur 9. Utökad intressentmodell efter Ove Karlsson

I DD-projektet är inte politikergruppen representerad vare sig i styrgrupp, projektstödsgrupp eller i projektledargruppen, men för att implementeringen av handlingsplanen och de förändringar i arbetssätt som den för med sig, det som jag ovan i verksamhetslogiken har identifierat som projektets första del, så är projektets resultat beroende både av att politiska beslut fattas och av att det fattas beslut på högsta nivå i förvaltningsledningen. Ansvariga för detta arbete är projektets styrgrupp som är de som utifrån sina ursprungliga positioner har närmast till politikerna och förvaltningsledningen. Det är som jag har beskrivit ovan en process som pågår. Man har alltså inte hunnit

så långt som man i projektplanen trodde/hoppades att man skulle göra i den delen. Men jag menar att man kan se projektet som ett startskott för detta arbete. Kanske har det varit optimistiskt att tro att man skall få så mycket gjort, som innebär ganska stora förändringar, på så relativt kort tid. Men projektet har satt igång processen när det gäller de organisatoriska förändringarna för att skapa förutsättningarna för att framgent arbeta enligt intentionerna i projektet. Inte minst gäller detta för gruppen *professionella yrkesgrupper som utför verksamheten* i modellen ovan där ju projektet har lett till att man skapat en helt ny professionell yrkesgrupp - Case manager - i organisationerna. Denna nya yrkesgrupp är, tillsammans med de bildade *primärteamen* en av förutsättningarna för att man skall kunna arbeta enligt intentionerna i handlingsplanen. Jag menar att man kan se det arbete som har pågått under projektiden och som alltjämt pågår med implementeringen av det nya arbetssättet som ett processororienterat arbetssätt, där man undan för undan lägger till nya delar till dem som redan är färdiga tills man har nått helheten.³⁷ Så, så långt menar jag ändå att utfallet av projektet är gott även om man inte har lyckats fullt ut i sina intentioner.

När det gäller projektets andra del *Arbetsområde 2*, som jag vill benämna informations - och utbildningsdelen, så är det aktiviteter som i första hand vänder sig till grupperna *professionella yrkesgrupper som utför verksamheten* och *medborgare*. Gruppen *medborgare* kan i sin tur bestå av (i det här fallet) brukare/klienter/patienter, anhöriga och en icke specificerad allmänhet. När det gäller båda dessa grupper, menar jag att resultatet är en aning magert.

De utvärderingar av SAMKOM-projektets utbildningar som jag har gjort och utvärderingarna av utbildningarna i MI (Motiverande Intervju) och ÅP (Återfallsprevention) som har ägt rum inom ramen för DD-projektet har med all önskvärd tydlighet visat att här finns yrkesgrupper som fullkomligt skriker efter anpassad kompetensutveckling.³⁸

37 För en diskussion om ett processororienterat arbetssätt se t ex: Ljungberg, Anders & Larsson, Everth. (2001). *Processbaserad verksamhetsutveckling*.

38 Utvärderingarna av SamKom-projektets utbildningar och av DD-projektets utbildningar finns i sin helhet på <http://www.aldrevast.se> eller på <http://www.sjuharad.se>

Det är också någonting som har framgått i det inventeringsarbete över behov och önskningar bland projektdeltagarna som har ägt rum inom ramen för projektet och det är beklagligt att inte mer energi har lagts på att tillgodose dessa behov under projektiden. Den tid som projektet gick i stå på grund av den långa berednings - och handläggningstiden med den övergripande handlingsplanen som jag har skildrat ovan, hade med fördel kunnat användas för att sätta fler kompetensutvecklingsinsatser inom ramen för projektbeskrivningen.

När det gäller gruppen *medborgare* så kan man i den projektbeskrivning som följer med projektplanen läsa: "Med tanke på de 'händelser' som varit under 2003 och 2004 och den samhällsdebatt som därmed startats skall projektet ha ett informativt syfte och erbjuda allmänheten riktade aktiviteter."³⁹ Men några sådana aktiviteter har, bortsett från deltagandet i Psykiatrins dag 2006-10-26, inte ägt rum inom projektiden.

Det bör rimligen, menar jag, vara så att det är projektledarna i ett projekt som har det operativa ansvaret för att saker och ting blir gjorda. Projektledarna är de som bäst känner verksamheterna dels utifrån sin professionella kunskap och erfarenhet dels utifrån det inventeringsarbete som de ägnat sig åt bland projektdeltagarna. Det innebär, menar jag, att det är projektledarnas ansvar att väcka frågor hos styrgruppen för projektet utifrån de behov och önskemål som man fångat upp bland projektdeltagarna och omsätta dem till förslag och idéer till verksamheter inom projektets ram för att sedan få dem godkända eller inte. Dessa verksamheter kan t ex vara kortare eller längre utbildningsinsatser och andra aktiviteter som faller inom ramen för projektplanen. Mitt intryck, efter att ha följt projektet under den tid som det pågått, är att projektledarna inte riktigt har axlat det ansvaret utan intagit ett förhållningssätt gentemot styrgruppen där de sett styrgruppen som arbetsledare och beställare av aktiviteter och sig själva som utförare av dessa.

39 Projektplanen finns att hämta på <http://www.sjuharad.se> - välj länken Milton och klicka därefter DubbelDiagnoser.

När det gäller projektplanen som styrdokument för projektet eller som jag har skrivit ovan, som den karta utifrån vilken man skall navigera, så har det av utvärderingen framgått att kartan inte riktigt har stämt överens med verkligheten. Frågan blir då vad har projektplanen haft för värde som styrinstrument, om något? Redan 2006-02-13 diskuterade jag en revidering av projektplanen med Eva Claesson och Gunnar Gunnarsson. Jag också diskuterat frågan med delar av styrgruppen vid olika tillfällen och med projektledarna Jan Skogersson och Gunnar Gunnarsson. De sistnämnda menade att det inte var deras ansvar att revidera projektplanen utan styrgruppens. I strikt formell mening är det naturligtvis styrgruppens ansvar att revidera projektplanen. Projektledarna har varken den legitimitet eller det mandat som krävs för att göra det, men jag menar att projektledarna är de som äger frågan i den meningen att det är de som navigerar efter kartan i sitt dagliga arbete. Då blir det också deras ansvar att hos styrgruppen initiera och begära de ändringar som gör navigeringen möjlig. Om man hade reviderat projektplanen, så hade man på ett tydligare sätt kunnat koppla samman DD-projektet och med SKLs projekt som utbildar Case managers och man hade redan från början kunnat vara öppen med att man valt metod och bundit sig för ett visst arbetssätt gentemot målgruppen för att på så sätt tydliggöra projektet.

På samma sätt hade *arbetsområde 2*, utbildnings och informationsdelen, kanske också behövt revideras och konkretiserats. Den framstår i den form som den har nu, som tämligen svävande och mycket vidlyftig. Inte minst gäller det den aktivitet som riktar sig till allmänheten i form av *information och attitydförändrande arbete* och som egentligen inte har ägt rum alls inom ramen för projektet.

När det gäller projektets resurser under rubriken *Personal* i projektbeskrivningen så har jag ovan visat att det finns en ganska stor skillnad mellan tilldelade resurser och använda resurser i projektet. För att underlätta för läsaren återkommer här den tabell, som visats ovan och som visar förhållandet mellan tilldelade resurser och utnyttjade resurser nedan.

Tilldelade resurser	Utnyttjade resurser	Outnyttjade resurser
Tre 0.75 tjänster = 2.25 heltidstjänster	2 heltidstjänster	0.25 tjänst under hela projekttiden
En heltidstjänst, 100 %, under 9 månader	50 % av en heltid under 9 månader	50 % av en heltid under 9 månader
Projektgrupp	Projektgrupp igång under projektets år 2. Första mötet 22/1 2007	Projektgrupp saknas under projektets år 1
Styrgrupp	Hela projekttiden	---

Figur 10. Förhållandet mellan tilldelade och utnyttjade personella resurser

Av tre 0.75 tjänster, totalt 2.25 tjänster, blev 2.0 tjänst utnyttjade. Skillnaden i procent kanske inte ter sig så stor, men om man inte tänker tjänster i procent utan i antal projektledare, så blir förhållandet ett annat. Tre 0.75 tjänster för projektledning hade kunnat innebära att projektet hade haft tre jämstarka (när det gäller resurstilldelning) projektledare från alla tre samverkansparter, primärvård, psykiatri och kommun, som ingått i projektet. Så blev det inte utan projektet har haft två projektledare som båda har arbetat heltid, den ena från kommunsidan och den andre från psykiatrin. Det har i sin tur inneburit att primärvården har haft en något mer begränsad roll i projektets operativa del än vad som var meningen från början och rimligen också att projektet har saknat en direktkanal in i organisationen primärvården.

Per-Axel Otterberg från primärvården hade i uppdrag att kartlägga DD-gruppens somatiska hälsa inklusive tandhälsan. Det är det uppdraget som tilldelades en heltidstjänst under 9 månader, men som bara har utnyttjats till hälften. Otterberg avslutar sin rapport med att konstatera när det gäller DD-gruppens tandhälsa att: ”Då detta problem är så omfattande och behöver speciell kompetens för att belysas på ett bra sätt bör en särskild utredning göras angående dessa behov.”⁴⁰ Det betyder att hans uppdrag/aktiviteten inte har genomförts fullt ut, men att det har funnits gott om resurser i projektet för att kunna genomföra även den delen. Det indikerar, menar jag, att projektplanen inte har använts fullt ut som karta att navigera efter i projektet.

40 Per-Axel Otterbergs rapport finns i sin helhet på: <http://www.sjuharad.se/file/pdf/DD%20-%20Delprojektsrapport%20%28dec%20-06%29>

Om det är projektledarna som har det operativa ansvaret för verksamheten i ett projekt, så har styrgruppen ett övergripande ansvar när det gäller att styra och fördela resurser så att verksamheten i projektet blir optimal utifrån projektplanens intentioner.

Min slutsats av ovanstående diskussion om projektplanen är att den har haft ringa värde som styrinstrument för projektet. I utvärderingssammanhang talar man om olika sätt att använda en utvärdering.⁴¹ Ett sätt att använda en utvärdering på är den *symboliska rituella användningen*.⁴² Det innebär i korthet att man utvärderar för utvärderingens egen skull. Utvärderingen får ett symboliskt värde och är det som ger den granskade verksamheten mening och ett värde. Jag menar att man kan föra samma diskussion när det gäller DD-projektets projektplan. Genom att man har låtit bli att revidera och uppdatera projektplanen efter de faktiska omständigheterna och intentionerna i projektet så har projektplanens värde i projektet varit av symboliskt slag. Projektplanen har haft sitt största värde som det dokument man har sökt och fått pengar till projektet på, men som styrinstrument har den haft ett begränsat värde. Om man i projektplanen hade varit tydlig med kopplingen till SKLs projekt som utbildar Case managers och allt vad det innebär för metodval och arbetsorganisation såväl inom som mellan de organisationer som ingått i projektet så hade projektet blivit både tydligare och mer transparent samt förmodligen mer lättkommunicerat till projektdeltagarna. På så sätt hade det processbetonade arbets sätt som påbörjades under projektiden och som fortfarande pågår när det gäller implementeringen kunnats synliggöras och förklaras. Projektplanen hade också kunnat fungera som en arbetsbeskrivning för projektledarna och på så sätt tydliggjort deras uppdrag och fått projektet att framstå som mindre ad hoc betonat.

41 För en generell diskussion om användning av utvärderingar se t ex Carol H. Weiss, 1998. *Have We Learned Anything New About the Use of Evaluation?* I *American Journal of Evaluation*, vol 19, No 1, 1998.

42 För en diskussion om rituell användning av utvärdering se: Rabo, Annika (1995) i Rombach, Björn & Sahlin-Andersson, Kerstin (1995) *Från sanningsökande till styrmedel: Moderna utvärderingar i offentlig sektor*.

REFERENSLISTA

- Ekermo, Mats & Zovko, Davor. Mälardalens utvärderingsakademi. Arbetsrapport 2007:1. *Att utbilda vävare och bygga vävstolar samtidigt. Utvärdering av Sveriges Kommuners och Landstings metodutvecklingsarbete med case management för människor med dubbla diagnoser.*
- Eriksson, Bengt & Karlsson, Per-Åke. (1998) *Utvärdera bättre, För kvalitetsutveckling i socialtjänsten.* Stockholm.
- Jerkedal, Åke. (2001). *Utvärdering steg för steg.* Stockholm.
- Karlsson, Ove. (1999). *Utvärdering - mer än metod.*
- Ljungberg, Anders & Larsson, Everth. (2001). *Processbaserad verksamhetsutveckling.*
- Rossi, Peter H & Lipsey, Mark W & Freeman, Howard E. 2004. *Evaluation: a systematic approach.*
- SOU 2003:09 Nationell Psykiatrisamordning, *En nationell satsning på kunskapsproduktion och implementering inom området "Psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder".*
- SOU 2006:100. Nationell psykiatrisamordning. Slutbetänkande: *Ambition och ansvar Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.*
- Vedung, Evert. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning.* Lund.
- Weiss, Carol H. 1998. *Have We Learned Anything New About the Use of Evaluation?* I *American Journal of Evaluation*, vol 19, No 1, 1998.

Elektroniska referenser:

<http://www.aldevast.hb.se>

<http://www.beaconstockholm.com>

<http://www.sjuharad.se>

<http://www.socialstyrelsen.se>

ÄldreVäst Sjuhärad

ÄldreVäst Sjuhärad (ÄVS) är ett kompetenscentrum för forskning och utveckling inom äldreområdet och området för funktionshinder. ÄVS har funnits sedan 1999.

Målet för ÄldreVäst Sjuhärad är att bidra till ökad livskvalitet, ökad vård- och omsorgskvalitet och social delaktighet för äldre personer och deras närstående genom att:

- Stärka och utveckla samverkansformer över organisationsgränser
- Genomföra utvecklings- och forskningsprojekt med äldre och deras familjer
- Förnya och utveckla metoder och verksamhetsformer i vård och omsorg för äldre
- Sprida ÄldreVäst Sjuhärads forsknings- och utvecklingsresultat
- Bidra till kunskaps- och kompetensutveckling inom äldreområdet

De som står bakom ÄldreVäst Sjuhärad är kommunerna Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn, Västra Götalandsregionen samt Högskolan i Borås. Dessutom stöds verksamheten av Socialstyrelsen.

Verksamheten bedrivs i nära samverkan med intresse- och frivilligorganisationer inom områdena äldre och funktionshinder.

ÄldreVäst Sjuhärad administreras av Högskolan i Borås och finns även lokaliserad i högskolans lokaler (mer om högskolan på www.hb.se)

Läs mer om ÄldreVäst Sjuhärad på hemsidan www.aldrevast.hb.se.

Där finns bland annat beställningsformulär för tidigare utgivna rapporter.

