

# Case management – modeord, gamle socialrådgiverdyder eller McDonaldisering af misbrugsbehandlingen?

Hvis man med case management satser på at kunne gøre alting, løber man en risiko for ikke at fokusere på noget.

## AF MORTEN HESSE

Case management nyder en stigende interesse i disse år. En lang række videnskabelige undersøgelser har beskæftiget sig med case management, og et igangværende litteraturstudie skal se på effekterne af case management.

Case management er ikke noget skarpt afgrænset fænomen, men kan groft sagt beskrives som en arbejdsform, hvor en bestemt person eller et lille hold af professionelle er ansvarlige for at skabe overblik over en enkelt klients problemer og sørge for, at han eller hun får hjælp til disse problemer.

En efterhånden udbredt definition er, at case management skal indeholde følgende elementer:

- Grundlæggende udredning: Case manager er ansvarlig for at danne sig et overblik over problemer og behov og gennemgå typiske vanskeligheder. I visse case management-modeller lægges samtidig vægt på, at case manager skal udrede klientens ressourcer (1). I en vis forstand er Addiction Severity Index (ASI) et udredningsredskab, der tager udgangspunkt i en case management-tilgang til misbrugsbehandling: Frem for udelukkende at undersøge afhængighed og misbrug vælger man at lave et interview, som skal afdække behovene også på andre områder, hvor mennesker med stof- og alkoholafhængighed typisk har problemer.
- Planlægning: Case manager og

klienten aftaler i samarbejde, hvad der skal ske i løbet af behandlingsforløbet. Der fastlægges målsætninger, og det aftales, hvilke skridt der tages hvornår. I planlægningsfasen er case manager også ansvarlig for at undersøge, hvilke barrierer klienten selv oplever for at søge relevant hjælp: Er klienten usikker på, om det overhovedet kan svare sig at søge hjælp? Er klienten usikker på, hvordan han eller hun vil blive modtaget?

- Koordination: Case manager laver aftaler sammen med - eller på vegne af - klienten om de indsats, der skal sættes i værk. Skal klienten indskrives i behandling for stof- eller alkoholmisbrug? Skal klienten i behandling for en somatisk sygdom? Skal klienten hjælpes med tag over hovedet? Eller med arbejde eller uddannelse? I alle tilfælde er det case managers ansvar, ikke klientens, at sørge for, at der sker en koordination. Det betyder ikke, at klienter ikke kan eller skal tage initiativer på egen hånd, men at koordinationen ikke må falde på gulvet, fordi klienten ikke kan eller vil tage kontakten og få hjælp.
- Fortalerrollen: Case manager har ansvaret for at nedbryde barrierer, som står mellem klienten og de hjælpeforanstaltninger, som klienten har brug for. Det indebærer også at optræde som fortaler for klienten og argumentere for klientens rettigheder i forhold til forskellige hjælpeforanstaltninger.

- Opfølgning: Case manager har ansvar for at undersøge, om de aftale planer gennemføres. Det gælder således, at case manager ikke slipper sit ansvar, hvis klienten vælger alligevel ikke at søge den aftalte hjælp, men skal i stedet finde ud af, hvad der kan gøres, for at planen alligevel kan gennemføres, eventuelt efter en grundig revision.

Mange behandlingsprogrammer inkluderer case management som en del af en mere omfattende behandlingspakke, hvor mennesker med stofafhængighed eksempelvis får case management som del af en misbrugsbehandling.

## Er case management noget andet end socialt arbejde?

Mange med uddannelser inden for socialt arbejde, eksempelvis sagsbehandleruddannelse eller socialrådgiveruddannelse, peger på, at case management i mangt og meget minder om traditionelt socialt arbejde. Det samme påpeges af amerikanske 'social workers', som understreger, at 'case management' blot er et andet ord for 'social case-work'.

Dette peger igen tilbage til historien bag, at case management i midten af 90'erne blev sat på dagsordenen i Nordamerika. Socialt arbejde blev i stadig større grad udviklet fra netop sagsarbejde, hvor man søgte at iværksætte foranstaltninger, og mere i retning af rådgivning eller terapi, hvorved vægten i det sociale arbejde flyttedes fra det sociale og de ydre betingelser for tilværelsen

## LITTERATUROVERSIGT PÅ VEJ

En litteraturoversigt over effekterne af case management er i støbeskeen med støtte fra Nordisk Campbell Center. Oversigten vil blive publiceret af Cochrane Collaboration og Campbell Collaboration og vil se på, om de forskellige modeller af case management har effekt i forhold til at bringe misbrugende klienter i forbindelse med ydelser, de har brug for, og om det har effekter på både misbrug og en række andre problemstillinger.

til det psykologiske og den enkeltes ansvar. Case management var historisk set et forsøg på at bevæge fokus tilbage til livsbetingelserne og flytte ikke hele, men en del af ansvaret tilbage fra den enkelte til det sociale system og sundhedsvæsenet.

Nogle forskere og praktikere, der arbejder med case management har påpeget, at med hovedvægten på rådgivning og terapi følger ofte også en opprioritering af nogle typer af klienter og en nedprioritering af andre. Klienter, der ønsker samtaler, kontakt og bearbejdning af følelser får mere opmærksomhed, mens klienter, der lever i en mere kaotisk situation og derfor har brug for mere hjælp til social stabilisering, men som til gengæld har svært ved at leve op til at indgå i en god behandlingsrelation, kan risikere at blive nedprioriteret.

### Case management-modeller

Vanderplasschen og hans kolleger har beskrevet forskellige modeller for case management (2).

Modellerne adskiller sig fra hinanden, både i målsætning, syn på behandlerens rolle og i varighed.

- Koordinerende case management (engelsk 'brokerage case management' eller 'the linkage model of case management')

lægger først og fremmest vægten på at bringe klienter i forbindelse med bestemte ydelser. Det kan være at yde støtte til patienter, der ikke får misbrugsbehandling, men som har alvorlige misbrugsproblemer, med henblik på at hjælpe dem til at søge behandling eller at hjælpe deprimerede patienter i misbrugsbehandling i gang med behandling for deres depression. I koordinerende case management følger case manageren typisk kun klienten, indtil behandlingen er iværksat.

- Intensiv case management eller generalist case management har det bredeste fokus og forsøger at hjælpe klienter til at komme i forbindelse med alle relevante ydelser. Denne form for case management følger klienter både igennem vellykkede og mislykkede behandlingsforløb, almindeligvis med det formål at sikre, at ingen klienter falder gennem hullerne i behandlingssystemet. Et eksempel på intensiv case management er opsøgende teams (svarende til opsøgende psykose-teams for psykiatriske patienter), hvor man arbejder aktivt for at bringe sig i forbindelse med klienter, både når klienter beder om det, og når de ikke direkte beder

om det. Når der arbejdes i opsøgende teams, er der, som navnet siger, et team, som er ansvarlig for en gruppe af klienter, og man følger klienterne over lang tid.

- Den ressourceorienterede case management (engelsk: 'strengths-based case management') indeholder retningslinier og rammer for, at case manageren både identificerer klientens ressourcer som led i udredningen og er bevidst om sine egne ressourcer, både fagligt og menneskeligt. Den har typisk et tidsbegrænset forløb og et bredere fokus end den koordinerende case management, men som oftest et lidt mindre sæt af målsætninger end den intensive case management.
- Klinisk case management blander case management med rådgivning eller decideret psykoterapi og er på den måde en slags hybrid mellem terapi og case management. Klinisk case management er typisk langvarig ligesom intensiv case management.

### Kvalitetssikring af case management?

Case management er et begreb, der for tiden anvendes som beskrivelse af behandling mange steder i Danmark og udlandet. Som beskrevet ovenfor oplever mange socialarbej-





dere, at case management minder om det, de allerede gør i forvejen. Torsten Kolind kommer i den følgende artikel ind på lighedstræk mellem case management og støttekontaktpersonordningen.

Samtidig er der de forskellige case management-modeller.

Det har vist sig at være en stor udfordring at træne, supervisere og fastholde case management de fleste steder, hvor den har været implementeret – lige så stor en udfordring som fastholdelse af klassiske psyko-terapeutiske koncepter som kognitiv terapi eller dynamisk terapi.

Særligt det at fastholde, at de, der ikke nødvendigvis er de mest opsøgende i forhold til behandling, er lige så vigtige klienter som dem, der er meget opsøgende, er en stor udfordring. Men også fastholdelse af personlige grænser har været en udfordring mange steder (som omtalt af Katrine Schepelern Johansen i den foregående artikel), samt forebyggelse af et pessimistisk og negativt syn på samarbejdspartnere.

Nogle case management-undersøgelser har anvendt skriftlige manualer for at sikre fastholdelse af case management-metoden. Andre har inkluderet checklister, som behandlerne skulle udfylde, for at se, hvad tiden med klienterne blev brugt til. Hvilke modeller der er bedst, og hvad der er mest afgørende, har ingen undersøgelser kunnet belyse.

### **Et fokus eller mange?**

Det ligger i traditionen inden for case management, at man forsøger at se det hele menneske i sin sammenhæng. Det vil også sige, at man gerne vil have, at alle de problemer, som nedsætter livskvaliteten for klienten, bliver mødt af relevante foranstaltninger. Ideen er, at man derved undgår, at problemer, der ikke umiddelbart har med misbruget at gøre, får behandlingen til at falde sammen. Men samtidig er der måske en risiko forbundet med det brede fokus. Forskere og praktikere,

som har arbejdet med case management, peger på, at man ved at satse på at kunne gøre alting løber en risiko for ikke at fokusere på noget.

Der er flere grunde til, at dette kan være tilfældet: Case manageren sender måske patienten nogle forvirrende signaler: Jeg vil gerne hjælpe dig, både med det ene og det andet, og patienten har svært ved at overskue, hvor det er, vi tager fat.

Case manageren skal have et godt kendskab til andre hjælpesystemer i lokalområdet og selv være kendt af medarbejdere i disse hjælpesystemer, dels for overhovedet at kunne koordinere ydelser, og dels især for at kunne være en effektiv fortaler for klienten. En kendt samarbejdspartner, som ringer om en sag, kan langt bedre argumentere for klientens sag end en person, der er institutionen helt fremmed. Samtidig kræver det virkeligt meget af en case manager at kende til både lovgivning, procedurer og regler og praktiske problemstillinger inden for så forskellige områder som arbejdsrelaterede ydelser, hjemløsetilbud, hospitaler, misbrugsbehandling og kriminalforsorg.

Der er for øjeblikket ingen forskning, der viser, om et mere snævert eller et mere bredt fokus er optimalt i case management.

### **McDonaldisering?**

Misbrugsbehandling i Danmark har traditionelt haft rødder i socialpædagogisk arbejde. I socialpædagogisk arbejde forsøger man, for så vidt ligesom i case management, at genskabe den sociale funktion. Men man går mange skridt videre end case management i den forstand, at man gerne vil genskabe ikke blot den ydre sociale funktion, men reintegrere det hele menneske i samfundet, og man opstiller tilbud og rammer, som kan virke resocialiserende.

Samtidig har vi andre traditioner, som eksempelvis 12-trinsbehandling, terapeutiske samfund og psy-

koterapeutiske behandlingsformer, hvor man også vil nå hele mennesket og skabe en ny selvforståelse og identitet. Den nye identitet skal besvare spørgsmål som: Hvem jeg er, når jeg ikke længere er stofmisbruger (eller ikke længere er stofbrugende); hvilken mening giver det for mig, at jeg en gang var stofmisbruger eller brugte stoffer; hvordan kan jeg leve livet mellem andre mennesker?

Case management kan med kritiske briller opfattes som en slags amerikansk 'tilbudsbehandling', hvor man principielt kan få adgang til masser af ydelser, men ikke får noget egentligt koncept til at leve tilværelsen. Der er ikke noget forsøg på at give mening med stofmisbruget eller på at skabe ny mening i livet, men i stedet skal case manageren blot sørge for at hive et tilbud op af skuffen og sørge for, at kunderne er glade og kommer igen. Men måske for lidt fokus på, hvad tilbuddene er, og hvordan de virker?

Denne kritik er barsk og kun rimelig, hvis det ene udelukker det andet. Altså, hvis alle ressourcer flyttes fra egentlige ydelser og over til koordinerende instanser, som skal koordinere og bringe klienter i kontakt med stadigt mere udvandede tilbud med dårlig faglig fundering. Man kan mene, at i det bedst tænkelige behandlingssystem er der både nogen, der sørger for at tingene hænger sammen, og nogen der sørger for, at tilbuddene har substans.

### **REFERENCER**

1. Rapp, R.C., Siegal, H.A. & Fisher, J.H.: A Strengths-based Model of Case Management/Advocacy: Adapting a Mental Health Model to Practice Work with Persons who have Substance Abuse Problems. NIDA Research Monograph ;127:79-91. 1992.
2. Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J.R. & Broekaert, E.: The Development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922. 2004.