


Missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av samordning

- Tillstånd: Missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av samordning
- Åtgärd: Individuell case management i form av strengths model

Rekommendation

- 1
- 2
- 3
- Detta är det valda alternativet:4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Icke-göra
- FoU
- 

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger en ökning av antalet dagar med betalt arbete och kan bidra till avhållsamhet från alkohol och narkotika

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Det grundläggande syftet med case management som går igen i de flesta modellerna är att stötta människor att skaffa de färdigheter, talanger och mobilisera den inneboende kraft som behövs för att de ska kunna möta, hantera och lösa de problem som de dagligen möter i sitt liv. Case management fokuserar därför på det som händer i det dagliga livet som t.ex. arbete, bostad, familj och fritid. Utöver basfunktionerna som ingår i case management, som beskrivits ovan, har olika modeller sin särart definitionsmässigt.

De bärande principerna för Individuell case management i form av strengths model är hämtade och fritt översatta från professor Charles Rapps bok The Strengths Model [1].

1. Fokus ligger på individens förmågor/möjligheter och inte på det sjukliga.
2. Relationen mellan case managern och klienten är central.
3. Insatser i form av åtgärder bygger på klientens självbestämmande.
4. Samhället ses som en uppsjö av resurser och inte som ett hinder.
5. Intensivt uppsökande verksamhet är det arbetssätt som föredras.
6. Personer som lider av svåra tillstånd kan fortsätta att lära och växa samt förändras.

Det bakomliggande antagandet till den första principen är att människor tenderar att växa och utvecklas med utgångspunkt från deras individuella intressen, aspirationer och inneboende styrkor. Enligt princip nummer två är en bra relation mellan klienten och case managern helt nödvändig för en lyckad rehabiliteringsprocess. En av hörnstenarna i modellen är enligt princip nummer tre tron på klientens självbestämmande när det gäller formen, inriktningen och innehållet i de insatser som planeras och genomförs. Case managerns uppgift enligt princip nummer fyra är att utnyttja de resurser som finns i samhället genom att aktivt samordna insatser och uppmantra till samverkan mellan olika aktörer i syfte att främja klientens rehabilitering. Enligt princip nummer fem ska case managern fokusera på intensivt uppsökande verksamhet med klienten i spetsen. Det innebär att arbetet ska bedrivas utanför kontorsmiljön. Krisberedskap finns tillgänglig under dagtid. Den centrala utgångspunkten i princip nummer sex är att till exempel personer med olika svåra tillstånd som till exempel psykiska sjukdomar inte är schizofrena eller kroniskt psykiskt sjuka utan individer med schizofreni. Det är bara en sida av deras liv. De kan fortsätta att utvecklas och förändras genom hela livet. Antal ärenden per case manager bör inte överstiga 20. Målgruppen för individuell case management i form av strengths model är personer med missbruk eller beroende som har behov av samordning. Det kan till exempel vara personer med låg funktionsnivå, som inte själva klarar samordning av behandlings- och stödinsatser.

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjermisbrukochberoende/sokiriktlinjerna>

Missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av samordning

Vilken effekt har åtgärden?

Vid missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av samordning ger individuell case management i form av strengths model

- en 32 procentenheters ökning av andelen som är avhållsamma från alkohol och narkotika jämfört med insatser i socialtjänsten och en likvärdig ökning av substansfria dagar jämfört med sedvanlig behandling (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- en likvärdig upplevelse av socialt stöd jämfört med sedvanlig behandling (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- en ökning av antal dagar med betalt arbete jämfört med sedvanlig behandling (måttligt starkt vetenskapligt underlag).

Vid missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av samordning tycks individuell case management i form av strengths model ge

- likvärdigt antal tillfällen av behandling för substansmissbruket och psykiatrisk slutenvård jämfört med sedvanlig behandling (begränsat vetenskapligt underlag)
- likvärdig minskning av psykiska symtom jämfört med sedvanlig behandling (begränsat vetenskapligt underlag).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga biverkningar eller oönskade effekter har rapporterats.

Vilka studier ingår i granskningen?

Individuell case management i form av strengths model vid missbruk eller beroende av alkohol och narkotika har studerats i fyra randomiserade kontrollerade studier med sammanlagt 1 780 personer. I den svenska studien av Lindahl med flera [2] hade alla inkluderade personer substansmissbruk, hälften hade sjukersättning och 30–40 procent hade varit hemlösa de senaste 30 dagarna. Vid 6-månadersuppföljningen ökade andelen som var avhållsamma från alkohol och narkotika från 0 till 46 procent för de som fått case management i form av strengths model vilket var 32 procentenheter fler jämfört med de som fått insatser i socialtjänsten. Insatserna i kontrollgruppen var ett möte mellan klient och personal inom socialtjänsten (t.ex. socialsekreterare) för att komma överens om en behandlingsplan. Socialtjänsten skulle stödja patienten kring boende, missbruk och sysselsättning. Antal klienter per socialarbetare varierade mellan 20 och 40.

I en RCT av Saleh med flera [3, 4] inkluderades 662 klienter som sökte behandling för sitt substansmissbruk vid en lokal vårdinrättning. Uptagningsområdet var två stadsområden och ett landsbygdsområde. Klienterna randomiserades till tre olika case management-program som alla byggde på case management i form av strengths model. Dessa var benämnda som inside (ICM-I), outside (ICM-O) och telekommunikation (ICM-T). ICM-I innebar att case managern (socialarbetare) var fysiskt lokaliserad och ingick i teamet vid den klinik där patienterna fick behandling för sitt missbruk. Vid ICM-O var case managern (socialarbetare) lokaliserad vid ett socialkontor. I den sistnämnda skedde kontakterna med klienterna via ett telekommunikationssystem. Case managern i ICM-T hanterade också något fler ärenden än case managern i ICM-I och ICM-O. Kontrollgruppen fick sedvanlig missbruksbehandling som inte innehöll case management-inslag. Vid 12 månaders uppföljning fanns inga signifikanta skillnader i missbruk av droger eller alkohol mellan grupperna. Ingen signifikant skillnad mellan grupperna uppmättes heller beträffande substansfria dagar per månad vid 12 månader. Utnyttjande av hälso- och sjukvård för behandling av missbruket visade inte på någon signifikant skillnad mellan grupperna. För sluten psykiatrisk vård uppmättes en skillnad mellan ICM-I och ICM-O jämfört med kontrollgruppen (p

I en studie av Siegal med flera [5] ingick veteraner som var kokain- eller heroinberoende eller som regelbundet använt andra droger under den senaste 6-månadersperioden och som inte fått behandling de senaste tre månaderna. I studien sågs en signifikant skillnad (p = 0,012) när det gällde antal dagar med arbete de senaste 30 dagarna vid 6-månadersuppföljningen jämfört med sedvanlig behandling i grupp, individuellt eller som familjeterapi.

I en studie av Sarrazin & Hall [6] med ett case management enligt strengths model-upplägg undersöktes socialt stöd med samma typ av interventioner som i studierna av Saleh med flera [3, 4]. Det vill säga ICM-I, ICM-O, ICM-T och en kontrollgrupp som fick sedvanlig behandling för sitt missbruk. Deltagarna rekryterades från ett behandlingsprogram för substansmissbruk. Socialt stöd mättes med Social Provision Scale (SPS). SPS består av en fyrgradig skala med sju områden som mäter socialt stöd. Höga poäng är lika med mer upplevt socialt stöd. Vid tre månader visade det globala måttet en signifikant ökning för ICM-I 2,17 (p = 0,05). Vid sex månader visade den globala skalan signifikant förbättring för ICM-I 2,59 (p = 0,04), ICM-T 3,66 (p = 0,006) och sedvanlig behandling 2,55 (p = 0,018). Vid tre månader visade två av interventionerna som byggde på case management enligt strengths model signifikanta förbättringar i dimensionen tillgivenhet, ICM-I 1,03, ICM-T 0,99 (p = 0,009), men detta sågs även för de som fick sedvanlig behandling 0,83 (p = 0,007). För dimensionerna vägledning och allians hade följande grupper signifikanta förbättringar, ICM-T 0,73 (p = 0,031) respektive ICM-I 0,72 (p = 0,025). Signifikanta skillnader uppmättes också för dimensionen tillgivenhet för deltagarna som fick ICM-I, ICM-T och sedvanlig behandling vid 6 månader. För egenvärde fanns också signifikanta skillnader för ICM-T och sedvanlig behandling vid 6 månader. Däremot sågs inga

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjermisbrukochberoende/sokiriktlinjerna>

Missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av samordning

signifikanta skillnader mellan grupperna vid 12 månaders uppföljning.

I litteratursökningen identifierades en systematisk översikt från 2014, som bedömdes ha relevant frågeställning och god kvalitet vad gäller systematik och genomförande [7]. I översikten identifierade författarna 13 studier där case management enligt strengths model utvärderats. Totalt 8 studier exkluderades, vilka bland annat studerade relationer och attityder hos föräldrar [8], väntetider och länkning till behandling [9, 10], kriminalitet [11], hälso- och sjukvårdsutnyttjande [12] och kostnadseffektivitet [13]. Studien som utvärderade hälso- och sjukvårdsutnyttjande bedömdes inte hålla tillräckligt hög kvalitet medan övriga utfall inte prioriterades att inkluderas i underlaget. En artikel var en prediktionsstudie [14]. Två andra artiklar baserades på samma population som i artikeln av Sarrazin med flera [6]. Den ena hade kortare uppföljningstid [15] och den andra utvärderade populationens karaktäristika [16].

Saknas någon information i studierna?

Hälften av deltagarna fanns i sjukförsäkringssystemet i den svenska studien av Lindahl med flera [2], men inga uppgifter finns på vilken typ av ersättning personerna hade. Beskrivningen och definitionen av populationerna i studierna är till viss del oklar. Utfall på livskvalitet och social funktionsförmåga saknas.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för den aktuella åtgärden vid det specifika tillståndet.

Referenser

1. Rapp, C, Goscha, R. The Strengths Model. A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services. Third Edition.: Oxford university press.; 2012.
2. Lindahl, ML, Berglund, M, Tonnesen, H. Case management in aftercare of involuntarily committed patients with substance abuse. A randomized trial. Nord J Psychiatry. 2013; 67(3):197-203.
3. Saleh, SS, Vaughn, T, Hall, J, Levey, S, Fuortes, L, Uden-Holmen, T. Effectiveness of case management in substance abuse treatment. Care management journals : Journal of case management ; The journal of long term home health care. 2002; 3(4):172-7.
4. Saleh, SS, Vaughn, T, Hall, J, Levey, S, Fuortes, L, Uden-Holmen, T. The effect of case management in substance abuse on health services use. Care management journals : Journal of case management ; The journal of long term home health care. 2003; 4(2):82-7.
5. Siegal, HA, Fisher, JH, Rapp, RC, Kelliher, CW, Wagner, JH, O'Brien, WF, et al. Enhancing substance abuse treatment with case management. Its impact on employment. J Subst Abuse Treat. 1996; 13(2):93-8.
6. Sarrazin, MV, Hall, JA. Impact of Iowa case management on provisions of social support for substance abuse clients. Care management journals : Journal of case management ; The journal of long term home health care. 2004; 5(1):3-11.
7. Rapp, RC, Van Den Noortgate, W, Broekaert, E, Vanderplasschen, W. The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: a three-level meta-analysis of outcomes. Journal of consulting and clinical psychology. 2014; 82(4):605-18.
8. Sarrazin, MV, Huber, DL, Hall, JA. Impact of Iowa case management on family functioning for substance abuse treatment clients. Adolescent & Family Health. 2001; 2(3):132-40.
9. Carr, CJ, Xu, J, Redko, C, Lane, DT, Rapp, RC, Goris, J, et al. Individual and system influences on waiting time for substance abuse treatment. J Subst Abuse Treat. 2008; 34(2):192-201.
10. Rapp, RC, Otto, AL, Lane, DT, Redko, C, McGatha, S, Carlson, RG. Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing. Drug and alcohol dependence. 2008; 94(1-3):172-82.
11. Siegal, HA, Li, L, Rapp, RC. Case management as a therapeutic enhancement: impact on post-treatment criminality. Journal of addictive diseases. 2002; 21(4):37-46.
12. Prendergast, M, Frisman, L, Sacks, JY, Staton-Tindall, M, Greenwell, L, Lin, HJ, et al. A multi-site, randomized study of strengths-based case management with substance-abusing parolees. Journal of experimental criminology. 2011; 7(3):225-53.
13. Saleh, SS, Vaughn, T, Levey, S, Fuortes, L, Uden-Holmen, T, Hall, JA. Cost-Effectiveness of Case Management in Substance Abuse Treatment. Research on social work practice. 2006; 16(1):38-47.
14. Rapp, RC, Siegal, HA, Li, L, Saha, P. Predicting Postprimary Treatment Services and Drug Use Outcome: A Multivariate Analysis. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 1998; 24(4):603-15.
15. Vaughan-Sarrazin, MS, Hall, JA, Rick, GS. Impact of Case Management on Use of Health Services by Rural Clients in Substance Abuse Treatment. Journal of Drug Issues. 2000; 30(2):435-64.
16. Hall, JA, Sarrazin, MS, Huber, DL, Vaughn, T, Block, RI, Reedy, AR, et al. Iowa Case Management for Rural Drug Abuse. Research on social work practice. 2009; 19(4):407-22.

Arbetsdokument



<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjermisbrukochberoende/sokiriktlinjerna>

Missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av samordning

 Psykosociala stödinsatser