



**Uppföljning av projektet *Evidensbaserad  
missbruksvård* i Upplands Väsby kommun**

Utvärderingsrapport augusti 2009



## Innehållsförteckning

Förord	5
1. Inledning/bakgrund	7
2. Syfte	7
3. Metod och genomförande	8
4. Sammanställning av data	8
- Målgrupper som de anställda arbetar med	8
- ASI-data	10
- Missbrukare med psykiska funktionsnedsättningar	12
- Brukarundersökning	13
- Vårdkedja - fem cases	18
- Personalenkät - utbildning och arbetsmetoder	20
5. Slutsatser och diskussion	23
Referenser	26
Bilagor	27



## Förord

Föreliggande rapport har genomförts av en arbetsgrupp vid FoU-Nordväst på uppdrag av socialtjänstens Individ- och Familjeomsorgsförvaltning i Upplands Väsby. I just denna rapport har FoU-enheten kunnat använda flera datakällor på ett nytt sätt. Utöver data som insamlats inom projektet vid Mottagningsgruppen i Upplands Väsby har FoU-enheten kunnat bearbeta ASI-data och data som insamlats i Psykiatrikartläggningen i nordvästkommunerna. Detta möjliggör både jämförelse inom kommunen över tid och även jämförelser med andra kommuner i nordvästregionen. Detta är alltså ett första exempel på hur dessa datamängder kan användas framgent också i andra sammanhang.

Arbetsgruppen på FoU-Nordväst har bestått av Anders Arnsvik, Alexander Björk och Martin Åberg. För design och övergripande ansvar svarar Ann Palm.

Sollentuna i augusti 2009

*Ann Palm*

(FoU-chef)



## 1. Inledning/bakgrund

I oktober 2006 beviljades socialtjänsten i Upplands Väsby kommun statliga utvecklingsmedel av Länsstyrelsen i Stockholms län till projektet ”Evidensbaserad missbruksvård”. Projektet syftade till ökad tillgänglighet för invånarna i Upplands Väsby.

Som ett led i att öka tillgängligheten inrättades 2007 en mottagning för alla klienter i behov av missbruksvård, med telefontider 5 dagar i veckan, nybesökstid inom 1 – 2 dagar samt utarbetad vårdplan inom 3 - 4 veckor. Rådgivning och stöd skulle också ingå i arbetsuppgifterna liksom en första bedömning och brådskanie missbruksutredningar.<sup>1</sup>

I uppdraget ingick också att utveckla arbetsformerna för att nå de ”tunga missbrukarna”, varför projektet utökades med en eftervård/behandlingssamordnare, en så kallad case manager. Avsikten var att utveckla en optimal behandlingskedja för de ”tunga missbrukarna”. Redan i inledningsskedet, det vill säga vid första mötet med klienten, skulle planeringen påbörjas för vad som skulle ske efter inledande insatser som till exempel öppenvårdsbehandling eller behandlingshemsvistelse.

I projektet ingick även att alla som arbetar med missbrukarvård skulle utbildas i metoder, rekommenderade i ”Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård” (SoS, 2007). Framför allt skulle personalen utbildas i metoder som är tillämpbara i arbetet med ”tunga missbrukare”.

## 2. Syfte

FoU-Nordväst har fått i uppdrag att sammanställa befintliga data för att följa upp eventuella effekter av projektet. Den övergripande frågeställningen är om tillgängliga data från projektet Evidensbaserad missbruksvård i Upplands Väsby kommun visar förändring i arbetet med särskilt tunga missbrukare. Det leder till följande frågeställningar:

- Har målgruppen nåtts?
- Fungerar vårdkedjan fungerar på ett ”nytt” sätt?
- Vad är brukarnas värdering av kontakten med mottagningsgruppen?
- Har personalen utbildats i andra metoder de inte hade kompetens för tidigare?
- Rapporterar personalen att de använder andra metoder jämfört med tidigare?

Huvudfrågan är således om data ger indikatorer på att mottagningsfunktionen fungerar som det var tänkt.

---

<sup>1</sup> Slutrapport: Evidensbaserad vård på hemmaplan 2009

### 3. Metod och genomförande

Material från följande datakällor har använts:

- ASI-data (jämförelse alla nordvästkommuner och Upplands Väsby, 2008/2009)
- Inventering av behov och insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar (FoU- Nordväst 2009)
- Baslinjeenkät/personalenkät (se bilaga 1)
- Brukarundersökning (se bilaga 2)
- Fem cases (se slutrapport Evidensbaserad missbruksvård april 2009)

Utgångspunkten för den här rapporten är således att undersöka om mottagningen nått särskilt de ”tunga missbrukarna” och om arbetsformerna förändrats. Definition av ”tungt missbruk” i detta sammanhang har hämtats från utredningen om insatser för personer med tungt missbruk, nämligen

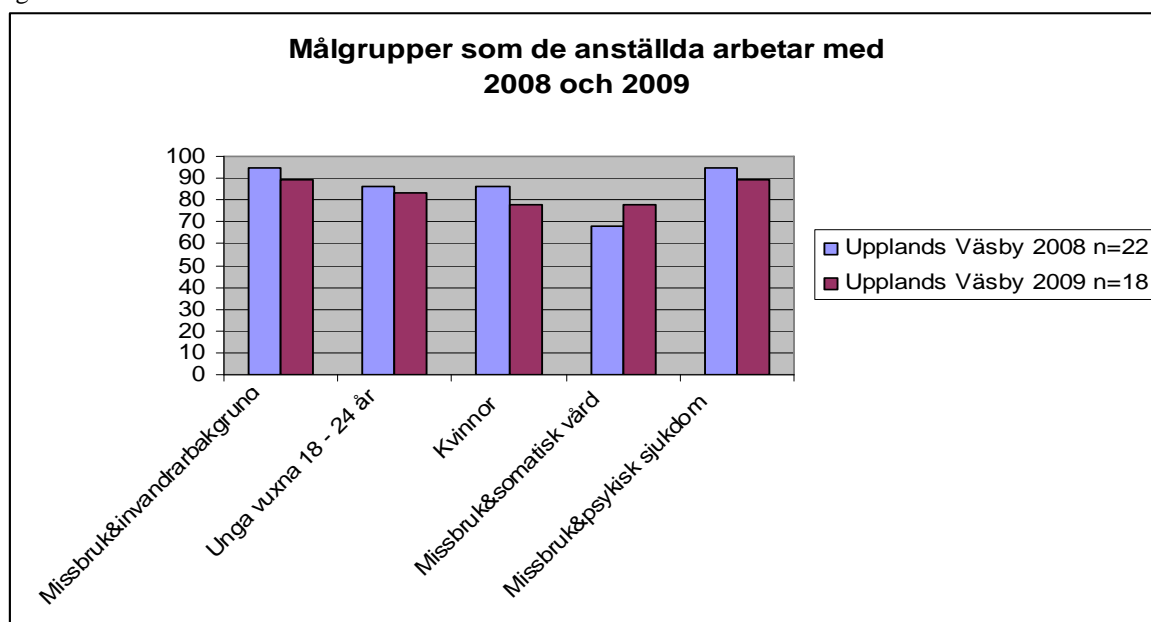
*”... de med alkohol- och drogberoende som, oavsett drogtyp, har ett särskilt riskfyllt missbruk och som därtill har betydande relaterade problem i kombination med sitt missbruk – såsom hemlöshet, psykiatriska problem, somatiska hälsoproblem, kriminalitet, prostitution med mera.” (SOU 2005:82, s 19)*

### 4. Sammanställning av data

#### – Målgrupper som de anställda arbetar med

Nedanstående redovisning av målgrupper baseras på en baslinjeenkät som vid två tillfällen (februari 2008, februari/mars 2009) besvarats av samtlig personal på Resursenheten för vuxna. Baslinjeenkäten, som utformats av FoU-Nordväst, användes första gången i samband med att Riktlinjeprojektet i Nordväst startade 2008 (FoU 2009, *Riktlinjeprojektet i Nordväst*,). 22 personer besvarade enkäten 2008. Samma enkät användes således 2009 för uppföljning av projektet Evidensbaserad missbruksvård och besvarades av 18 personer.

Figur 1





Personalen har rapporterat att de vanligast förekommande målgrupperna som mottagningen möter är;

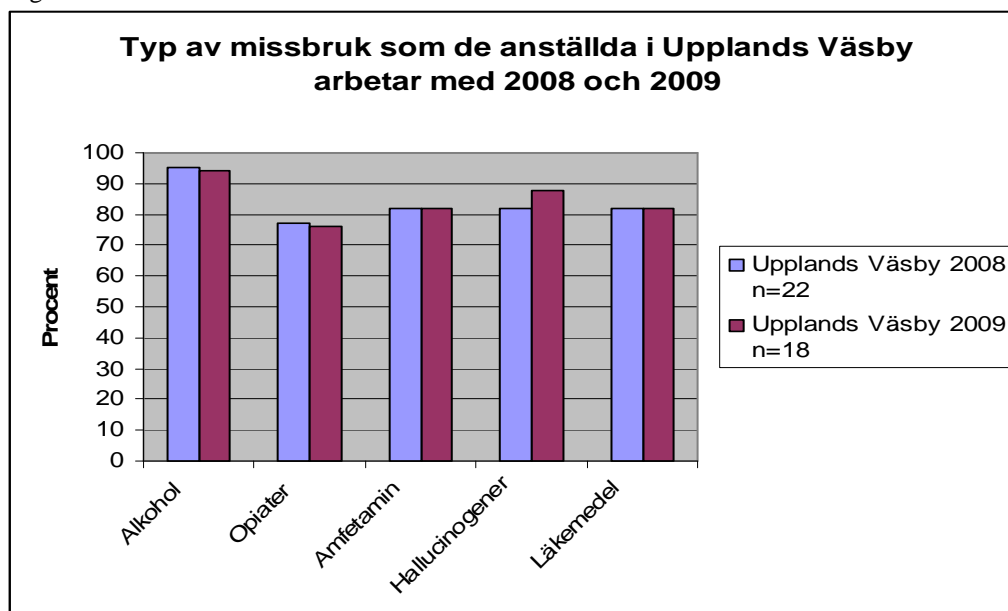
- personer som missbrukar och som lider av någon form av psykisk ohälsa
- personer med missbruksproblem, som har invandrabakgrund
- unga vuxna, 18 – 24 år
- kvinnor
- personer som missbrukar, som är i behov av somatisk vård

Nästan alla som besvarat enkäten rapporterar att de i sitt arbete inom Resursenheten för vuxna/mottagningen möter personer som missbrukar och betecknas lida av så kallad ”samsjuklighet”, det vill säga lider av någon form av psykisk ohälsa, samt personer med invandrabakgrund som missbrukar. Det är emellertid några procentenheter färre som anger att de möter dessa grupper vid uppföljningen 2009.

Däremot är det en något högre andel, cirka 10 %-enheter, av de som år 2009 besvarat enkäten som rapporterar att de arbetar med personer som missbrukar och är i behov av *somatisk* vård, jämfört med tidigare år. Projektgruppen i Upplands Väsby rapporterar emellertid också att gruppen unga vuxna, 18 – 24 år, i ökande utsträckning kontaktar mottagningen (muntlig kommunikation 2009-05-25) – vilket inte framgår av denna delundersökning.

I personalens rapportering av vilken typ av missbruk de möter, tas endast huvuddrogen upp<sup>2</sup>.

Figur 2



Merparten av de som besvarat enkät 2009 rapporterar att de främst möter människor som missbrukar alkohol, följt av hallucinogener<sup>3</sup> – vilket också en högre andel av personalen anger år 2009, jämfört med 2008.

<sup>2</sup> Det vanligaste, i synnerhet bland narkotikamissbrukare, är förekomst av blandmissbruk (missbruk av både alkohol och narkotika), vilket inte utgör en särskild kategori i denna sammanställning

### *Sammanfattning*

Personalen vid Resursenheten för vuxna har besvarat enkäten vid två tillfällen, 2008 samt 2009. De har svarat på frågor om vilka målgrupper de arbetar med.

- Nio av tio av de som besvarat enkät år 2009 rapporterar att de arbetar med människor som missbrukar och lider av någon form av psykisk ohälsa – så kallad samsjuklighet
- Nästan fyra av fem anger år 2009 att de i arbetet möter personer som missbrukar, som är i behov av somatisk vård – en ökning med nästan tio procentenheter jämfört med år 2008

Jämför vi med den här angivna definitionen av ”tunga missbrukare” (se ovan sid 7) framgår att större delen av personalen verkligen arbetar med en grupp som omfattas av minst två av dessa kriterier, det vill säga personer som, sannolikt på grund av mångårigt missbruk av alkohol och/eller narkotika, lider av somatisk och/eller psykisk ohälsa.

Även om inte enkätdata visar att personalen rapporterar att de arbetar med unga vuxna i högre utsträckning år 2009 jämfört med året innan, så framgår att de mer frekvent arbetar med personer som missbrukar hallucinogener. Missbruk av hallucinogener är mer utbrett bland unga vuxna än bland äldre missbrukare, varför arbetsgruppens muntliga rapportering, att gruppen unga vuxna tycks öka, kan visas vara korrekt om en ny studie genomförs över tid med särskilt fokus på denna grupp.

### **- ASI-data**

#### *Inledning*

I det följande studeras om organisationsförändringen kan ha bidragit till att Resursenheten för vuxna/mottagningen i ökad utsträckning nått de ”tunga missbrukarna”.

Bland annat analyseras ASI-data med avseende på om det finns några noterbara förändringar. I följande avsnitt presenteras hur Upplands Väsby's ASI-population har förändrats sedan den 1 juli 2007. Genom att jämföra ASI-data före och efter projektet startats och om förändringarna avviker från de andra sju nordvästkommunerna, undersöks därefter huruvida missbrukarvården i Upplands Väsby kan sägas ha blivit mer tillgänglig sedan projektet *Evidensbaserad vård på hemmaplan* (2007) påbörjades. Operationalisering av ”tillgänglig” innebär här att projektet nått nya grupper.<sup>4</sup> En aspekt som särskilt kommer att belysas vid genomgången är om mottagningen nått ”personer med tungt missbruk”. De variabler som använts har varit social integration och förekomsten av psykisk sjukdom.

#### *Försök att fånga in förändringar i målgruppen*

Under den studerade perioden är det mest framträdande resultatet att medelåldern i Upplands Väsby's ASI-population har ökat med drygt två år, från 37 år till 39,2 år. I de övriga sju nordvästkommunerna har medelåldern minskat med lika mycket. Det innebär att i Upplands Väsby når kommunens missbrukarvård en äldre grupp än tidigare efter det att projektet startat.

---

<sup>3</sup> I denna studie har hasch och marijuana kategoriserats som hallucinogena droger

<sup>4</sup> Genom att ASI-intervju inte genomförs med alla klienter finns ett tillförlitlighetsproblem i detta material. Urvalet kan vara selekterat och inte motsvara hela Upplands Väsby missbrukspopulation.

Ett annat resultat är att i Upplands Väsby utgör kvinnorna 38 % av ASI-populationen – vilket är en högre andel än i de övriga nordvästkommunerna. Dessa kvinnor är också lite äldre, vilket sannolikt utgör en delförklaring till åldersfördelningen.

I Upplands Väsby visas emellertid *också* att andelen narkotikaanvändare ökat med 9 procentenheter, vilket skiljer sig från de sju övriga kommunerna, där andelen i stället minskat med 7 procentenheter. Efter projektstart var alltså nästan fyra av tio (38 %) av ASI-populationen narkotikamissbrukare.

Å ena sidan har hela ASI-populationen blivit något äldre, å andra sidan har andelen narkotikamissbrukare ökat. Detta blir något motsägelsefullt, eftersom det framförallt är den yngre populationen som visats utgöras av narkotikamissbrukare. Detta resultat kan vara en konsekvens av att fler *mycket* äldre alkoholmissbrukare, särskilt kvinnor, sökt sig till mottagningen, samtidigt som fler narkotikamissbrukare också gjort det. Det har inte varit möjligt att kontrollera detta, men det kan vara en rimlig slutsats. Ett annat viktigt resultat är att på frågan om antalet dagar med droganvändning sista trettio dagarna, visar det sig att ASI-populationen i Upplands Väsby rapporterar ett högre genomsnitt av problemdagar, med både alkohol- och narkotikaanvändning, jämfört med de andra kommunerna – skillnader som är statistiskt signifikanta. Slutsatsen är att det sannolikt är fråga om en mycket utsatt missbrukargrupp.

Cirka två tredjedelar av de ASI-intervjuade har även upplevt allvarliga psykiska problem. Det finns inga egentliga skillnader, vare sig mellan tidsperioderna eller mellan grupperna. Däremot finns det skillnader i andelen som får läkemedel mot psykiska problem. Det har skett en ökning med 16 procentenheter i Upplands Väsby sedan juli 2007, en dubbelt så stor ökning som i de övriga sju nordvästkommunerna.

Frågan om social integration kan vara ett mått på vilka grupper mottagning har nått. Tabellen nedan beskriver klienternas sociala integration utifrån fem indikatorer – hemlös, lever ensam, ingen nära vän, mindre än gymnasieutbildning samt arbetslös.

**Tabell 1.** Social integration. Jämförelse av nivå av social integration i Upplands Väsby och de övriga nordvästkommunerna, enligt fem indikatorer, före och efter 1 juli 2007. Andel i %. Icke uteslutande kategorier.

Variabel	Upplands Väsby		Nordväst	
	Före	Efter	Före	Efter
<b>N</b>	<b>54</b>	<b>90</b>	<b>167</b>	<b>236</b>
Hemlös (%)	18	19	18	20
Lever ensam (%)	30	44	28	41
Ingen nära vän (%)	17	21	14	18
Mindre än gymnasieutbildning (%)	56	49	42	51
Arbetslös (%)	78	48	79	49

Andelen som lever ensam har ökat, både i Upplands Väsby och i övriga kommuner. Vidare syns vissa förändringar i ASI-populationen avseende utbildning. I Upplands Väsby ökar andelen som har gymnasieutbildning, det motsatta gäller i övriga kommuner. Detta förklaras sannolikt av att fler unga narkotikamissbrukare ingår i gruppen, som genom olika skolreformer hållits kvar i gymnasieskolan i högre utsträckning än föregående generationer.

**Tabell 2. Sammanlagt mått, social integration (%)<sup>5</sup>**

Hög (0/5)	3	10	8	13
Medel (1-2/5)	65	65	65	59
Låg (3-5/5)	32	25	27	28

Studerar vi måttet på den sammanlagda integrationsnivån för denna population finns bara smärre skillnader både i Upplands Väsby och nordvästkommunerna över tid. De flesta, två av tre, återfinns i kategorin ”medel”. Det finns emellertid en förändring i kategorin ”låg” social integration i Upplands Väsby – det är något färre som återfinns i denna grupp efter projektstart. Tillsammans med att det samtidigt är något fler som återfinns i kategorin ”hög” integration, kan det innebära att projektet lett till att nya grupper sökt sig till mottagningen, grupper som tidigare i första hand vänt sig till andra än socialtjänstens missbrukarvård. En reservation bör här göras – eftersom populationen visats vara något äldre i Upplands Väsby än i andra kommuner är ett rimligt antagande att det handlar om fler riktigt mycket äldre alkoholmissbrukare som data fångat in. Dessa tenderar att ha kvar sina sociala nätverk, bostad et cetera, i högre utsträckning är de yngre, särskilt narkotikamissbrukare. Måttet på deras sociala integration kan därmed bli högre, trots allvarliga missbruksproblem.

I Upplands Väsby går det alltså att urskilja en något högre andel socialt integrerade personer, samtidigt som deras missbruksproblem verkar ha ökat genom att antalet problemdagar rapporteras vara högre här än i andra kommuner. Det är också en grupp där en hög andel lider av psykisk ohälsa, vilket indikeras av att de medicinerar mot detta i högre utsträckning än i andra kommuner. Vi återkommer till just denna grupp nedan.

#### *Sammanfattning*

Organisationsförändringen syftade till att tillgängliggöra missbruksvården för invånarna i Upplands Väsby. Av ASI-data framkommer att det finns indikatorer på att mottagningen i något ökad utsträckning nått både en äldre population, särskilt kvinnor, med alkoholproblem, samtidigt som också fler yngre med framförallt narkotikaproblem nåtts. Det handlar om människor med både stora missbruksproblem om vi utgår från antalet ”problemdagar”, och som lider av psykisk ohälsa/funktionsstörningar.

#### **- Missbrukare med psykiska funktionsnedsättningar**

Från en inventering 2008/2009 av personer med psykiska funktionsnedsättningar i nordvästkommunerna (Piuva&Åberg, 2009, bilaga 2) kan frågor som berör missbruk belysa vilka skillnader som går att identifiera i Upplands Väsby, jämfört med de övriga nordvästkommunerna. Två frågor i NSSQ-formuläret (Need of Support and Service Questionnaire) ställs om en person tidigare missbrukat eller varit beroende av alkohol eller droger, samt om denna person genomgår behandling eller har behov av behandling för detta.

<sup>5</sup> Måttet avser antal sociala resurser som saknas hos klienterna. Exempel: en person med hög social integration saknar inga av de nämnda fem sociala resurserna (se sidan sju)

Totalt 282 personer ingår i kartläggningen i Upplands Väsby. Av dem kände uppgiftslämnarna, huvudsakligen psykiatrin, till att drygt var femte (22 %) har haft missbruksproblem för mer än ett år sedan. Motsvarande siffra för Sundbybergs kommun är var fjärde person (26 %). Var tredje person i denna population född på 1970-talet har ett tidigare känt missbruk

29 personer, det vill säga var tionde (10 %) i Upplands Väsby-populationen, var i behandling eller hade behov av behandling för missbruk eller beroende. 8 % hade pågående behandling för beroendeproblem. En jämförelse med Solna och Sundbyberg visar dels att denna siffra inte skiljer sig från de andra kommunerna, dels att i Upplands Väsby är det färre som inte får sina behov av vård för missbruk/beroende tillgodosedda. 4 % av hela populationen behövde dock mer eller en utvidgad insats för detta.

Könsfördelningen i denna grupp är lika, nästan samtliga är arbetslösa och utbildningsnivån skiftar. Bara ett fåtal klarar att sköta sin ekonomi utan hjälp och de bor ensamma i högre grad än övriga, samtidigt som de har eget boende i lägre utsträckning än normalpopulationen. Personer som ingår i denna grupp har oftast ett psykosrelaterat funktionshinder eller ett funktionshinder, relaterat till personlighetsstörning. Tre personer har hemmaboende barn.

Det är sannolikt, men det vet vi egentligen inget om, att en del av de personer som ingår i psykiatrikartläggningen också ingår i den grupp som det här studerade projektet omfattar. Men det finns ändå anledning att i framtiden utveckla samarbetsformerna mellan de olika huvudmännen för denna grupp, särskilt för de yngre. En slutsats som kan dras från kartläggningen av personer med psykiska funktionshinder i nordvästkommunerna, är just att de yngre grupperna ofta har ett neuropsykiatriskt funktionshinder, vilket riskerar att bli förbisett inom missbrukar- och beroendevården.

### - Brukarundersökning

Syftet med denna delundersökning är att studera hur klienterna/brukarna uppfattat insatserna som Mottagningsgruppen erbjuder. FoU-Nordväst utformade en intervjuguide, som omarbetades i kommunen, som också själv svarade för urval och genomförande. Data samlades in via ett strukturerat intervjuformulär med slutna svarsalternativ (se bilaga 3). Intervjuerna genomfördes via telefon under mars månad 2009.

Urvalet och avgränsningen bestod av de 61 klienter som mottagningsgruppen haft kontakt med och avslutats under perioden 070701 – 080630. Bortråkade är avlidna samt personer som mådde dåligt psykiskt. Åldersfördelningen och kön framgår av följande tabell:

**Tabell 3.** Klienterna ålder efter kön uppdelat i tre ålderskategorier, andel i % (n=61)

Ålder	män(n=36)	kvinnor(n=25)	alla
40 – 49	36	24	31
50 – 59	47	40	44
60 – 69	17	36	15
Total	59	41	100

Den största åldersgruppen som ingick i mottagningsgruppen år 2008 är mellan 50 och 59 år. De kvinnliga klienterna är proportionerligt sett äldre än de manliga, en högre andel är 60 år

eller äldre, jämfört med männen. Däremot är den äldsta personen en 68 årig man. De två yngsta är också män, 42 år.

Av noteringar i registerdata framgår att 14 personer utretts för LvM-omhändertagande och att sex personer hänförts till socialpsykiatri. Slutligen framgår att två kvinnor och en man är avlidna, totalt 5 % av hela populationen.<sup>6</sup>

Tjugoen (34 %) klienter listades för telefonintervju, kontakt togs med 17 personer av de listade. Tolv (20 %) personer har besvarat enkät. Urvalspopulationen fördelar sig enligt nedan:

**Tabell 4.** Urval för intervju, efter ålder & kön, andel i % (n=21)

<u>Ålder</u>	<u>män(n=15)</u>	<u>kvinnor(n=6)</u>	<u>alla</u>
40 – 49	27	(33)	29
50 – 59	60	(50)	52
60 – 69	13	(17)	14
<i>Total</i>	77	(29)	100

Drygt hälften av de personer som ingår i urvalet tillhör åldersgruppen 50 till 59 år, en något högre andel än i hela populationen. Dessutom utgörs urvalsgruppen till drygt tre fjärdedelar av män, trots att de i hela populationen utgör en lägre andel. Bortfallet utgörs av 8 män och en kvinna, 43 %, vilket utgör mer än hälften av alla män i urvalet. Sju män och fem kvinnor har således intervjuats via telefon.

Möjligheterna att tolka resultatet begränsas av flera faktorer. Personer med stora livsproblem och komplexa vårdbehov riskerar att vara underrepresenterade. Dessutom handlar det om en mycket liten population. Dessa faktorer leder till att data ska tolkas med stor varsamhet. Det finns emellertid en del intressanta resultat, som kan leda till reflektioner och överväganden inför det fortsatta arbetet med projektets målgrupp.

Mottagningsgruppen ska erbjuda människor möjlighet att självmant komma till socialtjänsten för att få hjälp och stöd för problem med missbruk. I det material vi här studerar rapporterar de flesta att de fått kontakt med Mottagningen via en socialsekreterare.

**Tabell 5.** Hur man fått kontakt med mottagningen, antal (n=12)

Via socialsekreteraren	8 personer
Via vänner/familj	1
Tog kontakt själv	2
Läkare på Ber.mott	1

Huvudsaklig orsak till att de intervjuade kom i kontakt med Mottagningen var att de önskade hjälp med sitt missbruk, vilket 11 personer angav. Även hjälp med sitt ”psykiska” respektive ”fysiska mående” angavs. Två personer angav att de ville ha hjälp med allt detta, en bara med sitt ”psykiska mående”. Vilken hjälp de rapporterar att de erhållit framgår nedan:<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Alkohol- och drogrelaterad dödlighet i förortskommuner är 3,4 män/10 000 innevånare, 0,7 kvinnor/10 000 (FHI, 2009)

<sup>7</sup> Slutna svarsalternativ har angivits i formuläret

**Tablå 1.** Vilken hjälp de intervjuade erhållit, antal svar (n=12). Flera svarsalternativ möjliga

- Fenix (12-stegsbehandling/AA-program)	10
- individuella samtal	7
- CRA	4
- behandlingshem	4
- bostad (96:an)	3
- annat boende	1
- annat	1

Tio personer rapporterar att de erhållit två insatser eller mer, därav fem som erhållit minst tre insatser. Är de då nöjda med de insatser som erbjudits? Tre slutna svarsalternativ gavs.

**Tabell 6.** Om de intervjuade är nöjda med insatser, antal (n=12)

Helt nöjd	10 personer
Delvis nöjd	2
Inte alls nöjd	-

De som besvarat enkäten är alltså nöjda med den hjälp de fått, vilket i och för sig inte är så anmärkningsvärt. Det är vanligt att klienter/brukare oftast svarar så när de ställs inför denna typ av frågor. En öppen följdfråga ställdes, om det fanns något de saknade. Sju personer anger sådana exempel:

- att det behövdes tid för fler samtal
- att det skulle gå fortare att få lägenhet/bostad
- att det behövs mer personligt stöd
- att AA inte är bra, att sammansättningen av gruppen består av människor med olika typ av missbruk - att det blir lite "lekstuga"
- var tvingad att gå på AA-möten, tyckte inte om det, mådde dåligt av det
- (tog) för lång tid för läkarbesök
- ville gå på eftervården direkt efter (behandling på) Fenix, men på grund av återfall blev detta uppskjutet
- (att personalen skulle vara mer) lyhörda - lyssna mer på patienten

Sju av de tolv som besvarat enkät har en del i övrigt att önska i kontakten med mottagningsfunktionen. Det tema som är mest framträdande är en sorts bristande flexibilitet, ett intryck av att de svarande uppfattat att de behövt något mer eller annat än de insatser de genomgått. Framförallt tycks det handla om en önskan att få mer kontakt med handläggarna: mer tid, mer personligt stöd och en högre grad av lyhörddhet.

Det som egentligen är mer intressant är i vilken utsträckning de intervjuade rapporterar att problemet förändrats, om missbruksproblemen minskat. Frågan som ställdes var "Hur ser Din situation ut idag?" Tre slutna svarsalternativ gavs.

**Tabell 7.** Missbruk idag, antal (n=12)

Oförändrat missbruk	--
Minskat missbruk	5
Inget missbruk	7

Fem personer rapporterar alltså att de minskat sitt missbruk, sju att de inte har något missbruk alls längre. Ingen rapporterar att det ser likadant ut som tidigare. Detta resultat är förväntat, men det blir mer intressant om vi ställer det mot hur de intervjuade beskriver förändringen. Frågan ställdes, hur den intervjuade mådde före respektive efter kontakt med mottagningen på en skala mellan 1 – 10, där ”1” står för *mycket dåligt* och ”10” för *mycket bra*.

**Tabell 8.** Hur de intervjuade anger att de mådde före kontakt med Mottagningen och hur de mår idag – förändringen på en skala mellan 1 – 10, antal personer (n=12)

<u>Placering på skalan</u>	<u>Då</u>	<u>Nu</u>
1 – 3	9	--
4 – 7	3	4
8 – 10	--	8

Nio personer placerar sig mellan 1 – 3 på skalan, vilket tolkas som att de mådde mycket dåligt före kontakten. Tre personer placerar sig mellan 4 – 7 på skalan. Åtta personer placerar sig idag mellan 8 – 10 på skalan och fyra mellan 4 – 7. Det innebär att alla rapporterar viss förbättring. Sju personer anger stor förbättring genom att de placerar sig så att skillnaden före/efter blir mellan 6 till 9 antal skalsteg. Fem personer placerar sig så att skillnaden blir mellan 3 och 5 antal skalsteg, vilket tolkas som att de uppfattar en mindre/viss förbättring.

Återigen – detta är förväntat, men ställer vi samman resultaten med förändring av missbruket framkommer följande.

**Tabell 9.** Rapporterad förändring av hur man mår relaterat till rapporterat missbruk idag, antal personer (n=12)

<u>Förändring på skalan</u> <u>- antal skalsteg</u>	<u>Minskat missbruk</u>	<u>Inget missbruk</u>
+ 3 – +5	4	2
+ 6 – +9	1	5

De fem personer som rapporterar att de mår avsevärt mycket bättre, här tolkat som en förskjutning på den tiogradiga skalan mellan sex till nio skalsteg, rapporterar att de inte längre har något missbruk. De som rapporterar minskat missbruk, uppvisar inte riktigt samma stora ”kliv” på skalan – deras förskjutning ligger mellan tre till fem skalsteg, även om också de rapporterar en viss förbättring.



### *Sammanfattning – vad säger data?*

Trots de metodologiska implikationerna med ett litet och möjligen snedvridet urval kan ett par iakttagelser göras. Den första är att de allra flesta av de intervjuade rapporterar att de kommit i kontakt med mottagningen *via* en socialsekreterare. Det innebär att de redan hade kontakt med socialtjänsten innan. Om mottagningen ska vara en funktion som ökar tillgängligheten i betydelsen att det ska vara lätt att ta direktkontakt med verksamheten, så är frågan om detta verkligen fungerat så. Detta resultat kan i och för sig vara en effekt av att projektet var nystartat och därför inte känt bland kommuninnevånarna. Men ska mottagningen framgent vara en öppen mottagning för människor som vanligtvis inte söker sig till socialtjänsten av olika skäl, bör utvecklingen följas upp med frågor om via vilka vägar människor kommer till mottagningen. Informationsinsatserna kanske behöver förstärkas, till exempel till primärvård eller frivilligorganisationer.

En annan iakttagelse är att tio av de tolv intervjupersonerna anger att de har genomgått ett AA-program, samtidigt som det kommenteras i ett par svar att detta inte uppfattas som optimalt. AA-program och individuella samtal tycks utgöra den huvudsakliga insatsarsenal i projektet, även om CRA (Community Reinforcement Approach) och bostadslösningar nämns.

Målsättningen i projektet är att människor som kommer till mottagningen ska erbjudas metoder som är evidensbaserade. AA-program ingår också i den metodarsenal som har visats vara verksam (Nationella riktlinjerna, SoS 2007). Samtidigt vet vi inte utifrån data vi förfogar över i denna studie hur programmet är upplagt. Eftersom det finns ett par negativa kommentarer som gäller AA-programmet kan det vara angeläget att se över hur detta program har utvecklats. Samtidigt är det att notera att sju av de intervjuade klienterna efterfrågar mer personliga samtal. Slutligen är det fyra personer som rapporterar att de genomgått CRA – en insats som är särskilt väl lämpad för den målgrupp som mottagningen vänder sig till (Blomqvist, 1999). En slutsats kan möjligen vara att projektet fortfarande är i sin linda under 2008 och successivt förs nya arbetsmetoder och –modeller in, men att det finns gamla strukturer kvar.

Slutligen ska här nämnas något om ”förbättringen”. Alla de intervjuade rapporterar en förbättring, att de missbrukar mindre eller helt har slutat missbruka samt att de mår bättre. Det finns flera faktorer att ta hänsyn till i denna fråga. För det första är frågan om detta resultat är stabilt – det vill säga om de intervjuade rapporterar samma sak också två eller tre år senare. Det är alltså en fråga om tid – att direkt efter avslutad behandling är det mer sannolikt att en förbättring rapporteras, men vad händer sedan? Det är önskvärt att detta följs upp inom verksamheten efter en längre.

En annan fråga är vad svarsalternativet ”inget missbruk alls” betyder. Vad är det intervjupersonerna svarar på? Att de helt slutat använda alkohol eller droger, eller att de övergått till något som de betraktar som normalt bruk, något som de själva inte betraktar som *missbruk*? Denna fråga rör reliabiliteten i undersökningen, det vill säga att svaret kan betyda att de avstår helt från alkohol och/eller droger, men det behöver inte vara så. Deras svar kanske i lika stor utsträckning skulle kunna vara att de minskat sitt missbruk, beroende på vilken definition som används.

Det mest intressanta med frågorna om missbruket idag och hur de intervjuade rapporterar att de mår är emellertid något helt annat. Ställer vi samman resultatet får vi följande modell:

**Tablå 2. Modell för möjligt utfall**

	<i>Jag mår något bättre</i>	<i>Jag mår mycket bättre</i>
<i>Jag har minskat mitt missbruk</i>	A	B
<i>Jag har slutat missbruka</i>	C	D

Jämför vi denna modell med vad de intervjuade rapporterar, presenterat i tablå 2 ovan, framgår att de som värderar den större förbättringen av hur de mår, också i större utsträckning rapporterar att de slutat missbruka. Deras svar hamnar i ruta D. De som rapporterar en viss förbättring och att de minskat sitt missbruk hamnar i ruta A.

Poängen är att denna modell mycket väl skulle kunna användas som ett pedagogiskt instrument i motivationsarbetet vid mottagningsgruppen. Det vill säga att socialarbetarna i Upplands Väsby kommun kan säga till sina klienter att vi vet att det finns ett samband mellan att människor mår bättre om de minskar sitt missbruk. Modellen skulle också kunna användas så att klienten själv sätter upp målet. Ska han/hon sträva mot A eller D – för att sedan följa upp resultatet – vad blev utfallet?

#### **– Vårdkedja - fem cases**

I kommande avsnitt studeras om arbetsformerna och behandlingsutbudet på hemmaplan anpassats att motsvara behoven hos de målgrupper som Resursenheten för vuxna/mottagningen möter.

Av projektets slutrapport, daterad 090415, framgår att avsikten varit att skapa en ”optimal” behandlingskedja (sid 13). En eftervårds-/behandlingssamordnare, en så kallad case manager, tillsattes för målgruppen tunga missbrukare och personer med substitutionsbehandling. Av redovisningen framgår att samordnaren har

- sökt upp, motiverat och följt upp enskilda personer i målgruppen
- utfört kognitivt manualbaserat behandlingsarbete (CRA)
- haft regelbunden kontakt med metadonverksamheten vid Beroendecentrum Stockholm
- givit praktiskt stöd i myndighetskontakter
- samordnat insatser runt den enskilda

Av rapporten framgår att ”--- eftervårdsfunktionen innebär att man redan i inledningsskedet av behandlingen börjat planera för hur det ska se ut för den enskilde efter behandlingen.” (sid 13). I bilaga 4 (sid 32) beskrivs fem fall som ska illustrera vilka kostnadsminskningar detta lett till. Dessa fem exempel, eller cases, belyser med vissa kompletterande uppgifter från intervju med projektgruppen, vad som har varit *nytt*, vad som gjorts annorlunda jämfört med tidigare för denna målgrupp.

De fem casen utgörs alla av män. Här återfinns två personer i tjugooårsåldern, en åldersgrupp som inte finns redovisad i tidigare material (se ovan). Den yngste 20 år och den äldste 60 år. Alla har en lång missbrukshistoria bakom sig. Följande tablå visar gruppens sammansättning:

**Tablå 3. Fem case/fall som samordnaren arbetat med**

Case nr/ Ålder	preparat	ohälsa		bostad	Tid. insats	Försörj	Övrigt
		Fys	Psyk				
1. 60 år	Alkohol	Ja	ja	ja	4 LvM	??	Soc väletablerad
2. 50	Opiat/inj	--	ja	nej	metadon	kriminalitet	Stora skulder
3. 30	Hasch/alk	--	ja	??	öppenv	arblös	Fam missbruk
4. 25	Hasch/alk	--	??	nej	Socbidr/öv	kriminalitet	famhemsplac
5. 20	Nark/alk	--	ja	nej	Beh.hem	kriminalitet	ADHD-diagn

Alla fem männen har utretts av socialsekreterare, som tillsammans med var och en formulerat ett tydligt uppdrag, dokumenterat i en uppdragsblankett. Intervjuer med projektgruppen om varje fall visar att *det nya*, det som gjorts annorlunda gentemot tidigare, är *samordningen* och att kontakterna med klienterna har varit tät. Detta är också själva avsikten med case managerns uppdrag, men i dessa fall blir det uppenbart att det är många olika funktioner som ska samordnas - VDC, psykiatri, äldreomsorgen, skuldsanerare, arbetsmarknadsenheter, inackorderingshem, till exempel.

I det nya ligger också att kontakten mellan klient och samordnaren/CM är tät och att den bygger på klientens behov, vilket exemplifieras med följande uttalande om case nummer 5:

*"--- att möta honom där han är, det tar tid - om LvM kommer upp – då drar han, mer MI-tänk, att möta honom där han är, förstärka vad som är bra".* (utsaga från iv med projekt-/arbetsgruppen)

Det gäller att *"--- få ihop det"*, att kombinera en tät stödkontakt med att följa med till olika ställen, till exempel arbetsmarknadsenhet. Det kräver motivationssamtal, "coachning" och ibland terapeutiska samtal, vilket i case nummer 3 lett till drogfrihet och en OSA-anställning. I case nummer 4 har eftervård efter behandlingshemsvistelse inneburit bostad på inackorderingshem, "arbetsmarknadscoaching" och placering på en praktikplats.

I case nummer 1 har case managern träffat klienten upp till tre gånger per vecka, vilket projektgruppen bedömer som en *"intensiv kontakt"*. På grund av mannens dåliga hälsa har samarbetet inletts med äldreomsorgen och VDC/primärvården. Projektgruppens bedömning är att denna man efter sitt senast återfall och ytterligare ett LvM-omhändertagande ändå kunnat komma hem till bostaden efter kortare tid jämfört med tidigare, liksom att man kunnat förebygga och undvika sjukhusvård.

Att tätheten i kontakten tycks vara avgörande framgår också av case nummer 2. Efter ett liv fyllt av droger och kriminalitet har denna man för första gången på tjugoo år en egen bostad, har via eget initiativ fått en provanställning som lett till anställning, påbörjat skuldsanering, fått ett socialt nätverk och medicinerar kontinuerligt inom metadonprogrammets ram.

Sammanfattningvis visar beskrivningarna av dessa fall att

- täthet och kontinuitet i kontakten mellan klient och samordnare tycks vara avgörande för utfallet. Med täthet avses kontakt flera gånger i veckan
- vikten av att vänta tills klienten är redo för att förändra något utan att för den skulle släppa kontakten
- att erbjuda stöd också i betydelsen att följa med till olika funktioner
- att ”stå kvar” också vid klientens misslyckande och eventuella återfall

### – Personalenkät – utbildning och arbetsmetoder

I följande avsnitt redovisas de delar av baslinjeenkäten som fokuserar på vilka utbildningar personalen rapporterat att de genomgått, vilka behandlingar och metoder som de uppger att de använder i arbetet och vilka övriga insatser som de anger att de erbjuder klienten.

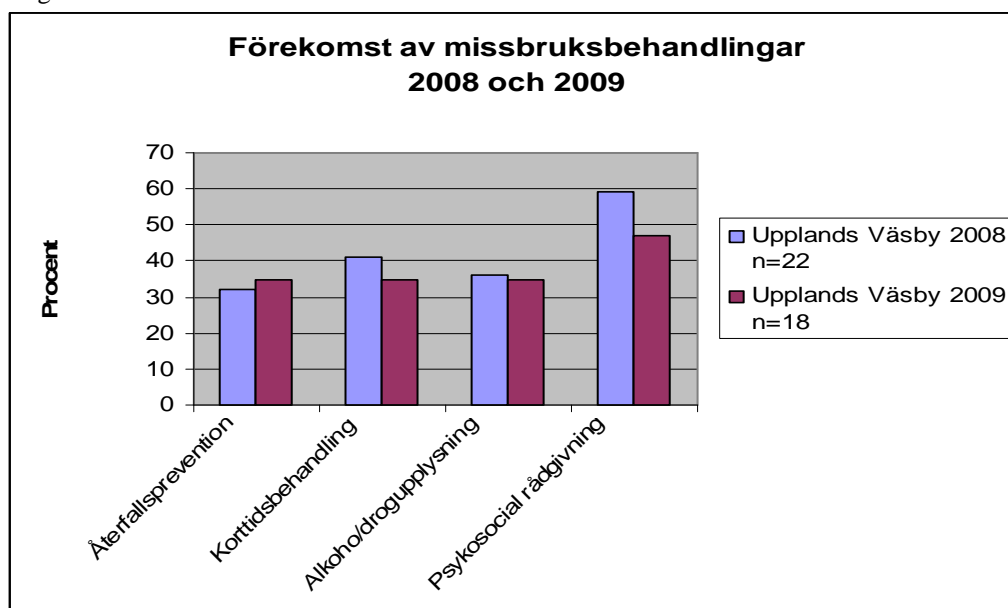
I en kompletterande ansökan om utvecklingsmedel till Länsstyrelsen i Stockholms län underströks behovet av att utbilda personal i behandlingsmetoder som är särskilt lämpade för ”tunga missbrukare” (Sandström, 2006). Resursenheten för vuxna i Upplands Väsby har sedan många år tillbaka ett 12-stepsprogram, men nu bedömdes det angeläget att bredda behandlingsutbudet i kommunen.

I ”Framtidsvisioner” (Lindström, 2007-11-14) rapporteras att all personal har utbildats i Motivational Interviewing (MI) och Community Reinforcement Approach (CRA). I baslinjeenkäten år 2008 rapporterar åtta personer att de har utbildning i CRA. Vid uppföljningen år 2009 har nio personer utbildning i CRA och en i kognitiv beteende terapi (KBT). 15 personer av 22 rapporterar 2008 att de har utbildning i MI. År 2009 hade 17 personer av 18 utbildats i detta.

*Vilka behandlingar erbjuds?*

Behandlingsformerna som personalen anger att de erbjuder kan schematiskt delas upp i återfallsprevention, korttidsbehandling, alkohol/drogupplysning samt psykosocial rådgivning.

Figur 3

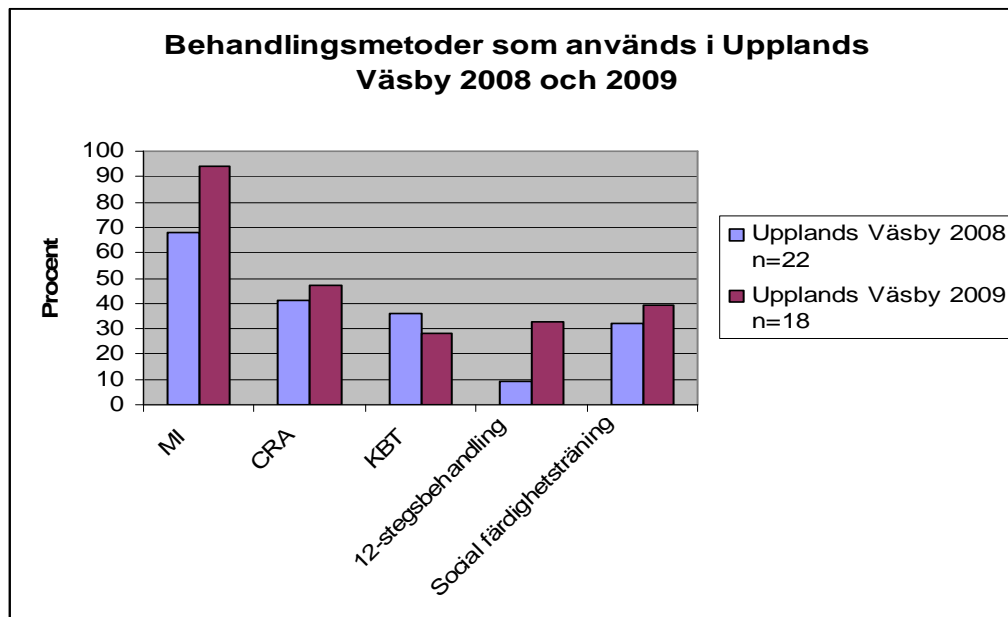


Nästan hälften av de svarande rapporterar att de arbetar med psykosocial rådgivning. Innehållet i rådgivningen varierar, beroende på klientens situation. Ett mångårigt missbruk har oftast fått konsekvenser för klientens fysiska och psykiska hälsa, familj, arbete/studier och ekonomi. Noterbart är dock att personalen i lägre utsträckning anger att ägnar sig åt psykosocial rådgivning år 2009, jämfört med året innan.

#### Vilka behandlingsmetoder används?

Nedan redovisas de behandlingsformer som personalen anger att de arbetar med mest frekvent på mottagningen och Resursenheten för vuxna 2008 och 2009.

Figur 4



MI, som ovan benämns som en behandlingsmetod, ses egentligen mest som "ett förhållnings-sätt" i förhållande till klienten. En betydligt högre andel av personalen rapporterar år 2009 att de tillämpar detta förhållningssätt, både under utrednings- och behandlingsfasen - drygt nio av tio. Men det som är mest anmärkningsvärt är att andelen som år 2009 rapporterar att de erbjuder klienter att genomgå 12-stegsbehandling, ett program som drivs i egen regi inom Resursenheten för vuxna, ökar mest i denna kategori jämfört med 2008 - mer än 20 %-enheter.

En något högre andel av personalen, jämfört med 2008, tillämpar även CRA i klientarbetet. Samtidigt är det att notera att "social färdighetsträning" är frekvent förekommande i ökande utsträckning. Träning i olika "sociala färdigheter" är också viktiga inslag, särskilt inom CRA.

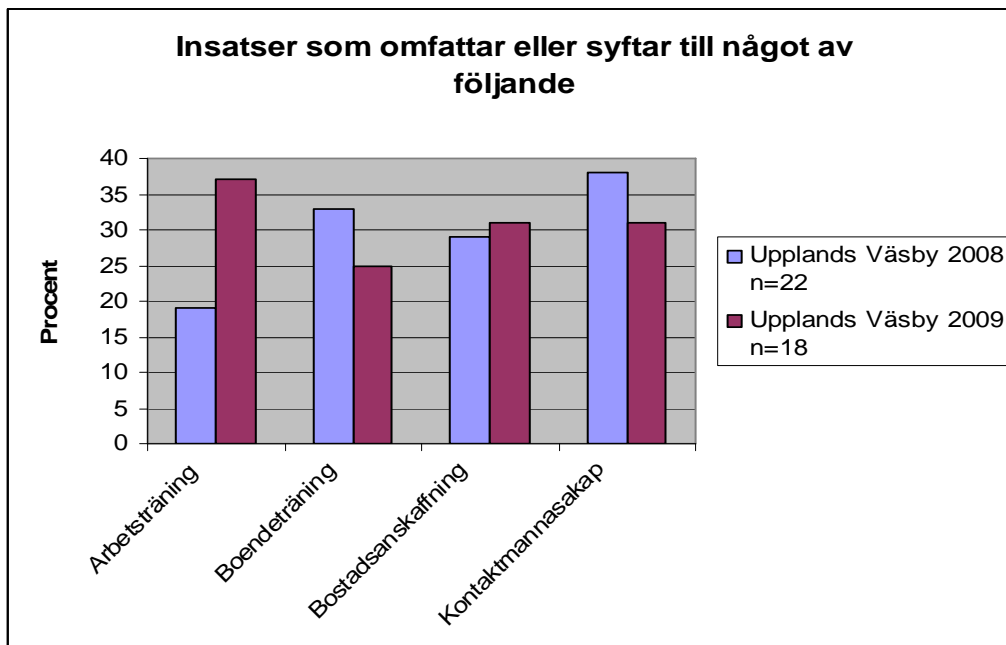
CRA är en behandlingsmetod som utformats särskilt för målgruppen med långvariga missbruksproblem och stora sociala svårigheter. Viktiga inslag är *dels* att klienten utbildas i olika färdigheter/strategier som syftar till att de skall lära sig att hantera missbruket, *dels* att systematiskt tillvarata och stärka de "naturliga krafterna" i individens livsmiljö. Avsikten är att stödja klienten i att på hemmaplan finna sammanhang (boende, arbete, förmedling av kontakt med frivilligorganisationer som AA/NA, Länkarna, Ria och så vidare) som kan hjälpa till att understödja nykter/drogfriheten.

### Övriga insatser

Personer som kommer i kontakt med mottagningen har alltså i allmänhet långvariga missbruksproblem och stora sociala svårigheter. En stor del av arbetet består således av praktiska arbetsuppgifter som *inte* rubriceras som regelrätt behandling men som är värdefulla för klienten – så kallade ”övriga insatser”.

Vad är innebörden i begreppet ’övriga insatser’? Dels handlar det om att erbjuda personligt stöd, någon att prata med, dels insatser som är mer praktiska. Viktiga byggstenar inom psykosocial rådgivning är förutom samtal, *boendeanskaffning*, *boendeträning*, *arbets-  
träning/praktik* samt *kontaktmannaskap*.

Figur 5



Var tredje person som besvarat enkät rapporterar att en inte oväsentlig del av deras arbete består i sådant som ryms inom kategorin ’övriga insatser’. Mellan åren 2008 och 2009 minskar emellertid frekvensen av hur ofta de rapporterar detta när det gäller boendeträning och kontaktmannaskap. Arbets träning, däremot, är en insats som mer än dubbelt så många av personalen år 2009 rapporterar att de arbetar med, jämfört med 2008.

Som tidigare nämnts har personalen rapporterat att de använder CRA. En förklaring till att personalen i ovanstående figur rapporterar en hög grad av utnyttjande av insatser som arbets träning och bostadsanskaffning är, att de utgör kompletterade inslag till CRA. Ett tryggt boende och arbets träning ses som nödvändigt för att stödja klienten i att upprätthålla den nyvunna drogfri/nykterheten

### Sammanfattning

Personalen rapporterar att de är utbildade i evidensbaserade metoder och säger sig använda de metoder som rekommenderas i de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. I synnerhet anges att MI används, en metod som uppges vara tillämpbar både under utredningsarbetet såväl som i behandlingsarbetet, om än mer som ett förhållningssätt. Vidare rapporteras att CRA som behandlingsmodell används i ökande utsträckning. Denna behandlingsmodell har också visats vara särskilt anpassad för klienter med långvariga

missbruksproblem och stora sociala svårigheter (Lindström 1994, Smith & Meyers 1995, Blomqvist 1999). Men den behandlingsmetod som personalen rapporterar att de i avsevärt mycket högre utsträckning använder år 2009, jämfört med 2008, är 12-stegsbehandling. Ökningen av andelen som anger detta är drygt 20 %-enheter.

Renodlade behandlingsinsatser utgör en begränsad del av arbetet, även om dess betydelse tycks ha ökat. Personalen rapporterar att en inte oväsentlig del av deras arbete består i 'övriga insatser'. Huvuddelen rapporteras vara stödjande samtal, boendeanskaffning, boendeträning, arbetsträning/praktik samt förmedling av kontaktmannaskap. Däremot kan konstateras att dessa insatser totalt sett minskat i omfång, med ett undantag. Den enskilt största 'övriga insats' som rapporteras ökat det senaste året är arbetsträning.

## 5. Slutsatser och diskussion

### *Inledning*

För att öka tillgängligheten inrättades 2007 en mottagning för alla klienter i behov av missbruksvård, med telefontider 5 dagar i veckan, nybesökstid inom 1 – 2 dagar samt utarbetad vårdplan inom 3 - 4 veckor. Rådgivning och stöd skulle också ingå i arbetsuppgifterna liksom en första bedömning och brådskande missbruksutredningar. Arbetsformerna för att nå de "tunga missbrukarna" skulle ses över i avsikt att skapa en optimal behandlingskedja för gruppen. En eftervårds/behandlingsamordnare, en så kallad case manager, tillsattes. Vid första mötet med klienten skulle planeringen påbörjas.

Missbrukspersonalen utbildades i metoder, som rekommenderas i "Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård" (SoS, 2007). Framför allt skulle personalen utbildas i metoder som är tillämpbara/verksamma i arbetet med "tunga missbrukare".

I denna uppföljning har data från olika källor använts för att i görligaste mån försöka utröna om målen för projektet uppfyllts, här operationaliserat i fem syftesformuleringar. Nedan sammanfattas först resultaten i korthet, följt av en diskussion.

### *Slutsatser i korthet*

Projektet *Evidensbaserad missbruksvård i Upplands Väsby kommun* har bestått av olika delar vilka sammantaget syftade till att utveckla missbruksvården. Efter genomgång av tillgängliga data är följande slutsatser rimliga att dra.

### Har målgruppen nåtts?

Organisationsförändringen i Upplands Väsby syftade alltså till att bättre tillgängliggöra missbruksvården för invånarna. Jämförelse mellan nordvästkommunerna och år visar att i Upplands Väsby arbetar socialtjänsten i ökande utsträckning med en mycket utsatt missbrukargrupp. Gruppen består dels av fler äldre kvinnor, dels en högre andel yngre narkotikamissbrukare, jämfört med andra kommuner. Gruppen som får läkemedel för psykiska problem har också ökat mer här. Det handlar således om människor med både stora missbruksproblem och som lider av psykisk ohälsa/funktionsstörningar.

Resultatet anger att projektet uppnått målet avseende målgruppen. Däremot är det sannolikt så att under första projektåret har inte så många klienter kommit på eget initiativ, eftersom de klienter som intervjuats kom i kontakt med mottagningen via en socialsekreterare. Frågan är alltså vilken information som gått ut till invånare i Upplands Väsby.

### Fungerar vårdkedjan fungerar på ett ”nytt” sätt?

Genomgången av de fem ”casen”, där en case manager fungerat som samordnare, tillsammans med att personalen rapporterar att de arbetar mer med CRA, social färdighetsträning och i synnerhet arbetsträning, anger att det handlar om nya eller snarare förändrade strategier för den här aktuella målgruppen. Genom att socialsekreterarna på mottagningen inte själva förfogar över resurser som bostäder eller arbetspraktikplatser, indikerar resultaten att de har upparbetat kontakter med andra funktioner som ingår i vårdkedjan. Vad vi däremot inte vet – utöver i de fem ”casen” – är om vårdkedjan nu är mer hållbar i andra sammanhang, till exempel när en person som vistas på institution kommer tillbaka till hemkommunen.

### Vad är brukarnas värdering av kontakten med mottagningsgruppen?

Tolv klienter intervjuades per telefon. Även om det handlar om ett litet urval, sannolikt snedvridet, kan ett par iakttagelser göras. Tio av tolv har genomgått ett 12-program, fyra personer har behandlats inom ramen för CRA. Alla som intervjuats rapporterar att de vid intervjutillfället mår bättre och har slutat eller minskat sitt missbruk.

Även om alla är nöjda med insatser de erhållit, har sju av de tolv kritiska kommentarer. Ett tema tyder på en sorts bristande flexibilitet. Ett annat framträdande tema är en önskan om att få mer kontakt med socialsekreteraren, mer tid, mer personligt stöd och en större lyhörighet.

### Har personalen utbildats i andra metoder de inte hade kompetens för tidigare?

Svaret på denna fråga är entydigt ”ja”.

### Rapporterar personalen att de använder andra metoder jämfört med tidigare?

Även på denna fråga är svaret ja, samtidigt som vi faktiskt inte vet hur och i vilka fall och med vilken frekvens de använder metoderna eller om det görs i enlighet med regelboken, om de är metodtrogna. Samtidigt som personalen rapporterar att de använder CRA i ökande utsträckning är det ändå användandet av 12-stegsprogrammet som svarar för den största ökningen tillsammans med arbetsträning. En väsentlig del av arbetsuppgifterna rapporteras utgöras av ”övriga insatser” – till exempel stödjande samtal eller insatser som rör bostadsfrågor.

### *Diskussion*

De så kallat tunga missbrukarna är inte någon ny klientgrupp för socialtjänsten. De har under många år utgjort missbrukarvårdens huvudsakliga klienter (Blomqvist, 1999). Därför är det svårt utifrån insamlat material värdera om förändringarna i organisationen haft betydelse. Det nya här är behandlingskedjan för ”de tunga missbrukarna” och inrättandet av en eftervårds-/behandlings-samordnare, en så kallad case manager. Utmärkande för eftervård/behandlings-samordnarens arbete har varit;

- täthet och kontinuitet i kontakten mellan klient och samordnare tycks avgörande för utfallet. Med täthet avses kontakt flera gånger i veckan
- vikten av att vänta tills klienten är redo för att förändra något utan att för den skull släppa kontakten
- att erbjuda stöd också i betydelsen att följa med till olika funktioner
- att ”stå kvar” också vid klientens misslyckande och eventuella återfall

En betydelsefull del i projektet *Evidensbaserad missbruksvård* var att utbilda personalen i metoder som rekommenderats i Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. I



synnerhet skulle personalen utbildas i metoder som bedömts anpassade och verksamma för ”tunga missbrukare”. Personalen rapporterar att de utbildats i MI och CRA, men det går inte att utläsa *hur* de använder sig av MI, det vill säga om det används metodtroget eller om samtalen de för med klienten endast är inspirerade av ”MI-tänk”. Vidare anger de att de använder behandlingsmetoden CRA. Samtidigt rapporteras att de använder den i kommunen sedan länge etablerade 12-stegsbehandlingen, men nu i ännu högre utsträckning.

Hur kommer det sig att personalen rapporterar att de använder sig av det ”nya”, det vill säga behandlingsmetoder som rekommenderas i riktlinjerna (SoS, 2007), samtidigt som de också rapporterar att de ökande utsträckning använder 12-stegsbehandling? I brukarundersökningen framgår också att flertalet klienter genomgått framförallt just denna.

Det finns en viss diskrepans mellan vad klienter uppger att de ”fått” och vad personalen uppger att de använder. En möjlig slutsats kan vara att CRA som behandlingsmodell fortfarande är i sin linda under 2008 och 2009 och att nya arbetsmetoder och –modeller successivt förs in, men att det finns gamla strukturer kvar. En annan möjlig slutsats är att 12-stegsbehandling redan finns som organiserat program i Upplands Väsby, medan CRA används på ett annat sätt av socialsekreteraren, direkt i mötet med klienten.

Ett annat viktigt resultat är att i brukarundersökningen lyfter brukarna fram att de vill ha mer individuella samtal i stället för den behandling som erbjuds. Framför allt efterlyser de en kombination. Personal anger i baslinjeenkäten att de i mindre utsträckning sysslar med psykosocial rådgivning jämfört med tidigare. Kan det vara så att psykosocial rådgivning/övriga insatser, inom vilket samtal inryms, inte betraktas som evidensbaserad behandling och därmed får underordnad betydelse eller ingen betydelse alls i den ”evidensbaserade era” som för närvarande dominerar inom missbruksvården?

Eftersom vi i denna studie egentligen inte vet vad missbruksarbetarna *gör* när de bedriver missbruksarbete – vi vet bara vad de *säger* att de gör – kan det också vara så att de besvarat frågorna i enkäten i linje med vad som kan kallas ”social önskvärdhet”? Det vill säga att de svarar som de tror förväntas, eftersom de utbildats i evidensbaserade metoder inom en organisation som kallar sig för evidensbaserad? Å andra sidan kan också deras svar återspegla en förväntningseffekt – något som ligger i linje med den diskussion som pågår inom forskarsamhället (se t ex Bergmark & Lundström, 2008). Det skulle i så fall betyda att missbruksarbetarnas svar återspeglar en förväntan på att de metoder de ska använda ska vara evidensbaserade, samtidigt som de fortsätter att göra samma saker som de gjort tidigare. Samtidigt tycks det som om de gör *mer* av det de gjorde tidigare, som en effekt av själva projektet, med särskilt ett undantag – psykosocialt stöd.

Är detta ett problem? Det kan det vara om det är så att missbruksarbetarna å ena sidan tror att de måste arbeta med vissa metoder i namn av att dessa är ”evidensbaserade”, om de därmed samtidigt undervärderar eller underskattar de redskap de redan besitter, till exempel i form av ett relationsbaserat socialt arbete. Det paradoxala är då, att just skapandet av en relation framstår som en faktor av största betydelse i det arbete, som case managern/samordnaren bedriver inom ramen för CRA-arbetet i detta projekt.

## Referenser

- Bergmark, A & Lundström T (2008). Evidensfrågan och socialtjänsten. *Socionomens forsknings supplement*, 3, 2008
- Blomqvist, J (1999). *Inte bara behandling – vägar ut ur alkoholmissbruket*. Stockholm: FoU-rapport 1999:16
- Folkhälsoinstitutet (2009). *Alkohol och drogrelaterad dödlighet*
- FoU-Nordväst. (2009). *Riktlinjeprojektet i Nordväst – Implementering av de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård genom integrerade studiecirklar*. Utvärderingsrapport. Sollentuna; FoU-Nordväst
- Lindström, L m fl (2000). *Behandling av alkoholmissbruk* (sid 158). CUS och Liber utbildning.
- Lindström, S (2007). *Framtidsvisioner – en kartläggning av utvecklingsområden och metoder i arbetet med ”tung missbrukare”* i Upplands Väsby kommun
- Lindström, S (2009). *Slutrapport: Evidensbaserad vård på hemmaplan*. Upplands Väsby: Individ och familjeomsorgen.
- Sandström, S (2006). *Komplettering till ansökan om utvecklingsmedel till vårdkedjor och vård överenskommelser inom missbrukarvården*. Upplands Väsby: Social- och omvårdnadsförvaltningen
- Smith, J E & Myers R J (1995) The community reinforcement approach. I Hester, R K Miller (red) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. Boston: Allyn and Bacon, ss 251-266
- Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Statens Offentliga Utredningar (SOU 2005:82). *Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling*. Fritzes
- Åberg, M & Piuva, K. (under utgivning). Prel titel: *Inventering av behov och insatser för personer med psykiskt funktionshinder*. Nordvästkommunerna och Psykiatri Nordväst

## Enkät till medarbetare inom socialtjänsten och beroendevården

---

### 1. Arbetsplats/enhet

.....

---

2. Huvudman  kommun  landsting

---

### 3. Vad är du anställd som?

.....

---

4. Din grundutbildning.....

-vidareutbildning.....

---

### 5. Verksamhetsform där du arbetar

- Reguljär verksamhet
  - Försöksverksamhet(tidsbegränsat projekt)
- 

### 6. Inom vilka av följande funktioner är du verksam? (flera alternativ kan väljas)

- Myndighet/utredning/beställare
- Behandling av missbruk/beroende
- Prevention av missbruk/beroende (förebyggande arbete)
- Andra insatser - vad?.....

## 7. Vilken typ av missbruk/beroende arbetar du med?

Alkoholmissbruk

- Opiatmissbruk (heroin, metadon, etc.)
  - Stimulantiamissbruk (amfetamin, kokain, ecstasy, kat, etc.)
  - Hallucinogen-/cannabissmissbruk (LSD, hasch, etc.)
  - Läkemedelsmissbruk (lugnande/sömngivande/smärtstillande medel)
  - Lösningsmedelsmissbruk (thinner, lim, etc.)
  - Dopningsmedelsmissbruk (anabola steroider, etc.)
  - Spelmissbruk
  - Annat, vad?.....
- 

## 8. Vilka av följande arbetsuppgifter, moment eller insatser utför du i ditt arbete?

(flera alternativ kan väljas)

### a) Utredning/diagnos

- Utredning/diagnos av missbruksproblem
- Utredning/diagnos av psykisk hälsa
- Utredning av social situation
- ASI
- Annat, vad?.....

### b) Provtagning/tester

- Alkomtertest
- Urinprov
- Alkoholmarkörer (leverprov etc.)
- STD-testning (sexuellt överförda sjukdomar)
- HIV-testning
- Hepatittestning

Annat, vad?.....

c) Missbruksbehandling

- Abstinensbehandling
- Alkohol-/drogupplysning
- Korttidsbehandling
- Psykosocial rådgivning ("råd och stöd")
- Strukturerad psykosocial behandling
- Miljöterapi
- Psykoterapi
- Psykofarmakabehandling
- Substitutionsbehandling
- Återfallsprevention
- Annat, vad

d) Insatser vid avslutning/utskrivning och i eftervård

- Planering inför avslutning/utskrivning
- Uppföljningssamtal efter utskrivning
- Remittering till annan vård
- Organisering av stödgrupper med f.d. klienter
- Förmedling av kontakt till självhjälps-stödgrupper
- Annat, vad.....

e) Uppsökande arbete (fältarbete)

- Uppsökande arbete (fältarbete)

f) Insatser som omfattar eller syftar till: (flera alternativ kan väljas)

- Skolutbildning
- Yrkesvägledning
- Arbetsträning
- Bostadsanskaffning
- Boendeträning
- Ekonomiskt bistånd
- Juridisk rådgivning
- Föräldraskaps-/samlevnadsutbildning
- Insatser mot familjevåld och andra övergrepp
- Krisbehandling
- Självhjälpsmanual (för missbruksproblem)
- Kontaktmannaskap
- Rekreativaktiviteter (sport, utflykter)
- ADL-träning
- Sjukgymnastik/fysisk träning
- Annat, vad.....

**9. Arbetar du med någon/några av följande målgrupper?** (flera alternativ kan väljas)

- Personer med missbruk och psykisk sjukdom/störning
- Personer med missbruk och somatisk sjukdom
- Kvinnor
- Gravida kvinnor/nyblivna mödrar
- Unga vuxna (18-24) med missbruk
- Rattfylleridömda personer
- Personer med missbruk och invandrabakgrund
- Personer med missbruk och förståndshandikapp
- Minderåriga barn till missbrukande föräldrar
- Anhöriga/närstående till personer med missbruk

**10. Behandlingsmetoder som jag använder** (flera alternativ kan väljas)

- Beteendeterapi
- Kognitiv beteendeterapi
- Dialektisk beteendeterapi
- Kognitiv psykoterapi
- Community Reinforcement Approach
- Dramaterapi/psykodrama
- Gestaltterapi
- Jagstärkande psykoterapi/stödterapi
- Psykodynamisk insiktsterapi
- Lösningfokuserad terapi
- Tolvstegsbehandling
- Motivational Enhancement Therapy (MET)
- Motivational Interviewing (MI)
- FRAMES
- Neurolingvistisk programmering (NLP)
- Social färdighetsträning
- Självhjälpsgrupper
- Socialpedagogisk ansvarsmodell
- Systemteoretisk modell
- Akupunktur
- Stresshantering/avslappningsövningar
- Läkemedelsassisterad behandling
- Annan/andra metoder



## Samverkan beroendevård - socialtjänst

### 11. Har du haft gemensam utbildning med socialtjänsten/SLL?

- Ja                       Nej

OM ja - vilken:.....

---

### 12. Har ni gemensam handledning?

- Ja

Om ja - vilken typ?.....

Om ja, Hur ofta under 2007 ?

- enstaka tillfällen     sporadiskt             regelbundet

- Nej
- 

### 13. Har ni gemensamma behandlingskonferenser?

- Ja

- Nej

OM ja- hur ofta?.....

---

### 14. Hur många gemensamma behandlingsplaner för klienter gjorde du tillsammans med socialtjänst respektive beroendevård under 2007?

- någon enstaka             2-5             6-10             11 eller fler
- 

### 15. Har ni andra gemensamma möten – till exempel

- dagliga morgonmöten
- gemensamma kafferaster
- andra sociala aktiviteter
- 

**Tack för din medverkan!**

UPPFÖLJNINGSGRÄNS-/TELEFONENKÄT

1. Hur fick du kontakt med mottagningen?

- a. via socialsekreteraren
- b. via vänner/familj
- c. tog kontakt själv
- d. annat.....

2. Vad ville du ha hjälp med?

- a. mitt eget missbruk
- b. någon annans missbruk
- c. stöd för anhörig
- d. mitt psykiska mående.
- e. mitt fysiska mående.
- f. annat.....

3. Vilken hjälp fick du?

- a. Fenix
- b. individuella samtal
- c. CRA
- d. behandlingshem
- e. boende; 96:an / Min Framtid /Försöksboende
- f. annat boende (externt)
- g. annat.....

4. Är du nöjd med den hjälp du fick?

- a. helt nöjd
- b. delvis nöjd
- c. inte alls nöjd

5. Vad det något som du saknade?

.....

.....

.....

.....

.....

6. Hur ser din situation ut idag?

Missbruk: a. oförändrat missbruk

b. minskat missbruk.

b. inget missbruk.

Försörjning: c. försörjningsstöd / tillfällig sjukpeng.

d. kan försörja mig själv.

Boende: e. bor hos vänner / bekanta

f. bor hemma hos föräldrarna

g. bor i 2:a handslägenhet

h. har försöksboende / utsluss

i. har eget bostadskontrakt

7. Hur mår du när du fick kontakt med mottagningen?

Mycket dåligt 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket bra

8. Hur mår du idag?

Mycket dåligt 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket bra