

# Case management med variationer

Metoden hedder det samme – men indholdet er vidt forskelligt – i de case management projekter der flourer. Derfor er det også svært at evaluere metoden.

AF TORSTEN KOLIND

Siden 1970'erne er case management blevet introduceret i en række lande i forsøget på at forbedre tilgængeligheden, kvaliteten og koordineringen af de tilbud, der gives til særlige risikogrupper med et mangefold af behov, fx psykisk syge personer, ældre, hjemløse og stofmisbrugere. Case management defineres ofte i kraft af dets kerneindsatsområder: udredning, planlægning, koordinering, fortalerrolle og opfølgning (se også foregående artikel, hvor Morten Hesse uddyber begrebet). Der lægges endvidere vægt på, at indsatsen er lokalt baseret, brugerorienteret, pragmatisk, fleksibel, udadrettet og med én primær kontakt(-person). Case management opfattes af behandlere

og socialarbejdere ofte som 'det vi allerede gør', og i Danmark har case management mange lighedspunkter med det, der kaldes støtte- og kontaktperson (SKP). Den væsentligste forskel er case management-indsatsens eksplicite fokus på skriftlig planlægning og (skriftlig) opfølgning.

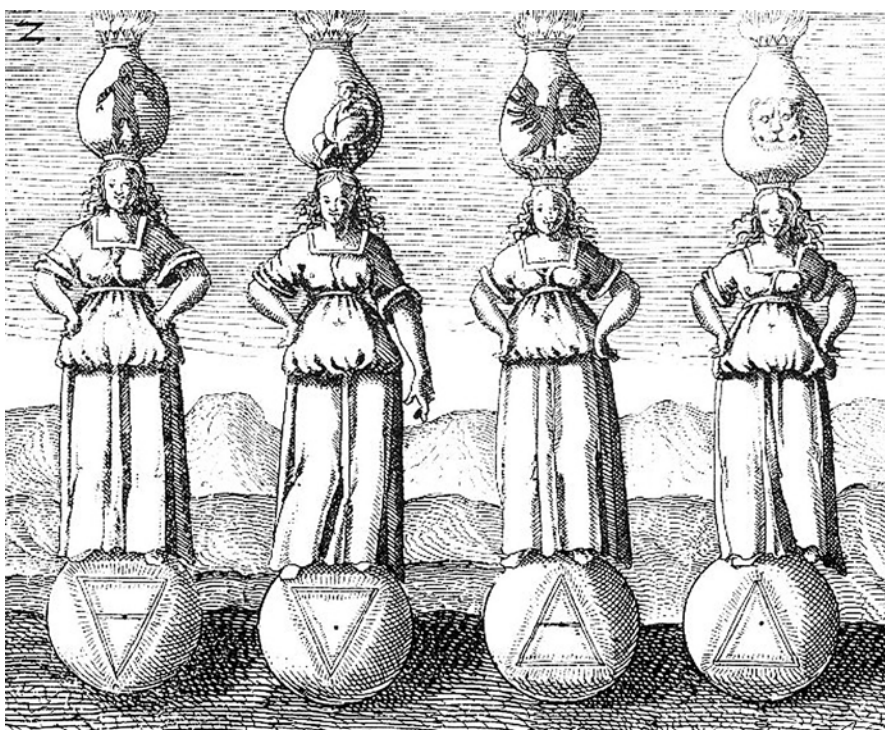
## Fokus på metodens dilemmaer

I en tid med stærk fokus på evidensbaseret behandling (se fx STOF nr. 5, 2005) har hovedparten af evalueringsslitteraturen på området været rettet mod at dokumentere effektiviteten af case management i sammenligning med andre typer af interventioner. Trods kontroverser om, i hvilken form og i hvilken grad case management er effektiv, har evalueringer vist en klar effekt af case ma-

nagement, hvis man sammenholder med klientens udgangspunkt før indsatsen. Sådanne evalueringer mangler dog oftest en diskussion af den faktiske case management-indsats, og der er kun ringe opmærksomhed på de involverede parter erfaringer og perspektiver, dvs. klient og case manager. Så selv når et case management-program effektivitet er dokumenteret, er det ikke altid klart, hvad der forklarer denne succes.

Case management præsenteres som regel som et standardiseret sæt af indsatser (udredning, planlægning, koordinering osv.), der udføres uhildet og objektivt. I denne artikel vil jeg derimod argumentere for, at case management ofte udføres ret så subjektivt og personligt og faktisk kan karakteriseres ved en række dilemmaer og afgørelser, der kan påvirke resultatet af indsatsen kraftigt. Med andre ord: Case management-programmer, der umiddelbart er organiseret i forhold til samme model, kan, i praksis, variere i stor grad. Selv inden for samme institution eller behandlingsprogram kan der observeres store forskelle på, hvordan case management udføres. Forskelle - der bygger på de involverede personers uddannelsesmæssige baggrund, erfaring, personlighed - og den måde man håndterer de dilemmaer og udfordringer på, der er indbygget i case management.

I denne artikel vil jeg fokusere på nogle af de vigtige dilemmaer set i forhold til indsatsens kerneområder: koordinering på institutionsniveau samt planlægning, opfølgning, fortalerrolle og brugerinddragelse på klientniveau. Data bygger på interviews med case managere fra hhv. Belgien



og Danmark (1), da det viser sig, at de oplevede dilemmaer i de to lande trods mindre forskelle i praksis er meget enslydende. Et sådan fokus på centrale dilemmaer kan bibringe mere viden i forhold til faktorer, der får denne intervention til at virke.

### **Koordinering – institutionsniveau**

Mange stofmisbrugere har ikke kun problemer med at opsoge relevante velfærdsydelser, men også med at mobilisere det overskud, der skal til for at opretholde kontakten. En vigtig del af case management er derfor at tilknytte, koordinere og fastholde klienten i forhold til disse ydelser. Der er nogle afgørende omstændigheder, som påvirker dette arbejde. Behandlere fortæller, at de forskellige systemer (psykiatrien, retsvæsen, socialkontor osv.) fungerer som isolerede blokke med kun ringe grad af informationsudveksling (2). Faktisk opleves det, som om de undertiden modarbejder hinanden. Ikke bevidst, men pga. de forskellige problemkategorier og hermed klientkategorier, de arbejder med. Det efterhånden klassiske eksempel er det problematiske forhold mellem psykiatrien og stofmisbrugsbehandlingen. På grund af disse forhold bygger mange case managere deres arbejde op omkring personlige relationer. Ved at bruge personlige kontakter, tidligere arbejdskollegaer eller ved at opbygge og pleje relationer til udvalgte ansatte i forskellige institutioner oplever mange, at koordineringen er mere effektiv. Dilemmaet relaterer sig således til, at case managere, for at kunne ordinere indsatser på en tilfredsstillende måde, må gå alternative veje, bruge personlige kontakter og opdyrke en meget stor grad af lokal viden. Kvaliteten af den enkeltes indsats afhænger således i høj grad af subjektive omstændigheder, som følgende citat fra Metadonprojektet viser:

’Jeg kan huske engang på sygehuset, hvor Mikael blev indlagt. Så

ringer jeg derop, for at høre, hvordan han har det, og der var sygeplejersken sådan lidt kort for hovedet, sådan lidt den man sommetider kan møde, når man snakker med vores kollegaer om misbrugerne. Og så lige pludselig kunne jeg høre, at jeg vidste, hvem hun var, en jeg har læst sammen med, og jeg spurgte, om det ikke var hende. Så fik vi os en god snak om Mikael, og han fik en god behandling, og hun ringede ned, da han var taget af sted og sådan noget. Altså de der ting, der godt kan spille ind.’

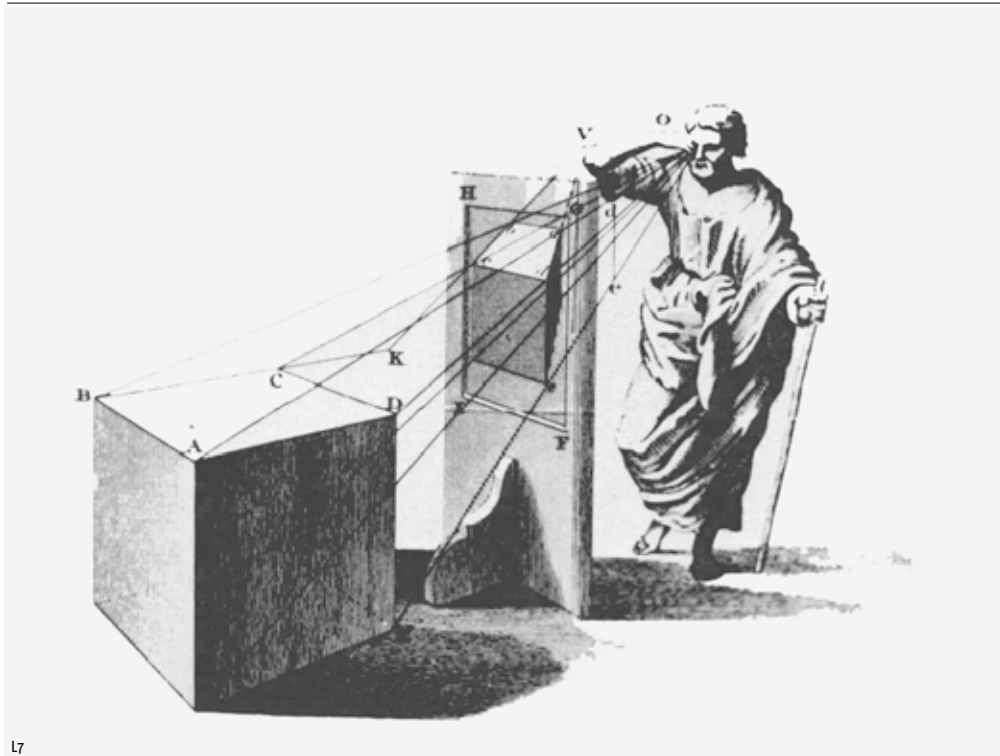
På samme måde spiller case managernes uddannelsesmæssige baggrund ind. Ofte opleves en bedre kontakt til ansatte andre steder, hvis man deler samme faglighed, og omvendt er case managere undertiden mere afventende i forhold til at involvere sig (og hermed klienten) på felter, hvor deres professionelle viden er lille.

Et andet dilemma går på, at mange velfærdsinstitutioner ikke – sådan som case managere oplever det – er gearret til at tage sig af stofmisbrugere og deres problemer, og at der eksisterer fordomme og endda uvilje fra nogle ansattes sides. Derfor ønsker case managere at være bisidder, når deres klienter har møde med hospitalet, politiet, tandlægen osv., da møderne ofte hermed opleves som mindre problematiske. Samtidig har mange case managere et ønske om at normalisere deres klienter og sætte dem i stand at kunne klare selv sig og skaffe sig relevante ydelser. Denne behandlerfilosofi vender jeg tilbage til nedenfor. Dilemmaet i denne sammenhæng går på, i hvilken grad klienten skal ’normaliseres’ og hermed overlades til systemer, der undertiden kan obstruere klientens initiativer. Case managere fortæller fx om læger, der ikke vil lave aftaler med klienter, eller hjemmeplejere, der ikke vil arbejde hos stofmisbrugere, fordi de er bange for inficerede sprøjter, eller fordi deres hjem anses for uordentlige.

### **Planlægning og opfølgning**

En central del af en effektiv case management handler om at lave skriftlige planer, der beskriver konkrete mål og midler/indsatser samt monitorerer disse. I evalueringslitteraturen beskrives en sådan planlægning ofte uproblematisk, som noget case manageren enten gør eller ikke gør. Vores interview og gennemgang af skriftlige planer viser derimod, at planlægning og opfølgning ofte er kompleks, irregulær og subjektiv. En sådan usystematisk brug af planlægning afspejler en generel manglende integration af planlægning i mange dele af det sociale arbejde både i Danmark og i Belgien. Dilemmaet udspiller sig både i forhold til klienternes livsverden og case management-arbejdets beskaffenhed.

Case managere i både Danmark og Belgien har tydeligt erklæret, at en for struktureret, fremtidsorienteret og systematisk brug af skriftlige planer ikke kun er urealistisk, men også undertiden modproduktiv, når man arbejder med de tungest belastede stofmisbrugere. Planerne bliver let for ambitiøse og resulterer derfor i endnu et nederlag for klienten, når målene ikke kan nås. Det fremhæves specielt, at klienternes hverdag ofte er ganske kaotisk, omskiftelig og i høj grad afhængig af aktuell sindstilstand. Det er derfor svært for case managerne at få deres klienter til at overholde aftaler. Endvidere er planerne skriftlige, mens case managere oplever, at deres klienter trives bedst med verbal kommunikation. I skematisk form har vi således planer, der er strukturerede, fremtidsrettede, skriftlige og baseret på systematisk refleksion. Men mange stofmisbrugeres livsverden er præget af at navigere i kaos, af akutte problemer og af verbal kommunikation. Nogle har, som de siger, fine planer, der ligger i computeren, men som ikke bruges til andet end at opfylde formelle krav, der kommer ’oppefra’. Endvidere foretrækker visse case managere arbej-



17

det med klienter, der opleves som aktive og motiverede. Dem 'kan de arbejde med', og det er da også dem, de mener, de bedst kan lave planer sammen med.

Disse variationer svarer til klienters erfaringer med skriftlig planlægning i det danske Metadonprojekt. De færreste klienter vidste, om de havde en plan (selv de, der havde en), og de allerfærreste kunne huske, hvad der stod i den. Samtidig var nogle også flove over ikke at 'kunne' deres handleplan/behandlingsplan. De fleste støtte- og kontaktpersoner foretrak den uformelle, personlige ad hoc kontakt til deres klienter, da de mente, at det var her, tilliden blev opbygget. Tillid, der opleves som helt centralt i en positiv klientkontakt. De skriftlige planer blev i samme ombæring ofte opfattet som noget, der stjæler tid fra det vigtige personlige møde. Når planlægning forekom, var der derfor ofte ikke tale om et engageret arbejde. Endelig mente mange case managere, at deres arbejdes beskaffenhed nærmest ikke muliggjorde arbejdet med planer. Én sammenlignede det med

at arbejde på en brandstation: Pludselig er der en brand, og man må rykke ud. Det kan ikke planlægges. Uforudsete, uplanlagte episoder og problemer mente de karakteriserede deres hverdag.

Vi har således misforholdet mellem planer, der laves, fordi de er obligatoriske, og de ofte mislykkede bestræbelser på at integrere disse planer i case management-arbejdet. Dilemmaet er tydeligt. I evaluering af case management ser man tit, at programmer formelt lever op til kravet om skriftlig planlægning, men graden og måden og hvilke klienter, behandlerne faktisk bruger denne planlægning på, kan variere betragteligt, og dette vurderes kun sjældent. Det har betydet, at planlægningsværktøjet er blevet brugt ganske forskelligt i case management-arbejdet, spændende fra systematisk, kontinuerlig, standardiseret planlægning til mundtlig ad hoc planlægning. Spørgsmålet er derfor, når man evaluerer case management-programmer, hvor der arbejdes med planer, i hvilken grad de er effektive og sammenlignelige

med andre case management-programmer?

### Fortallerrollen og brugerinddragelse

Det første sæt af dilemmaer relaterede sig til kontakten til forskellige velfærdsinstitutioner. I det følgende vil jeg se på de betæneligheder, case manageren har, når vedkommende advokerer eller handler på vegne af sin klient. I den forbindelse er brugerinddragelse - der i de seneste år i stigende grad er kommet på den behandlingspolitiske dagsorden - central. Det viser sig dog, at når case manageren handler på vegne af sin klient og fokuserer på brugerinddragelse, bliver indsatsen let noget tilfældig.

I fortallerrollen fungerer case manageren som advokat for klienten og søger at opnå noget på vegne af klienten. Dilemmaet, som case manageren står i, er, at hvis for meget initiativ overlades til klienten i forsøget på at inddrage og opdrage ham eller hende, risikerer man, at vigtige indsatsfejl. Omvendt kan en effektiv case manager risikere at passivisere klienten og gøre vedkommende afhængig - eller endda få personen til at handle primært for ikke at skuffe case manageren.

Dette dilemma repræsenterer et klassisk socialpædagogisk spændingsfelt, og det er centralt, når man udfører case management. De forskellige projekter, der deltog i den danske og den belgiske undersøgelse, havde forskellige strategier i forhold til dette dilemma. En af de danske ambulante behandlingsinstitutioner sammenlignede deres institution med et rejsebureau, hvor kunderne kunne komme i 'butikken' og vælge mellem de forskellige 'produkter' - eller lade være. Andre projekter havde meget mere udad-



gående arbejde og erkendte, at initiativ og handling skulle komme fra case manageren. Men også over tid forandrede de forskellige projekter sig, og de individuelle case managere skiftede indstilling i forhold til dilemmaet. Efter at have været dybt involveret i klienterne i et lang stykke tid mente behandlerne i et af projekterne, at de var gået for langt, og de forsøgte derfor at vende om på deres pædagogiske tilgang og tildele klienterne så meget initiativ som muligt. En af case managerne i projektet udtrykte det således:

'Cm: Vi kan jo ikke agere serviceorgan for dem resten af deres liv. Det var jo ikke sådan helt hensigten med det. Et af målene skulle gerne være, at vi rustede dem til at kunne klare nogle flere ting selv.

I: Hvordan synes du, at det går med det?

Cm: Jamen, det er jo selvfølgelig individuelt. Men som udgangspunkt er der vel noget modstand på, at vi stiller krav. Fordi vi jo fra starten kom til at vise dem, jamen, det ordner vi lige, det klarer vi lige og ikke noget problem. Og pludselig føler de måske, at vi vendte på en tallerken. At hvis der skal ringes op til egen læge, jamen, du har stadigvæk fingre, så ring selv. Altså, jeg ved ikke rigtig, om de har en oplevelse af, at vi slækker af på dem og ikke rigtig gider dem mere eller.'

En anden variant af dette generelle socialpædagogiske dilemma relaterer sig til to ofte modsatrettede strategier i case managerens arbejde: normalisering og kontrol versus etablering af tillid. For de allerfleste case managere er opbygningen af et tillidsfuldt forhold til klienten det mest fundamentale aspekt ved deres arbejde: Klienten skal have tillid til dem som velmenende personer og brugbare professionelle. Udvalgte strategier for at vinde tillid er uformel kontakt, reduktion af kontrol-elementer, bevidst ikke-nedladende attitude osv. Case managere fortæller, at det tager tid at opbygge tillid

– mellem et halvt og et helt år. Samtidig fortæller vores informanter om behovet for at opdrage på klienterne, lære dem passende opførsel og normalisere deres adfærdsmønstre. Udvalgte områder er: personlig hygiejne, sociale kompetencer, konfliktløsning, almindelige daglige gøremål, verbale færdigheder osv. Målet er at gøre klienterne i stand til selv at kunne begå sig i velfærdstilbudsjunglen. I nogle projekter var sådanne normaliserende tiltag få – andre steder var de i højsædet. Og sanktioner varierede fra karantæne og eksklusion til ingen sanktioner. Når man definerer case management som i høj grad byggende på tillid, fortalerrollen, professionalitet og opdragende/normaliserende tilgange viser det sig altså, at der er mange mulige strategier i dette felt. Hvilket, hvis man ikke i en behandlingsinstitution gør sig eksplicite overvejelser herom, gør case management til en ret individuel foreteelse, der er vanskelig at sammenligne indbyrdes og evaluere.

### Hvad man bør huske

De centrale dilemmaer knyttet til case management, som jeg har diskuteret i denne artikel, relaterer sig til case managerens navigering i det institutionelle niveau, deres tiltag og brug af (skriftlig) planlægning og slutteligt deres valg af strategi i forhold til fortalerrollen. Pointen er at vise, at case management, der i sin umiddelbare fremtoning kan virke forholdsvis integreret og defineret (i kraft af fokuspunkter: koordinering, fortalerrolle osv.) samt struktureret efter ens principper, i praksis kan variere ganske væsentligt afhængigt af, hvordan den enkelte institution og den enkelte case manager placerer sig i de dilemmaer, der knytter sig til denne arbejdsform. I forhold til at kunne evaluere case management og vurdere dens effekt – og i forhold til at udvikle metoden mere stringent – mener jeg, at det er vigtigt, at brugere af denne arbejds-

form klargør og tydeligt kommunikerer de pædagogiske intentioner, ekspliciterer en realistisk anvendelse af planlægnings- og monitoreringsredskaber samt vurderer realistiske arbejdsgange i forhold til mødet med diverse velfærdsinstitutioner.

### LITTERATUR

1. Asmussen, V. & Kolind, T.: Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling. Resultater fra en kvalitativ evaluering af fire metadonforsøgsprojekter. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2005.
2. Ebsen, F., Henriksen, J. & Rieper, O.: Hænger det sammen? Sammenhængen i indsatsen for mennesker med hjemløshed, misbrug og/eller sindslidelse som problem. AKF Forlaget. 2003.
3. Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J., & 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.