



# **Riktlinjeprojektet i Nordväst**

*- Implementering av  
De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård  
genom integrerade studiecirklar*

Utvärderingsrapport juni 2009  
(reviderad augusti 2009)



## Förord

I nordvästregionen i Stockholms län har ett hundratal missbruksarbetare från landstingets beroendevård och socialtjänsten tillsammans arbetat med *De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård* (Socialstyrelsen, 2007) i studiecirkelform. Arbetet ska ses som led i ett längre utvecklingsarbete, som syftar till att vård och behandling som erbjuds människor med missbruksproblem i nordvästra Stockholm skall bygga på beprövad erfarenhet, bästa tillgängliga kunskap samt den enskilde brukarens/klientens/patientens erfarenheter och önskemål – det vill säga en evidensbaserad praktik.

Föreliggande rapport har sammanställts av medarbetarna vid FoU-Nordväst - Anders Arnsvik, Jouko Lindgren och Alexander Björk. Baslinjeenkäten har sammanställts av Carina Gyllner. Ann Palm har ansvaret för rapportens slutliga utformning.

Länsstyrelsen vid Stockholms län har via bidrag finansierat och därmed gjort det möjligt att genomföra denna del av ett utvecklingsarbete, som vi hoppas kunna fortsätta med.

Sollentuna i juni 2009

*Ann Palm*

FoU-chef



## Innehållsförteckning

Sammanfattning	7
Inledning/Bakgrund	9
Riktlinjearbetet i nordväst tar form	9
Genomförandet	10
Studiecirklar – en modell för implementering	12
Sammanställning av observationer	12
- Metod	12
- Erfarenhetsbaserad kunskap	13
- Teoritraditioner - vetenskap kontra beprövad erfarenhet	14
- Organisering, specialisering, samverkan	16
- Vardagsarbetet i praktiken	18
- Manualbaserade metoder	21
- Gravida missbrukare	22
- Komplexa vårdbehov	22
- Brukarmedverkan	24
- Självläkning	24
- Alkoholpolitik	25
- Slutreflektion	26
Riktlinjerna och framtiden	27
Referenser	29

### Bilagor:

Bilaga 1: Sammanställning av baslinjeenkät 2008

Bilaga 2: Läsanvisningar och frågor till studiecirkel 1 – 5

Bilaga 3: Observationsprotokoll, mall – exempel på

Bilaga 4: Baslinjeenkät



## Sammanfattning

I nordvästkommunerna har under åren 2006 till och med maj 2009 genomförts utvecklingsarbete med det övergripande syftet att vård och behandling som erbjuds människor med missbruksproblem i nordvästra Stockholm skall bygga på aktuell kunskap. Implementeringen av *Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård* (Socialstyrelsen, 2007) ska ses som ett led i ett utvecklingsarbete, där första steget var att introducera ASI-instrumentet. Det *specifika syftet* i detta projekt var att

- implementera riktlinjerna i nordvästkommunerna
- tillföra annan aktuell forskning om missbruksarbetet
- utnyttja de kunskaper som ASI-materialet nu erbjuder
- formulera och dokumentera missbruksarbetarnas samlade erfarenheter
- skapa förutsättningar för att utarbeta gemensamma handlingsplaner för missbruksarbetet i nordvästkommunerna

Medlet har varit att via studiecirkelar etablera en samsyn bland personalen inom missbruks – och beroendevården, upprätta en gemensam kunskapsbas och ett arbetssätt som präglas av helhetssyn. Drygt hundra anställda inom landstingskommunal beroendevård och primärkommunal socialtjänst har deltagit i studier av riktlinjerna, kompletterat med annan aktuell forskning som rör beroende och missbruk. Slutsatser efter genomförda studiecirkelar kan sammanfattas på följande sätt:

- I nordvästkommunerna finns samverkan mellan primärkommunal missbrukarvård och landstingskommunal beroendevård, mer eller mindre väl fungerande
- Huvudmännens olika krav och regelverk har viss påverkan på samarbetet
- Deltagarna rapporterar att det varit betydelsefullt att i studiecirkelform tillsammans diskutera och problematisera arbetet. Det finns ett fortsatt behov av att utveckla lokala och regionala fora för diskussion av arbetet.
- Den vanligaste kunskapskällan utgörs av klinisk erfarenhet, så kallad 'vardagskunskap'. Genom att diskutera och problematisera till synes vardagliga metoder och arbetssätt, skapas förutsättningar för att formulera och dokumentera det praktiska arbetet, en viktig del i en evidensbaserad praktik. Att detta saknas är ett dilemma inom missbrukarvården
- Ska missbruksvården utveckla en ”*Evidensbaserad praktik – till nytta för klienten*” (SOU 2008:18 ) behövs strukturer inom organisationerna för att förvalta och ta hand om kunskaper och erfarenheter som redan finns och sådana som förvärvas.

FoU-Nordväst genomförde i mars 2008 en undersökning som visar att cirka 70 % av personalen i nordvästkommunernas missbrukarvård *har* utbildning i de evidensbaserade metoder som rekommenderas i Riktlinjerna (bilaga 1). Ett resultat av observationer genomförda i samtliga studiecirkelar är emellertid att metoderna inte används strikt, i enlighet med manualer och utbildningar, där vikten av metodtrohet betonas. I cirkelarna framgår att man snarare använder delar eller moment av metoderna i det vardagliga klientarbetet. Hindren för att tillämpa metoderna uppges vara tidsbrist, ärendemängd samt organisatoriska förutsättningar.

Ett annat resultat av observationsstudien är att i studiecirkelarna formulerade deltagarna ett antal utvecklingsområden för sitt fortsatta arbete:

- komma igång att systematiskt arbeta med manualbaserade metoder, förslagsvis bygga upp ett regionalt metodstöd
- specialarrangemang för olika klientgrupper
- formulera vad psykosocialt stöd är
- dokumentera erfarenhetsbaserad kunskap - lokala arbetssätt och metoder
- utveckla arbetet med personer med samsjuklighet
- utveckla arbetet med hemlösa missbrukare
- utveckla former för brukarmedverkan
- utveckla arbetet kring målgrupper som äldre kvinnor samt unga vuxna 20 – 25 år med alkoholproblem.

En sista sammanfattande iakttagelse är att deltagarna i studiecirkelarna nu lagt en grund för sitt fortsatta samarbete – eller snarare att de formulerat och lyft fram det de redan gör i det dagliga arbetet och viss mån problematiserat detta – vad går att göra bättre, hur kan det göras bättre, på vilket sätt? Slutligen bör vi ställa frågan om hur uppföljning och värdering av effekterna av det samarbete som genomförs för enskilda brukare/patienter/klienter nu kan ställas i fokus i ett nästa steg.



## Inledning/Bakgrund

*De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård* (Socialstyrelsen, 2007) är en vägledning för socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Syftet är att skapa en gemensam plattform för de två huvudmännens missbrukarvård. Bakgrunden till detta initiativ återfinns bland annat i en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2001), där effekterna av behandling för alkohol- och narkotikaproblem granskades. En slutsats som dras är att det visserligen finns verksamma metoder som kan sägas ha 'evidens', men att dessa inte används inom missbrukarvården. Rapporten blev föremål för kraftfull kritik och dess slutsatser debatterades inom forskarsamhället.<sup>1</sup> Även bland praktiker fick dess budskap viss betydelse.

I Stockholms län utgör 1998 års Missbrukspolicy för regionen första steget i en process, som syftat till decentralisering av landstingets beroendevård för att samordna missbrukarvård inom primär- och sekundärkommunal verksamhet (Sll & KSL, 1998). Stockholms stad hade redan tidigare arbetat med detta, men i resten av länets kommuner innebar detta att landstingskommunal beroendevård lokalt samordnades med primärkommunal missbrukarvård. År 2008 presenterades *Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende* (Sll & KSL, 2008), som tänks ligga till grund för det fortsatta utvecklingsarbetet.

Forsknings- och utvecklingsenheten för socialtjänstens individ- och familjeomsorg (IFO) i nordvästra Stockholms län, FoU-Nordväst, inrättades år 2000. År 2008 ingick följande kommuner:

Ekerö	Solna
Järfälla	Sundbyberg
Sigtuna	Upplands-Bro
Sollentuna	Upplands Väsby.

FoU-Nordväst samarbetar med missbrukarvården i nordvästkommunerna via ett chefsnätverk – Nätverk Nordväst. Syftet med nätverket är erfarenhetsutbyte och att driva utvecklingsarbete. Nätverket har till exempel initierat att införa ASI-intervju i samtliga nordvästkommuner. Sedan 2007 har nätverket och FoU-enheten arbetat med implementering av *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård* (Socialstyrelsen, 2007) - det så kallade Riktlinjeprojektet.

## Riktlinjearbetet i nordväst tar form

I mars 2007 diskuterade Nätverk Nordväst hur de *Nationella riktlinjerna* kan implementeras, under vilka former och hur erfarenheterna från det genomförda ASI-projektet kan tillvaratas. Socialstyrelsen hade redan aviserat att de i september samma år skulle lansera ett utbildningsstöd för implementering av riktlinjerna. FoU-enheten uppdrogs att utforma en plan:

*Augusti – oktober 2007:* På uppdrag av Nätverk Nordväst utarbetade FoU-Nordväst plan för studiecirkel för missbruksarbetare i kommunerna på grundval av Socialstyrelsen:s material.

---

<sup>1</sup> Se t ex Bergmark, 2001

*Oktober 2007:* Missbrukscheferna i Nätverk Nordväst beslutade godkänna planen som sin. En ansökan om medel för genomförande skrevs till Länsstyrelsen i Stockholms Län och förelades Styrgruppen för FoU-Nordväst, som beslöt att godkänna ansökan.

*November 2007:* FoU-Nordväst anordnade ett internt seminarium med professor Lars Oscarsson, Örebro Universitet. Här diskuterades innehållet i riktlinjerna och hur det konkret kan omsättas i praktiskt socialt arbete. Även annan forskning tillsammans med missbruksarbetarnas erfarenhetsbaserade kunskap bör tas med som komplement. FoU-Nordväst presenterade projektet, med syftet är att skapa förutsättningar för en evidensbaserad praktik (EBP) där professionens roll i samspel med aktuell kunskap och brukaren är utgångspunkten (Sackett, 1997; Oscarsson, 2006&2009). För genomförandet som ett gemensamt projekt mellan socialtjänstens missbrukarvård och landstingskommunal beroendevård bjöds ledningen för Beroendecentrum Stockholms och dess regionala ledning in att medverka. De blev därmed delaktiga i planeringsarbetet.

*December 2007:* I linje med Nätverk Nordvästs beslut i mars 2007 arrangerades som ett upptaktsmöte en replik av Socialstyrelsens konferens för presentation av riktlinjerna lokalt i nordvästregionen med särskild tonvikt vid riktlinjernas status – hur kan eller ska man använda riktlinjerna? Inbjudna föreläsare var Ulf Malmström, Socialstyrelsen, Sven Andreasson, FHI, samt Lars Oscarsson, Örebro universitet. Personal inom socialtjänstens missbrukarvård samt beroendevården, drygt 120 personer, deltog. Som avslutning presenterades genomförandeplanen för riktlinjearbetet och deltagarna hälsades välkomna att delta i projektet.

*Januari 2008:* En studiecirkelledare anställdes, väl förtrogen med aktuell forskning inom missbruksområdet, Riktlinjerna och dess faktaunderlag. Vid varje cirkeltillfälle har FoU-medarbetare medverkat som 'observatör', dokumenterat diskussionerna i cirklarna och sammanställt dessa observationer som underlag för uppföljning/utvärdering. Sammanställningen av protokollen avser också utgöra underlag för de "kollegiala samtal" som planeras som en fortsättning på studiecirkelarna. En *baslinjeenkät* baserad på den så kallade IKB-studien<sup>2</sup> konstruerades också (se bilaga 4).

## Genomförandet

I december 2007 beviljade Länsstyrelsen i Stockholms län medel för genomförandet och därmed startades Riktlinjeprojektet. I januari 2008 konstituerades arbetsorganisation enligt följande:

- *styrgrupp*
  - sektionschef för beroendemottagningarna i regionen
  - en socialchef
  - FoU-chef
  - två enhetschefer från socialtjänstens missbrukarvård utses

Styrgruppens uppdrag var att ge Riktlinjeprojektet legitimitet och mandat.

- *arbetsgrupp:*
  - FoU-chefen
  - en projektledare
  -

---

<sup>2</sup> Insatser och klienter i behandlingsenheter för vuxna missbrukare av alkohol och andra droger 1 mars 2007 (IKB 2007), Socialstyrelsen 2007. Dnr 74-11-1110/2007

- studiecirkelledare
- två representanter från beroendevården.

Arbetsgruppens uppdrag var att planera arbetet, följa upp samt rapportera till styrgruppen. Arbetet har fortgått enligt plan enligt följande:

- *Februari 2008*: Studiecirkelledaren genomförde en informationsturné inom nordvästkommunerna i syfte att informera om de kommande studiecirkelarna.
- *Mars 2008*: Vid första studiecirkeltillfället delades *baslinjeenkäten* ut för att få data om vilka yrkesgrupper som ingick, utbildningsnivå, vilka målgrupper de möter i arbetet, förtrogenhet med metoder som förordas i Riktlinjerna, vilka behandlingsmetoder som används samt hur samverkan ser ut.
- *April 2008*: Föreläsning om Evidensbaserad praktik (EBP). Professor Lars Oscarsson.
- *Augusti/september 2008*: Sammanställning av studiecirkelarna utifrån observationsprotokollen.samt sammanställning av baslinjeenkäten.
- *Oktober 2008* : Seminarium med tema substitutionsbehandling och utvecklingsarbete med Kriminalvårdens Frivårdsorganisation (ITOK). Resultatet av baslinjeenkäten presenterades, kompletterat med reflektioner över vunna erfarenheter av studiecirkelarna från sammanställning av observationsprotokollen.
- *November 2008*: Fjärde studiecirkeltillfället.
- *Februari 2009*: Femte och sista studiecirkeltillfället.
- *Mars 2009*: Seminarium med tema boendelösningar för hemlösa samt brukarmedverkan
- *Juni 2009*: Seminarium kring temat brukarperspektiv inom missbruksvården.
- *Juni 2009*: Utvärdering/slutrappport - Riktlinjeprojektet

Totalt 57 studiecirkel har genomförts, tre timmar per tillfälle, under perioden mars 2008 till och med februari 2009. Personal inom den kommunala missbruksvården och den lokala beroendevården har deltagit. Kommuner och beroendecentrum valde själva vilka yrkesgrupper som skulle delta. Detta innebär att utöver socialsekreterare och handläggare inom socialtjänsten har också personal inom boenden och programverksamheter deltagit. Inom beroendevården har läkare, sjuksköterskor och mentalskötare deltagit. Antalet deltagare per studiecirkeltillfälle och kommun framgår i tabell 1.

**Tabell 1.** Antal deltagare i studiecirkeltillfälle 1 till och med 5, efter kommun.

Kommun	Studiecirkeltillfälle				
	1	2	3	4	5
Ekerö	13	12	10	7	8
Järfälla	15	14	11	10	9
Sigtuna	18	21	18	16	13
Sollentuna	19	19	21	19	14
Solna	20	17	11	13	9
Sundbyberg	16	11	12	10	6
Upplands-Bro	9	8	4	4	3
Upplands Väsby	24	18	11	12	12
Total	134	120	98	91	74

I de första cirkelarna deltog 134 personer, varav 40 anställda inom beroendevården. Som ofta är fallet minskade antalet deltagare mot slutet. I Upplands Väsby halverades deltagarantalet, i några kommuner deltog inte mer än en tredjedel i alla fem cirkelarna. Det finns flera möjliga förklaringar till detta. En är omorganisering av socialtjänsten i några kommuner, en annan att personal slutat eller bytt arbetsuppgifter.

En framgångsfaktor i förändringsarbete enligt flera implementeringsstudier är bland annat chefernas engagemang (Alexandersson, 2006; Guldbbrandsson, 2007). Både chefer från socialtjänsten och beroendevården var sporadiskt närvarande, särskilt vid de två sista cirkeltillfällena – med några undantag. För beroendevårdens del är en förklaring till att både personal och chefer inte kontinuerligt deltagit att de är få till antalet i kombination med personalbyte. Frågan är alltså om närvaron hade varit jämnare om chefernas närvaro varit mer kontinuerlig.

*Sammanfattningsvis* har ett hundratal anställda från socialtjänstens missbrukarvård och beroendevården deltagit i studiecirkelarna, som följt kapitelindelningen i *Nationella riktlinjerna*. Tillämpliga delar av utbildningsstödet användes genom att kapitlen bröts ned samt delades upp (se bilaga 2). Tillsammans med utskickade artiklar och forskningsrapporter som knöt an till olika temata, gick kapitlen igenom vid fem tillfällen. Vid dessa tillfällen diskuterades begrepp i riktlinjerna, deltagarna reflekterade över och problematiserade på vilket sätt vägledningen kan vara ett hjälpmedel och stöd i praktiken. Varje studiecirkeltillfälle dokumenterades med hjälp av observationsprotokoll (bilaga 3).

## **Studiecirklar – en modell för implementering**

Genomförandet av Riktlinjeprojektet i nordvästkommunerna innebär att en process påbörjats, som syftar till att implementera de nationella riktlinjerna. Personalgrupper både inom socialtjänsten och beroendevården har alltså mötts tillsammans i studiecirklar under ledning av en studiecirkelledare, knuten till FoU-Nordväst. De temata som rekommenderas i Socialstyrelsens utbildningsstöd till riktlinjerna har i huvudsak utgjort grundstrukturen.

Valet av studiecirkel som arbetsform byggde på antagandet att, om riktlinjerna ska bli ett användbart verktyg i praktiken, är cirkeln sannolikt bästa sättet för att gemensamt gå igenom materialet. Genom att gemensamt vrida och vända på olika begrepp, reflektera över och problematisera arbetet med riktlinjerna som utgångspunkt, kan detta bli ett hjälpmedel och stöd i praktiken. Ytterligare skäl till att välja denna form för genomförande var att studiecirkelgrupperna i det här projektet är ”naturliga” – det vill säga att de personer som ingår i samma cirkel redan arbetar tillsammans och kan efter det att projektet avslutats fortsätta mötas – vilket också finns en önskan om.

## **Sammanställning av observationer**

### **METOD**

Följande sammanställning baseras på de frågor som utarbetats (bilaga 2) och som tog upp vid fem studiecirkeltillfällen, genomförda mars 2008 – februari 2009. Varje tillfälle har dokumenterats med observationsprotokoll (bilaga 3), som ligger till grund för sammanställningen nedan. Noteringarna har sammanställts efter det som framkommer i materialet, det vill säga temata som växte fram under diskussionerna i cirkelarna. Deltagarnas diskussioner redovisas först, sedan kommenteras varje tema.

## ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP

Vid det första tillfället diskuterades den evidensbaserad praktik (EBP) med referens till Sackett (1997) och Oscarsson (2006) som något som bygger på tre kunskapskällor – egen klinisk/praktisk erfarenhet, bästa tillgängliga forskningsresultat samt brukarens synpunkter, värderingar och/eller önskemål. Frågan som ställdes var: vad är den viktigaste kunskapskällan? Av de diskussioner som fördes framgår att deltagarna rangordnade dessa på följande sätt:

- I klinisk erfarenhet; egen förvärvad kunskap, vardagskunskap
- II brukaren, patienten, klienten själv – i kunskap som kommer ur mötet med denna; klienters egna erfarenheter; samt kollegor, i mötet med arbetsgruppen
- III facklitteratur, aktuell forskning, teoretiska utgångspunkter

Samtliga grupper anger att den erfarenhetsbaserade kunskapen har störst betydelse – något som erövrats och ackumuleras via praktiken. Kunskapen i en arbetsgrupp, till exempel inom socialtjänsten, överförs mellan medarbetarna när mer erfarna socialsekreterare lär upp mindre erfarna medarbetare. Internrutiner och organiseringen inom enheten/arbetsgruppen har också betydelse för hur och under vilka former kunskapen överförs. Utöver denna ”muntliga trading” nämns bland annat utbildningar i vissa metoder - Motivational Interviewing (MI), Community Reinforcement Approach (CRA), FoU-seminarier och konferenser. Ärendedragning i arbetsgrupperna ses också som kunskapskällor.

Mycket sällan rapporteras att en arbetsgrupp undersöker om det finns forskningsrapporter eller avhandlingar som studerar frågor de ställts inför. I och för sig rapporteras intresse för detta, man vill använda sådana kunskapskällor men hävdar att brist på tid blir avgörande - att det finns för litet utrymme att ta del av forskningsrapporter.

### *- Kommentar*

Inom socialt arbete är detta i linje med tidigare forskningsresultat (se t ex Bergmark & Lundström, 2000; Bergmark & Lundström, 2008). Att söka kunskap via databaser kräver både kunskap och viss vana, vilket bara enstaka chefer och/eller medarbetare i arbetsgrupperna har. Endast ett fåtal är utbildade i kunskapssökning i databaser, att tolka kunskapsöversikter eller är förtrogna med begrepp som evidens, metaanalyser eller randomiserade studier. Det kan vara en orsak till att det saknas interna rutiner för att ta del av aktuell forskning inom fältet.

Den erfarenhetsbaserade kunskapen är alltså den viktigaste kunskapskällan. Ytterst är det klienten som genom sin berättelse styr vilken kunskap som används. Ett systematiskt sätt att inhämta kunskap om klienten som samtliga kommuner använder är ASI-formuläret. Det är rätt anmärkningsvärt att i *ingen* studiecirkel angavs ASI som en ett instrument för att inhämta kunskap. Däremot angav alla att klientmöten och klienternas berättelser var ”lärorika” och inspirerade till att sätta sig in i olika frågor.

## TEORITRADITIONER - VETENSKAP KONTRA BEPRÖVAD ERFARENHET

När cirkeldeltagarna diskuterar termerna 'missbruk' respektive 'beroende' framgår av noteringarna att deltagarna uppfattar att det *är* skillnad mellan begreppen, att de är förhållandevis överens om det. Det betyder att de olika yrkesgruppsföreträdarna ger begreppen delvis olika innebörder. Samtidigt framhålls det att det egentligen inte är någon skillnad som har betydelse, det viktiga är att man arbetar "nära varandra".

Missbruk – socialtjänsten pekar på att det egentligen är en neutral term, men att det handlar om konsekvenser av bruket, att 'missbruk' är något en människa kan gå in i och ut ur. Det finns till exempel ingen definition av 'missbruk' i Sol eller LvM

Beroende – SLL anger att det är ett kemiskt *beroende*, ett skadligt bruk, ett diagnostiskt begrepp, ett lidande. Beroende beskrivs som "något låst", som kräver behandling.

Att det finns en förhållandevis stor klyfta syns i en del utsagor, vilket exemplifieras med följande:

*"Kanske inte finns en samsyn i definitionerna, däremot finns förståelse och kunskap om de olika begreppen. I vardagssamarbetet är det inte någon källa till problem. Det fungerar."* (noterat i observationsprotokoll)

Angående synen på missbruk som sjukdom finns två linjer i observationsnoteringarna:

- att synen på missbruk som en 'sjukdom' kan fungera motivationshöjande, att det kan vara bra att använda vid återfall, "--- *enklare tänka sjukdom då*", särskilt för äldre. Men det beskrivs som direkt olämpligt, ångestframkallande, att använda inför unga människor. Att se missbruket som en sjukdom kan ändå fungera skuldavlastande, ansvarsbefriande och lättare för klienten/patienten att gå vidare. Frågan diskuteras också med koppling till genetiska faktorer/genetisk sårbarhet som grund för ett missbruk hos den enskilde.
- Att se missbruk som en sjukdom är "--- *inte ett synsätt som finns över hela världen*", det inte är något som används av professionella utan av klienterna själva

I vilken utsträckning diskuteras då behandlingsforskning? Hur ser förhållandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet ut?

Beroendevården säger sig utgå från evidensbaserad medicin. Hälso- och sjukvårdslagen är styrande i denna fråga. Frågan ställs – får man använda andra metoder än sådana som är evidensbaserade? Andra hävdar att det handlar nog mer om en "kompott" av olika metoder – det kanske inte är så "renlärt" alla gånger. Socialtjänstens missbruksarbetare har i sin tur en massa utbildningar – men använder de dessa i arbetet? I diskussionerna om EBP talar deltagarna ofta om att det som egentligen krävs är mer individuella lösningar för klienter, att de strävar efter att arbeta på ett sådant sätt som de vet har effekt, att de använder metoder som "man vet fungerar". Ett par kategorier är särskilt starkt framträdande:

- att det inte finns tid och saknas fora för att gemensamt diskutera olika forskningsperspektiv, även om grupperna också rapporterar att de går gemensamma utbildningar – t ex i MI.

- samtidigt finns deltagare inom socialtjänsten som hävdar att de *har* överblick över aktuell forskning
- det ges rätt många uttryck för att de evidensbaserade metoderna inte passar alla – att de måste anpassas efter den enskilda individen
- att frågan är hur man ska hitta ”bästa praktiken” – det krävs timing, att ”vänta in” klienten
- att just det förhållandet gör att det som oftast blir utgångspunkten är ’beprövad erfarenhet’, man tar till det som man vet fungerar.
- att socialtjänsten aldrig kommer att ”hinna ikapp” beroendevården med dess naturvetenskapliga och medicinska perspektiv

Vad som i stor utsträckning påverkar de interna diskussionerna och valet av insats i enskilda ärenden är den beprövade erfarenheten. Mycket av det som görs, görs av gammal vana.

Någon påpekar att

*”--- mycket av det som görs i klientarbetet kanske inte har någon evidens men man vet av beprövad erfarenhet - att det fungerar för klienten”*

(noterat i observationsprotokoll)

Det finns inga fora för att diskutera och man dokumenterar inte heller sådant man tycker sig veta fungerar. När grupperna talar om ’evidens’, nämner någon att begreppet idag mer är som ett skyltfönster utåt. Inom organisationen har varken föreläsningar kring temat eller alla de kurser i evidensbaserade metoder som personal genomgått gjort några bestående avtryck i organisationen eller dess arbetsformer.

Av materialet framgår alltså en önskan om att få gemensam tid, till exempel på enhetsmöten, när verksamheterna tillsammans kan diskutera aktuell behandlingsforskning, men också att forskningsresultat skulle kunna användas vid utredningar av enskilda ärenden. Det som också framstår tydligt är att beroendevården tycks förutsätta att allt de gör är EBP – för det *ska* det vara.

Även om samtliga grupper tar upp att det inte finns tid avsatt eller särskilt forum för att diskutera behandlingsforskning och metodfrågor, pågår ändå diskussionerna. Många grupper efterlyser också fora för att diskutera arbetet och missbruksfrågor mer systematiskt. Det framställs som ytterst ovanligt att personal från socialtjänstens missbruksvård och beroendevården tillsammans med teoretiska utgångspunkter diskuterar missbruksfrågor, arbetsmetoder, kunskapsläget och aktuell forskning annat än sporadiskt, när tillfälle ges.

#### *- Kommentar*

En poäng med kravet på evidens är att det kan ha lett till nya, fördjupade reflektioner över arbetet och de insatser som förmedlas till klienterna. Men det starkaste intrycket som förmedlas via observationerna är ändå att det inte tycks finnas någon organisatorisk beredskap för *hur* nya kunskaper och evidensbaserade metoder ska omsättas i praktisk handling och implementeras i organisationen.

Tidigare erfarenheterna bland annat från olika från ASI-projekt har tydliggjort vilka svårigheter och möjligheter en organisation står inför när nya arbetssätt och/eller metoder skall införas (Abrahamsson & Tryggvesson, 2006; Alexandersson, 2006; FoU-Nordväst, 2008). Både i aktuell forskning och olika rapporter från denna typ av utvecklingsarbete noteras en ambivalens inom olika yrkesgrupper till att införa olika så kallade evidensbaserade metoder. Till exempel visas att enskilda socialsekreterare kan vara mer engagerade än andra.

Men om det saknas organisatoriska förutsättningar för genomförandet hjälper sannolikt inte att det – som ju visas vara fallet i nordvästkommunerna - finns ett stort intresse bland missbruksarbetarna. Organisatoriska strukturer tycks hela tiden ställa sig i vägen.

Ett sätt att förstå detta utgör nyinstitutionella organisationsteoretiska perspektiv. Här läggs särskild vikt vid organisation, struktur, ledning och personalens inställning och handlingsutrymme. 'Organisationer' är inget för alltid givet, som urberget, utan konstitueras av individers gemensamma handlingar, som i sin tur styrs av mer eller mindre uttalade regler och principer (Ahrne, 1994). De är således inte rationella och målstyrda, oavsett ambitioner att vara just det. För att förstå förändringar och variation i organisationer på lokal nivå måste vi studera och förstå kommunikationen mellan de olika aktörerna, hur normer och värderingar blir till sociala fakta och en medveten eller omedveten mall för handlandet (Powell & DiMaggio, 1991).

En aspekt av detta berörs i en undersökning av implementering av ASI (Abrahamsson & Tryggvesson, a.a.). Med nyinstitutionella utgångspunkter diskuteras här att socialtjänsten kan ses som en löst kopplad organisation, där bland annat handlingsutrymmet kan vara begränsat på grund av centralt beslutade regler. Frågan är bland annat vilka förväntningar som finns från en nivå i organisationen på övriga nivåer, manifesterade i tydliga direktiv. En annan fråga är vilka av dessa förväntningar som *inte* har genomslag i organisationens arbete - en förutsättning för att förstå förutsättningarna för att implementera användning av till exempel bedömningsinstrument (a.a., s 23).

#### ORGANISERING, SPECIALISERING, SAMVERKAN

Det finns otydliga gränser mellan beroendevårdens och socialtjänstens missbruksarbete. I observationerna noteras att deltagarna berör att de har olika "språk" och att det finns otydligheter rörande ansvarsområden. Samtidigt framhålls att det faktiskt handlar om olika ansvar – att beroendevården har ett medicinskt ansvar och socialtjänsten ett mer socialt ansvar, till exempel för bostad och försörjning. Men att det handlar om mycket mer än så framgår av följande exempel:

- Inom landstingskommunal beroendevården finns delar av verksamheten som kan benämnas som "harm-reduction" till exempel underhållsbehandling med metadon eller subutex
- Socialtjänsten har ett tydligt (politiskt) mål i klientarbetet att arbeta för alkohol/drogfrihet, vilket brukar ses stå i motsättning till underhållsbehandling

Även i fråga om samverkan rapporterar flera grupper att de saknar tid för gemensamma diskussioner för att utveckla samarbetet. Ett par grupper anger emellertid att samlokalisering, gemensamma behandlingskonferenser och att man börjat arbeta med gemensam individuell vårdplanering (GIVP) har lett till en gynnsam utveckling av samarbetet.

Olikheter i organisering och intern styrning får emellertid betydelse. Ett exempel som nämnts är att inom beroendevården genererar varje besök intäkt per behandlingstillfälle, vilket i sin tur påverkar resurstilldelningen. Uppfattningen är att det är kvantitet, mängden besök, som räknas, inte kvaliteten i insatserna eller utfallet för patienten. Det skapar en känsla av att man inte kan ta sig tid för till exempel samarbete. Beroendevårdens deltagare i cirklarna rapporterar också att de önskar mer tid både för samarbete och för patienterna.



Lokalt är arbetsgrupperna alltså integrerade i olika stor utsträckning i nordvästregionen. En del mottagningar är gemensamma, i andra kommuner ligger socialtjänstens missbrukarvård geografiskt långt från beroendevården. På grund av budgetskäl diskuteras för närvarande inom landstinget att slå samman beroendevårdens lokala mottagningar så att *en* sådan ska samarbeta med två eller fler kommuner. Dessa planer ligger utanför arbetsgruppernas möjligheter att påverka. Däremot påverkar vetenskapen om dessa planer samarbetet till vardags.

*- Kommentarer*

Det är först under 1990-talet som missbrukar- och beroendevård börjar samordnas i kommunerna. Senaste decenniet har beroendevårdens mottagningar decentraliserats i och med genomförandet av 1998 års Missbrukspolicy. Genom att samlokalisera primärkommunal missbrukarvård och landstingskommunal beroendevård – i en del fall i gemensamma lokaler – ska patienter/klienter få en mer sammanhållen vård.

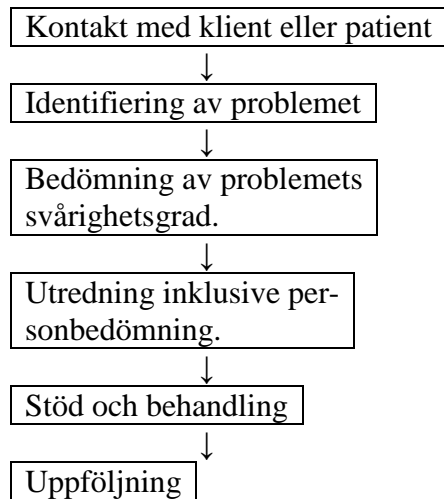
Beroendevård och socialtjänst har alltså olika huvudmän. Inom landstinget sätter beställarenheten upp mål för produktionen och inom socialtjänsten är det politikerna. En annan skillnad är att beroendevården får betalt efter hur många besök de tar emot. Genom att de också måste hålla mottagningen öppen, samtidigt som de oftast bara är två till fyra personer på varje mottagning, leder det till stor sårbarhet om någon i personalgruppen är borta från arbetet. Detta försvårar för dem att delta i utvecklingsarbete, till exempel tillsammans med socialtjänstens missbrukspersonal.

En sammanfattande bedömning av vad som framgår av diskussionerna i studiecirkelarna är att man ändå *de facto* samverkar dagligen med varandra i enskilda ärenden. Någon motsättning mellan professionerna rapporteras egentligen inte. Totalt sett ges också uttryck för att grupperna vill vidareutveckla sin samverkan.

En sista reflektion är att proportionerna mellan och beroendevårdens personal socialtjänstens missbruksarbetare är ett till fyra, vilket innebär att några få anställda vid beroendemottagningarna ska samarbeta med rätt många fler från socialtjänsten, bedriva utvecklingsarbete tillsammans med dem samt samverka i enskilda ärenden. Det tycks med andra ord föreligga en obalans mellan organisationerna bara i det faktum att så litet antal personer anställda inom den lokala beroendevården ska fylla så många funktioner utöver arbetet med patienterna.

## VARDAGSARBETET I PRAKTIKEN

Det är i den vardagliga praktiken som de nationella riktlinjerna skall omsättas och bli användbara redskap. Utgångspunkten för samtalen om hur utredningsförfarandet ser ut har varit följande modell:



(källa: Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården)

Är bilden av processen så som beskrivs i figuren korrekt? Svaret är ofta att processen inte är så avgränsad som boxarna i figuren antyder, det är mer flytande, finns oftast inte några tydliga steg i utredningsförfarande och att det trots allt behövs samverkan. Man beskriver sig som dåliga på att ställa 'rätt' frågor till varandra – kanske det som gör att man arbetar dubbelt i figurens boxar?

Samtliga grupper menar ändå att figuren i stort sett överensstämmer med deras verksamhet. Deltagare från socialtjänsten förtydligar att problemet är identifierat när "ärendet" aktualiseras för dem, när något måste göras. Klienterna aktualiseras av andra – andra socialtjänstenheter, beroendevården, polis eller av anhöriga

### *Att identifiera missbruk*

Primärvårdens liksom socialtjänstens övriga verksamheter – till exempel försörjningsstödsenheterna – beskrivs som dåliga på att identifiera när det förekommer missbruksproblem, det är redan manifesterat när klienterna/patienterna kommer till beroendevård och missbruksenheter. I en del kommuner förs diskussioner med försörjningsstödsenheter om detta, men det finns inte något enhetligt arbetssätt. Handläggarna på försörjningsstöd skulle kunna använda AUDIT, kanske Instrument X (KNUT-projektet)<sup>3</sup> skulle vara en lösning. Samtidigt berörs att det inte finns någon egentlig gräns mellan att 'identifiera problemet' och 'bedömning', de flyter in i varandra.

Primärvården är en aktör, som många återkommer till och som har en viktig roll i att identifiera missbruk på ett tidigt stadium. Primärvården beskrivs generellt inte anse detta vara deras uppgift. Däremot finns det enskilda anställda inom primärvården som utför förebyggande arbete inom alkoholområdet.

<sup>3</sup> KNUT-projektet är ett utvecklingsarbete inom socialtjänstens försörjningsstödsarbete i ett par Stockholmskommuner. Socialsekreterarna som deltar i projektet har utvecklat ett utredningsformulär, kallat 'Instrument X'

### *Utredning, tester och bedömningsinstrument*

Under utredningsarbetet gör beroendevården olika tester som komplement. Socialtjänsten delges i varierande utsträckning dessa testresultat. Tester diskuteras egentligen inte, annat än undantagsvis. Samverkansrutiner för detta har utvecklats i olika grad. Även om ASI och testresultat har betydelse vid vårdplanering så tycks det ändå vara så, att dessa resultat i sig sällan kommuniceras – med vissa undantag. Det framstår som att tester kommuniceras när det uppfattas vara relevant.

En aspekt på testerna är att resultaten kan fungera i motivationsarbetet i förhållande till klienten – det går så att säga inte att komma undan för den enskilde patienten/klienten när testresultaten visar på fakta.

Socialtjänsten förstår delvis testresultaten (*”högt är inte bra”*), men rapporterar att ibland är testresultat från SLL svåra att förstå (avser medicinsk provtagning, blodprover etc.). När grupperna diskuterar detta framgår att man uppfattar att beroendevården blivit alltmer fokuserad på somatisk vård och lämnat den psykosociala behandlingen. Men i andra fall är det socialtjänsten själva som svarar för att genomföra en del tester i kontrollsyfte. Att det förhåller sig så att beroendevården tar alltfler prover har lett till att språket förändrats över tid – att man talar mycket mer i termer av testprover etc. som nu är standardiserade. ”Screenar” man för ofta och för mycket, är frågan som ställs.

Sammanfattningsvis ser socialtjänsten prover och tester delvis som kontrollmekanismer. Beroendevården, däremot, ser dessa både som behandling och ett sätt att avgöra hälsostatus. Mest intressant är kommentaren att *”-- språket har förändrats”* över tid genom användningen av standardiserade tester och en risk för att man ”screenar” för ofta.

### *Utreda och bedöma med ASI*

Inom socialtjänsten används ASI<sup>4</sup> som utredningsinstrument. Några cirkeldeltagare uppger att ASI är som mest användbart när man som handläggare blivit bekväm med ”verktyget”. ASI ger mycket information och förmedlar en bra bild av klientens situation. Det framhålls emellertid som viktigt att följa upp frågorna i manualen med följdfrågor. ASI beskrivs då vara ett utmärkt hjälpmedel att tillsammans med klienten reda ut och gå igenom dennes situation.

### *Motiverande samtal (MI)*

Så gott som alla socialsekreterare i kommunerna har genomgått MI-utbildning. Någon uppger att *”--- MI är snarare ett förhållningssätt än en väl avgränsad metod”*. Den främsta styrkan med MI, säger någon, är att det blir tydligt att ansvaret för att förändra situationen ligger hos klienten. Ett fåtal rapporterar att de använder MI enligt manualen. Övriga uppger att de har ”MI-tänk” vid mötena med klienterna. MI:s öppna frågor blir inspirerande i klientsamtalen.

Av utsagorna framgår att de som är behandlare oftare är metodtrogna, medan handläggarna inte är det. De plockar i stället delar ur metoden och/eller anser att det mer står för ett förhållningssätt, som man egentligen alltid ha haft. Finns också utsagor som anger att MI ses som en behandlingsmodell.

---

<sup>4</sup> ASI – Addiction Severity Index – manualbaserat instrument som består av ett frågeformulär som syftar till att kartlägga missbruket, se vidare SoS 2007a.

### *Stöd och behandling, avgiftning och läkemedel*

Psykosocialt arbete, psykosocialt stöd och sociala insatser diskuteras främst i termer av 'stöd' respektive 'behandling'. Av noteringarna framgår att begreppen ges följande innebörder:

#### Stöd

Kan benämnas 'psykosocialt stöd', består av stödsamtal, stöd i vardagen, behöver inte leda till förändring. "Stöd" kan betyda att 'finnas där', mer praktiskt, att klara vardagen, riktas inte främst mot missbruket

#### Behandling

Innebär att man har ett mål, ett syfte, att klienten/patienten vet vad han/hon får, är däremot inte att likställa med terapi. Kan vara ett förändringsarbete med given målsättning.

Deltagare från beroendevården anger att 'behandling' kräver manual, att det är något medicinskt. Beroendevård är "--- något medicinskt som sker i behandlingsrummet" (noterat i observationsprotokoll).

Här finns också en maktdimension, kommenterar några – i behandling har behandlaren makten men i stödsamtal har klienten/patienten makten. Det ges ändå uttryck för att det är hårfin skillnad mellan de båda begreppen, till exempel när stödsamtal ges i avvaktan någon behandling. I vissa cirklar diskuteras att begreppen går ihop, att det är oklart vad som är vad. 'Psykosocial behandling', till exempel, beskrivs som något som innefattar 'allt'.

En viktig del av beroendevårdens behandlingsarbete är *polikliniska avgiftningar*. Vissa mottagningar uppger att detta upptar en större del av arbetet, andra gör det i mindre utsträckning. Samtliga mottagningar använder läkemedel, rekommenderade i riktlinjerna. Det vanligast läkemedlet vid abstinensbehandling är bensodiazepiner under kortare perioder. Främst äldre missburkare får antabus

#### *Läkemedelsbehandling*

När läkemedel förskrivs erbjuds alltid uppföljande samtal. I grupperna nämns att man egentligen inte upplever en underförskrivning. Läkemedel ses som ett hjälpmedel för att patienten/klienten ska kunna upprätthålla nykterhet, men optimal effekt fås först i kombination med samtal. Ett stort problem rapporteras emellertid vara att när patienterna/klienterna efter avslutad medicinbehandling erbjuds fortsatta samtal, tackar många nej.

En iakttagelse som rapporteras från många kommuner är att personer som klarar sig på enbart läkemedel är resursstarka människor, som har socialt stöd i omgivningen, arbete och bostad. För människor med mindre resurser krävs mer hållbara arrangemang och rutiner. För den som är arbetslös, saknar stöd i omgivningen och är utan bostad är det avsevärt svårare att till exempel ta Campral tre gånger per dag. Medicinerna är också en kostnadsfråga och inget som prioriteras av dessa klienter. För dem krävs andra lösningar.

*Revia-projektet* i Upplands-Bro rapporteras som ett sådant exempel. Projektet vänder sig till personer med mångårigt alkoholmissbruk som genomgått många olika insatser. En del i projektet är att initialt placera klienten viss tid på Kustbohemmet eller Kurön, där medicineringen påbörjas för att sedan fortsätta på hemmaplan. Väl hemma igen kombineras läkemedel med stöd och uppföljning, vilket rapporteras ha lett till att

missbruket minskat avsevärt. Här kombineras alltså läkemedelsbehandling med stöd och sociala insatser, som att ordna bostad.

### *Sprututbytesprogram*

Idag har varje landstingsområde möjlighet att bygga upp sprututbytesprogram. Frågan framstår inte som kontroversiell i cirklarna, även om det finns olika uppfattningar. Gemensamt för de lokala mottagningarna är att de har en pragmatisk inställning. Däremot rapporteras inte något behov av att bygga upp sprututbytesprogram. Det finns andra lösningar att tillgå, hävdar man

### *Underhållsbehandling*

Opiatmissbrukarna har möjlighet att ansöka om underhållsbehandling (metadon/subutex), något som har varit kontroversiellt inom missbrukarvården.<sup>5</sup> I arbetsgrupperna finns både positiva och negativa erfarenheter av underhållsbehandling. Inget motstånd rapporteras emellertid i cirklarna mot denna behandlingsform. Det fungerar bäst när alla parter - socialtjänst, beroendevård och patient/klient - tar ansvar för sin del. Det tycks dock finnas skilda uppfattningar kring vilka möjligheter respektive huvudman har, främst kring subutex. Beroendevården saknar resurser för att avdela personal för denna patientgrupp, som behöver särskilt omhändertagande under inställningsfasen. Metadonpatienter, däremot, är uppknutna till särskilda mottagningarna där de får sådant omhändertagande.

Problemet är inte främst människor som klarar underhållsbehandling. Bekymren uppstår kring personer som har ett sidomissbruk. De hamnar i "ingenmansland", exempelvis om de skall bo i missbrukarvårdens boenden, där det krävs drogfrihet. Den som har sidomissbruk riskerar därmed att blir hemlös och får än svårare att klara av till exempel metadonbehandling.

### *Uppföljning*

Sägs inget alls om uppföljning

### *- Kommentarer*

Möten och relationer är det viktigast i hela processen. Samtidigt är de allra flesta överens om att delarna i processen går in i varandra, inte utgör så avgränsade steg som modellen antyder. Vidare framgår det av diskussionerna att cirkeldeltagarna egentligen inte använder evidensbaserade metoder som MI renodlat, även om samtalen kan vara inspirerade av dessa – det vill säga de är inte 'metodtroga'.

Av diskussionsreferaten framgår också att läkemedelsbehandling ska kombineras med samtal - förslagsvis med en början och ett slut, gärna med "hemläxor" (se mer nedan) . Kombinationen läkemedel och stöd ses som viktig – läkemedelsbehandling i sig är bra men bara medicinering räcker inte, det behövs samtal också. Frågan är dessutom om klienten tar medicinen, det kan man egentligen inte veta. Bäst fungerar det om de sociala förhållandena är ordnade.

## MANUALBASERADE METODER

I grupperna diskuterades hur ett antal metoder kommit att förändra innehållet i arbetet, jämfört med för tio år sedan. Metoder som nämns är återfallsprevention (ÅP), kognitiv

---

<sup>5</sup> Se till exempel Johnson, 2005

beteendeterapi (KBT), Community Reinforcement Approach (CRA) samt 12-stegsbehandling. Motiverande samtal upplevs, som tidigare noterats, främst som ett bra förhållningssätt i mötet med klienten. Det redovisas olika åsikter om KBT och 12-stegsbehandling. Men de cirkeldeltagare som arbetar strukturerat med manualbaserade metoder (KBT och ÅP) beskriver följande som positivt med dessa metoder, vad som gör skillnad i arbetet jämfört med tidigare:.

- Fokus på missbruket/beroendet
- Tydlig början och slut
- Metoden ger ett tydligt innehåll och syfte
- Struktur
- Tydlighet kring ansvaret – klienten – hemläxor
- Medvetandegörande kring beteende, varningssignaler, sug
- Förslag på alternativ
- Klienten upplever resultat och får olika redskap för att kunna hantera sin nykterhet

Samtalen rapporteras ha fått tydligare och mer strukturerat innehåll. De som arbetar med dessa metoder menar att klienterna är positiva till innehåll och struktur i dessa program, det vill säga att det har ett tydligt fokus på missbruket.

#### *- Kommentar*

Innehållet i observationerna är här återkommande och går att sammanfatta på följande sätt

- A. Mötet och relation mellan socialarbetare och klient viktigast
- B. Sedan kommer ”metoden” – något som således är underordnat

Det finns enskilda ”öar” inom kommunerna som använder metoder som KBT och MI metodtroget. MI exempelvis, som flertalet inom kommunerna är utbildade i, har påverkat mötet med klienten och många uppger att de har ”MI-tänk” i arbetet med klienten. Däremot använder de inte MI fullt ut på det sätt som angivits i utbildningen.

En sammanfattande bedömning är att detta skulle kunna utvecklas. Det synes finnas ett stort behov av att komma i gång att arbeta med strukturerade och manualbaserade metoder men det dagliga klienttrycket och alla organisationsrelaterade arbetsuppgifter (olika internumöten, telefontider, dokumentation och så vidare) tar för stort utrymme.

#### GRAVIDA MISSBRUKARE

Det förekommer nästan inte alls att studiecirkeldeltagarna möter gravida missbrukande kvinnor. Samtliga kommuner har interna rutiner och ett välutvecklat samarbete med Familjesociala enheten på Huddinge sjukhus. Samtidigt är det ganska intressant att regeringsorgan, ett antal utredningar, FHI och andra nationella organ så kraftfullt för fram att just denna lilla målgrupp ska prioriteras. Men dessa blivande mödrar finns inte inom lokala beroende- och missbrukarvården i nordvästkommunerna. De fångas upp på andra ställen – landstingskommunal mödravård, socialtjänstens familjeenheter eller andra.

#### KOMPLEXA VÅRDBEHOV

Av diskussionerna i cirkelarna framgår att människor som både lider av psykisk ohälsa och har missbruks-/beroendeproblem inte uppfattas vara en prioriterad grupp från samhällets sida. I de flesta cirkelrapporteras till exempel brister i samverkan med psykiatrin för denna målgrupp, något som behöver utvecklas. Här rapporteras även att gruppen med komplexa vårdbehov

tycks öka. Det handlar om en klientgrupp som kostar pengar, samtidigt som organisationerna fungerar som ”stuprör” för dessa människor. Särskilt unga vuxna med missbruksproblem kombinerat med psykiatriska problem ”*hamnar i kläm*”. Den vanligaste insatsen är placering på institution.

Det finns emellertid cirklar där ett fungerande samarbete för målgruppen beskrivs. Några kommuner har inrättat särskilda program, men även i dessa fall rapporteras att det kan vara problem att samarbeta med psykiatrin. Det främsta problemet med dessa patienter/klienter är att de är svåra att nå, inte kommer på avtalade tider, att det krävs långsiktighet och ett aktivt uppsökande arbete. En grupp rapporterar att de har haft ett CM-team, att detta lagts ned, men att resultatet av deras insatser delvis består även efter nedläggningen.

Några kommentarer pekar på vikten av att arbetet med denna grupp görs till en ledningsfråga för att få samarbetet mellan de olika organisationerna att fungera. I samtliga cirklar uppges ändå, om än i olika utsträckning, att samverkan med psykiatrin successivt har förbättrats något senaste åren. Beroendevårdens deltagare ger tydligast uttryck för denna uppfattning.

#### - *Kommentar*

Att gruppen människor med komplexa vårdbehov är större än tidigare estimerats framgår av två sammanställningar som gjorts inom FoU-Nordväst. Av ASI-data framgår att cirka 80 % av ASI-populationen rapporterar allvarliga psykiska problem (FoU-Nordväst, 2009). Kartläggningen av psykiskt funktionshindrade i nordvästkommunerna visar att cirka en av fem som rapporteras lida av psykisk ohälsa också har beroendeproblem (Piuva & Åberg, 2009). Av data sammanställda vid SLSO/KI framgår till exempel att cirka hälften (47%) av de personer som har diagnosen schizofreni riskerar att utveckla alkoholmissbruk/beroende (Palmstierna, 2009).

I några kommuner återfinns case managers, vilket bidragit till att utveckla samverkan med psykiatrin. Ett sådant exempel har studerats av FoU:

Järfälla har en välutvecklad case managerverksamhet i vilken personal från socialtjänsten, beroendevården och psykiatrin ingår. Samverkan har stor betydelse. Betydelsefulla inslag i detta arrangemang är samordningen mellan kommun, beroendevård och psykiatri, stödet och kontinuiteten. Det mest intressanta i detta projekt är att gruppen arbetat metodtroget, vilket innebär bland annat att det gått att visa att slutenvårdsinsatserna för målgruppen avsevärt minskat – både en mänsklig vinst och med ekonomiska besparingar som följd (Piuva & Åberg, 2008).

Som nämnts finns alltså case managers i några kommuner. Däremot finns inte den samordning av resurser som i Järfällaexemplet. Många kommuner har gjort försök att få till stånd en samordning, men av olika skäl har det misslyckats. Ett annat problem som identifierats är att även om enstaka projekt har kunnat utveckla samarbetsformerna, tycks dessa haverera när de sedan ska övergå till reguljär, permanentad verksamhet eftersom de då inte ges tillräckliga resurser. I några studier framhålls samma krav som i nämns cirklarna - att främsta problemet med denna målgrupp är att det krävs

- Uppsökande kontaktsökande
- Praktisk hjälp
  - Boende
  - Hjälp med kroppssjukvård
  - Ekonomi
- Lindra kriser i missbruk och sjukdom
- Lindra legala problem

(Källa: Palmstierna, 2009)

Slutsatsen är att arbetet med dessa människor kräver att utgångspunkten är sådant klienten själv upplever problematiskt, att det krävs långsiktighet och ett aktivt uppsökande arbete (a.a.; Mueser, 2009). Case managers, som arbetar med ansvar för den individuella klienten, är en framgångsrik väg. Men detta tycks inte vara tillräckligt. Svenska studier av arbetet med denna målgrupp i så kallade ACT-team (Assertive Community Treatment) visar att det krävs en samordning av *alla* tillgängliga lokala resurser (Ekermo & Beckman, 2008).

## BRUKARMEDVERKAN

Brukarinflytande beskrivs finnas på två nivåer:

- samarbete med brukarorganisationer – t ex AA eller NA. Framstår som mer eller mindre organiserat, i många fall med viss diskontinuitet
- det inflytande den enskilde ges, har eller får i det egna ärendet, påverkan på behandlingsplan etc.

En typ av förståelse av vad 'brukarmedverkan' innebär exemplifieras av att någon grupp tar upp att de lämnar ut en så kallad "nöjdhetsenkät" till klienterna, en annan att man har så kallade "bomöte" på en boendeverksamhet. Beroendevården har också fått i uppdrag att arrangera så kallade fokusgrupper med brukare.

Brukarmedverkan i den betydelse det ges i riktlinjerna är ett outvecklat område. Det nämns i cirklarna att man tid efter annan haft samarbete med brukarorganisationerna, men något formaliserat, kontinuerligt samarbete med dessa organisationer förekommer inte. Någon nämner att begreppet behöver definieras och brytas ned för att bli förståeligt. Klienterna som grupp är inte med och påverkar organiseringen av arbetet och än mindre har de inflytande över insatsarsenalen.

I det individuella klientarbetet medverkar klienten kring de planeringar som görs upp. Det är klientens livssituation och berättelser som styr vad som skall göras i det enskilda fallet. Men det är inte främst denna innebörd som begreppet ges i riktlinjerna.

### - *Kommentar*

Frågan om brukarmedverkan ges idag hög prioritet, samtidigt som det är problem med hur detta ska 'göras'. Samarbete med brukarorganisationer försvåras av att det finns så få representanter för dessa organisationer lokalt, vilket bland annat visats sig i utvecklingsarbete som FoU-Nordväst är involverad i. Ett annat problem är att den enskildes möjligheter att påverka i det egna ärendet är beroende av flera faktorer. Utöver den enskildes egen kondition och överblick över vilka insatser som är tillgängliga, har till exempel socialtjänsten mycket små möjligheter att påverka resurstilldelning och gå utanför de ramar som beslutats till exempel vid upphandling av externa behandlings-/vårdalternativ.

## SJÄLVLÄKNING

Frågan om självläkning från ett missbruk och/eller beroende lyftes fram i ett antal studier under 2000-talet, men detta diskuteras inte i någon större utsträckning inom missbruksvården.



Flertalet anser ändå att Blomqvists (2002) beskrivning av vad som är utmärkande för dem som tar sig ut ur ett missbruk utan vård är av visst intresse.

Kännetecknande för observationsanteckningarna är att denna fråga inte var speciellt ”het” – det hävdas att denna grupp möter beroendevården och socialtjänstens missbruksvård inte – de finns sannolikt inom primärvården. Det finns en notering som rör risk- och skyddsfaktorer, en annan att välfärdsfaktorer som bostad, arbete, socialt nätverk och andra sociala förhållanden är viktigt i dessa sammanhang – ’ordnade förhållanden’. Men frågan ställs i flera fall – vad har vi att lära av människor som ”sjävläkt”?

#### *- Kommentar*

Studier både i Sverige och Kanada visar att de flesta personer som har alkoholproblem inte söker hjälp och att majoriteten av dessa löser sina problem utan professionell hjälp (Blomqvist et al, 2007; Sobell et al, 1994). Personer som klarar sig utan hjälp har visats ha en stabilare situation med fler sociala och personliga resurser (Blomqvist, 2002; Granfield & Cloud, 2000). Vad missbrukarvården har att lära av detta är möjligen att arbetet med socialt/psykosocialt stöd som syftar till att förbättra välfärdsfaktorer som bostad, anknytning till arbetsmarknad med mera, kan utgöra en viktig del i arbetet med att få personer att sluta missbruka, trots att stödet inte är riktat direkt mot missbruksbeteendet.

#### ALKOHOLPOLITIK

I de nationella riktlinjerna anges att kraven successivt har skärpts på samhällets åtaganden för att motverka och behandla missbruksproblem. Märker då studiecirkeldeltagarna av att kraven skärpts? Svaret är ett ”nej” – budgetnedskärningar har visserligen lett till skärpta krav, mer så kallade hemmaplanslösningar och öppenvård i högre utsträckning än tidigare. Men det är något som är förknippat med ekonomiska prioriteringar i kommunerna.

Politiska ställningstaganden har emellertid formulerats både nationellt och lokalt med innebörder som att problem med missbruk i högre utsträckning idag anses vara individens eget ansvar. Samtidigt har de flesta nordvästkommuner beviljat fler krogar tillstånd att servera alkohol. Detta diskuteras i studiecirkelklarna som en möjlig förklaring till att fler yngre klienter liksom fler äldre kvinnor kommer till mottagningarna. Det innebär att nya grupper har dykt upp – grupper som i högre utsträckning har barn, familj, bostad och arbete jämfört med tidigare. Cirkeldeltagarna uppfattar också att tröskeln för människor att söka hjälp tycks ha blivit lägre.

Om kraven har skärpts på nationell nivå, är det således inget som socialtjänst eller beroendevård rapporterar att de egentligen märkt av. Deltagarna i studiecirkelklarna märker inte av någon alkoholpolitisk debatt i kommunerna. Chefer som deltagit har emellertid kunna förmedla att det ändå förs någon sorts diskussion i socialnämnder/motsvarande.

Studiecirkelgrupperna anger över lag att de inte tillfrågas i mer övergripande frågor, till exempel vid ansökningar om utskänkningstillstånd och öppettider för restauranter och krogar. De blir över huvudtaget sällan tillfrågade av kommunledningen i alkoholfrågor. I den mån det finns alkohol/drogsamordnare i kommunerna verkar cirkeldeltagarna från missbrukarvården inte heller ha kunskap om vad dessa arbetar med. Inte i någon kommun uppger deltagarna att de fått förändrade prioriteringar eller resurser utifrån något alkoholpolitiskt ställningstagande.

Från en kommun rapporteras emellertid att alkoholfrågan diskuteras regelbundet i Socialnämnden vilket beror på att en enskild politiker är mycket drivande i alkoholfrågor. Det har

lett till en lokal alkoholpolitik med restriktiv hållning i frågor om serveringstillstånd och öppettider. Det har i sin tur lett till färre restauranger i denna kommun jämfört med andra i regionen. Här har också byggts upp en förebyggande enhet som varit verksam under flera år.

*- Kommentar*

Det är anmärkningsvärt att det inte finns något som antyder att studiecirkeldeltagarna har mer än begränsad kontakt med de preventionsprogram och/eller verksamheter som arbetar med att förebygga alkohol och drogmissbruk – det finns ju trots allt i flera av kommunerna rätt väl utvecklade sådana program. Det kan bero på att i ett par kommuner ligger dessa verksamheter under annan förvaltning än socialtjänsten, men är det hela förklaringen? Det kan också vara så att dessa två ”grenar” av samhällets insatser som rör bruket och missbruket av droger riktar sig till helt olika målgrupper – en grupp som består av medborgare i kommunerna som ska upplysas så att de inte hamnar i en riskzon och en annan grupp som beroende- och missbrukarvården möter med allvarliga missbruksproblem med alkohol och droger. Dessa två grupper tillhör huvudsakligen olika socioekonomiska grupper. Kan det därmed vara så att inställningen är att arbetet att förebygga missbruk av alkohol och droger inte får blandas samman med eller ”besmittas” med frågor som rör allvarlig utsatthet?

### SLUTREFLEKTION

En fråga som har ställts i studiecirkelarna är om riktlinjerna verkligen är anpassade till de människor som socialtjänsten och beroendevården möter. Vem är egentligen dessa riktlinjer till för? Många av deltagarna i studiecirkelarna är väl förtrogna med kunskapsläget och har utbildning i metoder som anges i riktlinjerna, men dessa tycks inte kunna appliceras i det vardagliga arbetet. Vad beror det på? Vad är det som inte fungerar – vad *är* det som fungerar?

En annan fråga framkommer i materialet. Det finns en motsättning mellan att

- å ena sidan ställs större krav på missbruksarbetarna att ta del av aktuell forskning och arbeta med evidensbaserade metoder, och
- å andra sidan vilka förutsättningar som egentligen finns för att kunna omsätta detta i praktiken

En hindrande omständighet, som nämnts ovan, är att det inte finns några fora för att diskutera dessa frågor. Men det finns även andra förhållanden, som anknyter till diskussionen ovan om hur ’lösa’ organisationer fungerar (se ovan sid 10).

Detta leder till en mer övergripande fråga om organiseringen av missbruksarbetet. Kan den nuvarande organiseringen av framförallt socialtjänsten leva upp till kraven på en evidensbaserat praktik, kan den inrymma arbetsmodeller och metoder som bygger på aktuell kunskap och forskning så som riktlinjerna anger?

## Riktlinjerna och framtiden

Syftet med studiecirkelarna i nordvästkommunerna var att landstingskommunal beroendevård och socialtjänstens missbrukarvård gemensamt skulle gå igenom de nationella riktlinjerna. Studiecirkelarna avslutades i februari 2009. Därmed är den första fasen avslutad i detta utvecklingsarbete. Nästa fas är att utifrån erfarenheterna från studiecirkelarna formulera det fortsatta arbetet. I det följande beskrivs kortfattat vilka utvecklingslinjer som sammanställningen ovan ger underlag för. De fyra första förslagen är mycket konkreta, det två sista utvecklingsområden.

- I. Utbildning om arbete med människor som har komplexa vårdbehov. Vänder sig till alla inom socialtjänsten, beroendevården och psykiatrin som möter målgruppen. Start hösten 2009, finansieras via projektmedel från NU-projektet (Socialstyrelsen)
- II. Personal inom missbrukarvården i nordvästkommunerna har redan utbildats i de metoder som rekommenderas i riktlinjerna. Men det innebär inte att dessa metoder används, vare sig på det sätt som de är avsedda att användas eller frekvent, med en kontinuitet som gör att medarbetarna blir förtrogna med dessa metoder. Det krävs också ny- och vidareutbildning eftersom personalgruppen särskilt inom socialtjänsten är så pass rörlig. För detta krävs inrättandet av metodstödande funktioner.
- III. Stödja personal framförallt inom socialtjänsten att formulera och dokumentera var de faktiskt gör – det som benämns 'socialt stöd' - vad är det, vad består det av?
- IV. Utveckla former för uppföljning.
- V. Under vilka förutsättningar – hos patienten/klienten – är det möjligt att tillämpa evidensbaserade metoder? Vad behöver ordnas innan patienten/klienten kan anses mottaglig för behandling som till exempel KBT, ÅP och så vidare?
- VI. Arbetande seminarier om lokalt utvecklingsarbetet som ska syfta till att formulera och dokumentera erfarenheten – hur den växt fram, syfte, bärande inslag, blir det till hjälp. Vad kan andra lära sig av lokala metoder och arbetssätt, vad är överförbart till andra sammanhang?

Medel för projektet om arbete med människor med komplexa vårdbehov i samarbete med Stockholms Beroendecentrum har beviljats av Socialstyrelsen. Nu söks medel ur SKL/KSL:s avsatta projektmedel (Kunskap till praktik) för att kunna erbjuda kommunerna metodstöd. Inledningsvis startas metodseminarier på FoU med föreläsare förtrogna med olika metoder.

Observationerna redovisade ovan leder oss till ett akut behov av att formulera och dokumentera det lokala missbruksarbetet. Hur går det till från första möte till insats? Vad består arbetet i och vad styr vilka insatser som väljs? Vilka hinder finns? Vad blir resultatet? Samtidigt som cirkeldeltagarna upprepade gånger återkommer till den erfarenhetsbaserade kunskapen och möte med klienten som främsta kunskapskällan, kan vi inte komma ifrån behovet av att få empiriskt underlag för att svara på frågan – vad fungerar för vem och när?

Ska utvecklingen mot ett kunskapsbaserat socialt arbete med ökad användning av evidensbaserade metoder ta fart, krävs ett utvecklingsarbete som tar sin utgångspunkt i missbrukarvårdens vardagliga praktik, där hänsyn tas till överväganden personalen dagligen ställs inför. Det handlar om att bland annat om patienters/klienters livssituation, lagstiftning liksom organisationernas ekonomiska förutsättningar och krav.

Om vi går in i ett utvecklingsarbete som det som beskrivs ovan innebär det vissa risker. Det finns en diskrepans mellan riktlinjernas intentioner och den verklighet som ska hantera de rekommendationer som ges i riktlinjerna. Vad består denna diskrepans i, om vi utgår från de observationer vi nu gjort?

- en alltför snäv personalbemanning i kombination med för hög personalomsättning
- olika mål för kommunal missbrukarvård och landstingskommunal beroendevård
- återkommande omorganiseringar och förändrade budgetförutsättningar
- brist på struktur för löpande dokumentation och uppföljning av lokal erfarenhetsproduktion
- utvecklingsprojekt som visas vara verksamma permanentas med reducerad personaltilldelning – det vill säga att kunskap som erhållits inte tillvaratas och förvaltas

Det är inte FoU-Nordvästs sak att bestämma om dessa risker ska leda till beslut om att inte fortsätta det nu påbörjade arbetet. Men innebörden i det som sägs i de nationella riktlinjerna, att det ställs allt större krav på samhällets insatser mot missbruk, antyder att det är just dessa risker som ska utmanas.

## Referenser

- Abrahamson, M. & Tryggvesson, K. (2008). *Användning av bedömningsinstrument i missbrukarvården – en nationell kartläggning och fallstudier av två län*. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), Stockholms Universitet & Socialstyrelsen: Stockholm
- Ahrne, G. (1994) *Social Organizations. Interaction inside, outside and between organizations*. London: Sage Publications.
- Alexanderson, K. (2006) *Vilja Kunna Förstå. Om implementering av systematisk dokumentation för verksamhetsutveckling i socialtjänsten*. Diss. Örebro: Univ.
- Bergmark, A. (2001) Evidensbaserad kunskap? *Alkohol & Narkotika*, 5,
- Bergmark, A & Lundström, T. (2008) Evidensfrågan och socialtjänsten – om socialarbetares inställning till en vetenskapligt grundad praktik. *Socionomen*, 3, *Socionomens forsknings supplement*.
- Bergmark, Å & Lundström, T. (2002) Education, practice and research: Knowledge and attitudes to knowledge. *Social Work Education*, 21, 359-373.
- Blomqvist, J. (2002) *Att sluta med narkotika – med och utan behandling*. FoU-rapport 2002:2. Stockholm: FoU.
- Blomqvist, J., Cunningham, J., Wallander, L., Collin, L. (2007) *Att förbättra sina dryckesvanor – Om olika mönster för förändring och vad vården betyder*. Stockholm: FoU-rapport 2007:5/SoRAD-rapport nr 42.
- DiMaggio, P & Powell, W. (1991) "Introduction" i Powell, W & DiMaggio, P (red) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ekermo, M. & Beckman, L. (2008). *Det räcker inte med en bra idé: utvärdering av Sveriges Kommuner och Landstings metodutvecklingsarbete med case management för människor med dubbla diagnoser*. Eskilstuna : Mälardalens högskola, Studies in social sciences / Arbetsrapport 2008:1
- FoU- Nordväst. (2009). *Sammanställning av ASI-intervjuer i Nordväst. Jämförelser mellan kön, ålder, missbruksgrupper och nordvästkommunerna*. Utvärderingsrapport. Stockholm: FoU- Nordväst.
- FoU-Nordväst. (2008). *Implementering av Addiction Severity Index (ASI) i åtta kommuner i nordvästra Stockholm – erfarenheter och resultat*. Utvärderingsrapport. Stockholm: FoU-Nordväst.
- Granfield, R & Cloud, W. (2001) Social context and natural recovery: the role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Substance use and misuse*, 36(11), 1543-1570.

- Guldbrandsson, K. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut (FHI).
- Hasenfeld, Y. (1983) *Human Service Organizations*. University of Michigan: Prentice Hall
- Hälso- och sjukvårdsnämnden Gävle. Landstinget Gävleborg (2002) Missbruksvården i Gävle och Gävleborgs län.
- Johnson, B. (2005) *Metadon på liv och död. En bok om narkomanvård och narkotikapolitik i Sverige*. Studentlitteratur: Lund.
- Kommunförbundet Stockholms län (KSL) & Stockholms läns landsting (SLL). (1998) *Kommunerna, landstinget och missbrukarvården i Stockholms län – en gemensam policy för missbruksvård och specialiserad beroendevård*. Parlamentariska utredningen om specialiserad beroendevård och missbrukarvård i Stockholms län. Stockholm: Sll & KSL.
- Kommunförbundet Stockholms län (KSL) & Stockholms läns landsting (SLL). (2008) *Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende – samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län*. Stockholm: KSL & SLL.
- Mueser, K. (2009). *Missbruk och psykiatrisk samsjuklighet – integrerade insatser för vård och behandling*. Konferens 2 april, 2009, Göteborg.
- Oscarsson, Lars. (2006) Evidenskravet och socialt arbete. Skiss till en strategi för forskning och praktik. *Socionomen* 2006(4), 31-34.
- Oscarsson, Lars (2009). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten*. Stockholm: SKL Kommentus
- Palmstierna, T. (2009). Personlig kommunikation/föreläsning, FoU-Nordväst 2009-06-05
- Sackett, DL., Richardson, WS., Rosenberg, W & Haynes, RB. (1997) *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone Inc
- SBU (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsupställning* (volym I och II). Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU): Stockholm.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Toneatto, T & Leo, G. I. (1993) What triggers the resolution of alcohol problems without treatment? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(2), 217-224.
- Socialstyrelsen. (2007a) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007b). *Implementerings- och utbildningsstöd*. Supplement till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Åberg, M & Piuva, K. (under utgivning) Prel. titel: *Inventering av behov och insatser för personer med psykiskt funktionshinder*. Nordvästkomunerna och Psykiatri Nordväst.

## Sammanställning av Baslinjeenkäten inom ramen för Riktlinjeprojektet i Nordväst

Bilaga 1:1

- Juli 2008 -

---

### 1. Kommunernas fördelning av svaranden.

Kommun	Antal	Procent
Ekerö	13	10
Järfälla	14	11
Sigtuna	18	14
Sollentuna	19	15
Solna	17	14
Sundbyberg	15	12
Upplands-Bro	8	6
Upplands Väsby	22	18
Totalt:	126	100

### 2. Arbetsplats (kategorier).

- Beroendemott./beroendecentrum/öppenvård: 46 %
- Myndighet/Vuxenenhet (el. motsvarande): 38 %
- Inack./boendestöd el. kedja: 9 %
- Övrigt (psykiatrisk mott., ekonomi m.fl.) 6 %

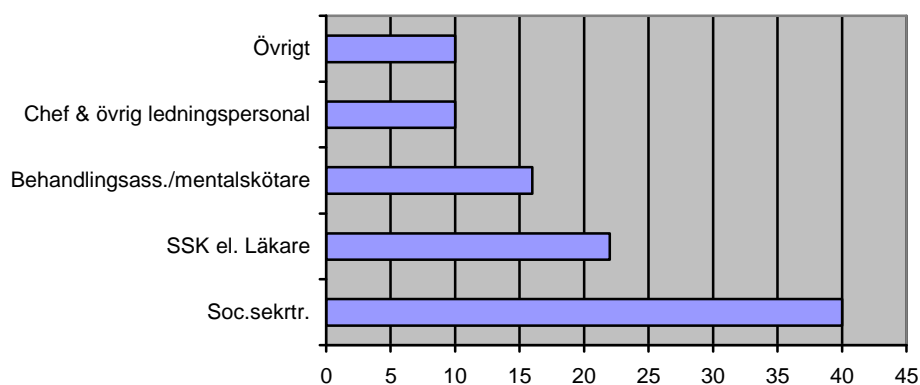
### 3. Huvudman.

Kommunen:	75 %
Landstinget:	25 %

### 4. Verksamhetsformen:

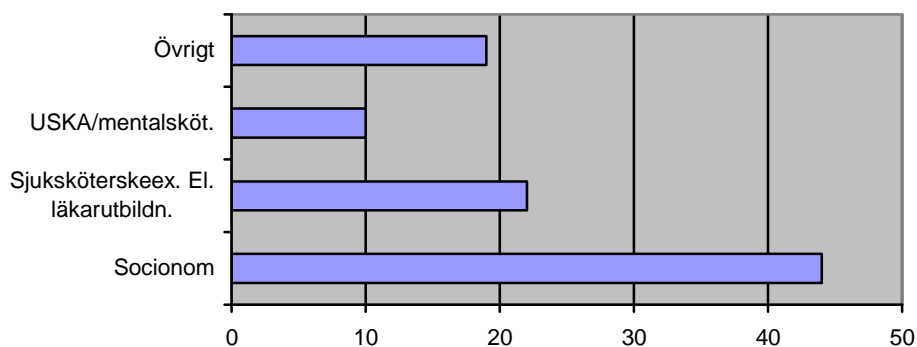
anges i 91 procent vara reguljär. Övrig verksamhet, och endast inom den kommunal sektorn, är tidsbegränsad (försöks- eller projektverksamhet).

**5. Anställning/Titel (kategorier), procent.**



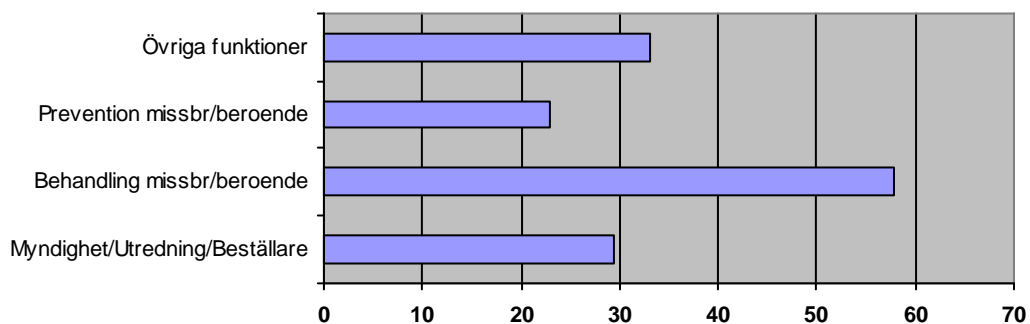
Under övrigt anges bl.a. boendestödjare och CM (Case-manager).

**6. Grundutbildning (kategorier), procent.**



Under övrigt anges bl.a. alk./drogterapeut, beteendevetare, psykolog och ekonom.

**7. Arbetsfunktioner (ej uteslutande), procent.**

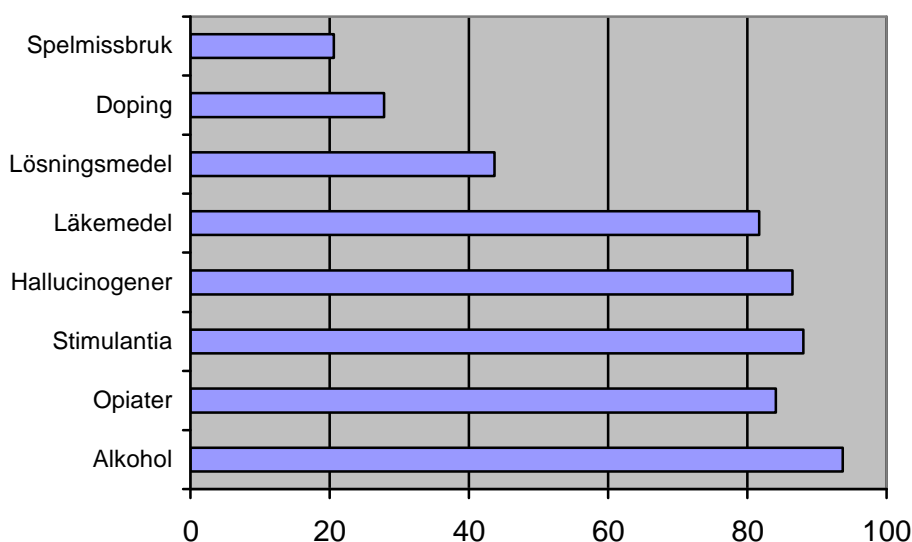




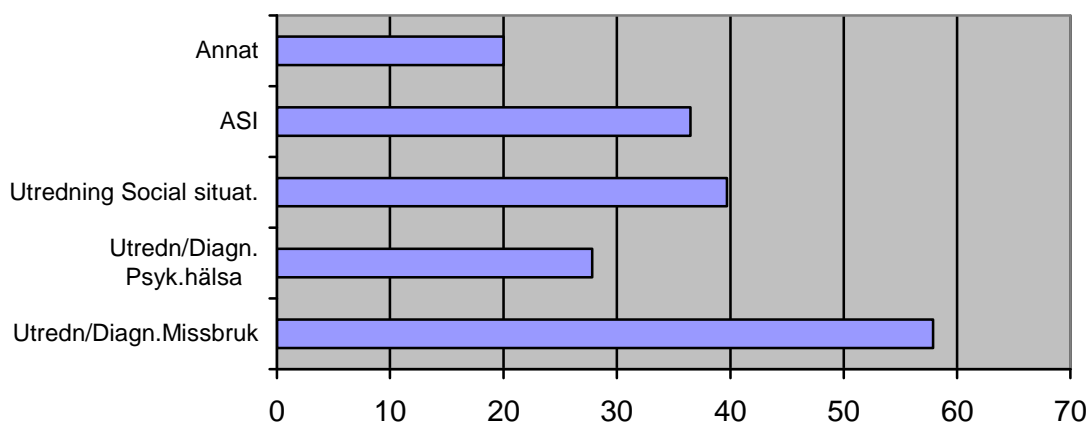
Övriga funktioner som anges är framförallt *stöd* i olika former; boendestöd, stödsamtal, psykosocialt stöd, stöd i vardagen.

Av erhållna svar framgår att de landstingsanställdas arbetsfunktion till 88 procent består av behandling.

### 8. Typ av missbruk som de anställda i nordvästområdet arbetar med, procent.

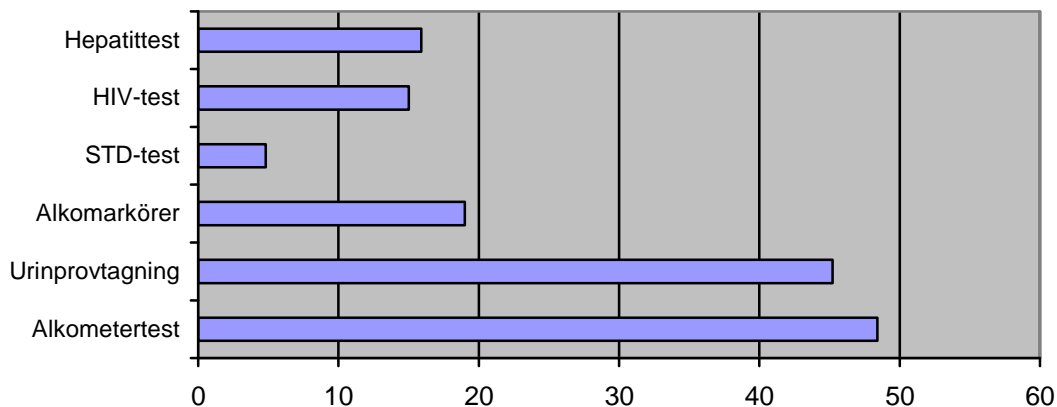


### 9 A. Arbetsuppgifter/arbetsmoment (ej uteslutande), procent.



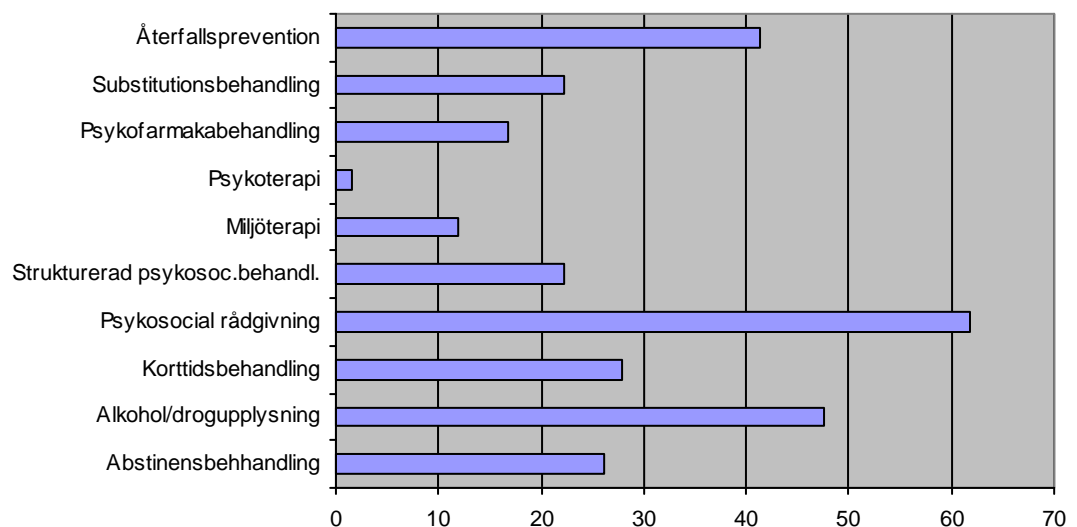
Vid Annat anges främst även här *stöd* i olika former; stöd att motivera, stödsamtal, stöd i vardagen. Här anges också arbetsuppgifter som följer med ett chefsansvar, administrativa arbetsuppgifter, projektledning och nykterhetskontroller.

**9 B. Prov & tester som genomförs av medarbetare i nordväst, procent.**



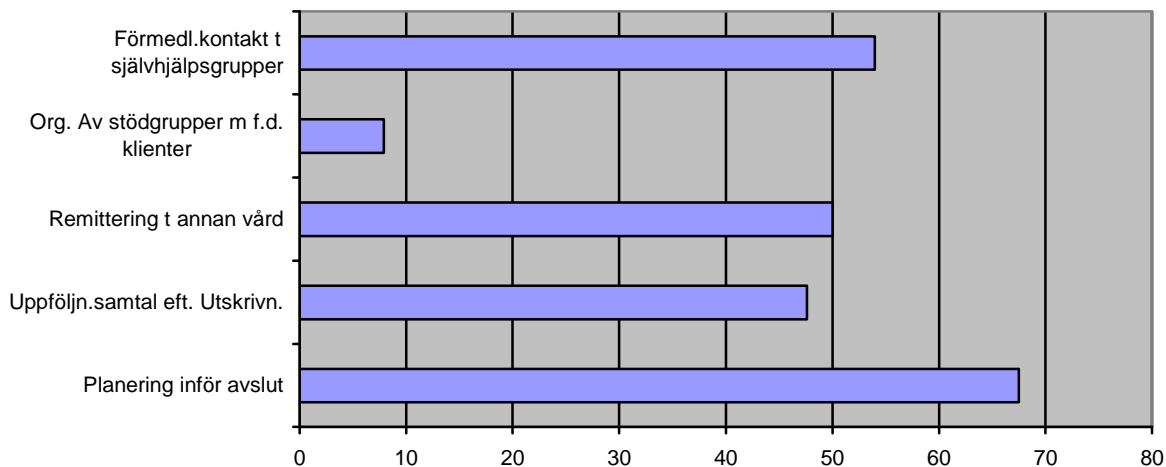
I huvudsak ansvarar landstingsanställda för genomförandet av ovanstående provtagningar. Alkometerstest genomförs dock även av kommunalt anställd personal och cirka en tredjedel av den kommunalt anställda personalen genomför också urinprovtagningar.

**9 C. Förekomst av missbruksbehandlingar, procent.**



De landstingsanställda ansvarar i huvudsak för abstinensbehandling, psykofarmakabehandling och substitutionsbehandling. De landstingsanställda har också relativt höga andelar inom alkohol – och drogupplysning och psykosocial rådgivning ("råd och stöd").

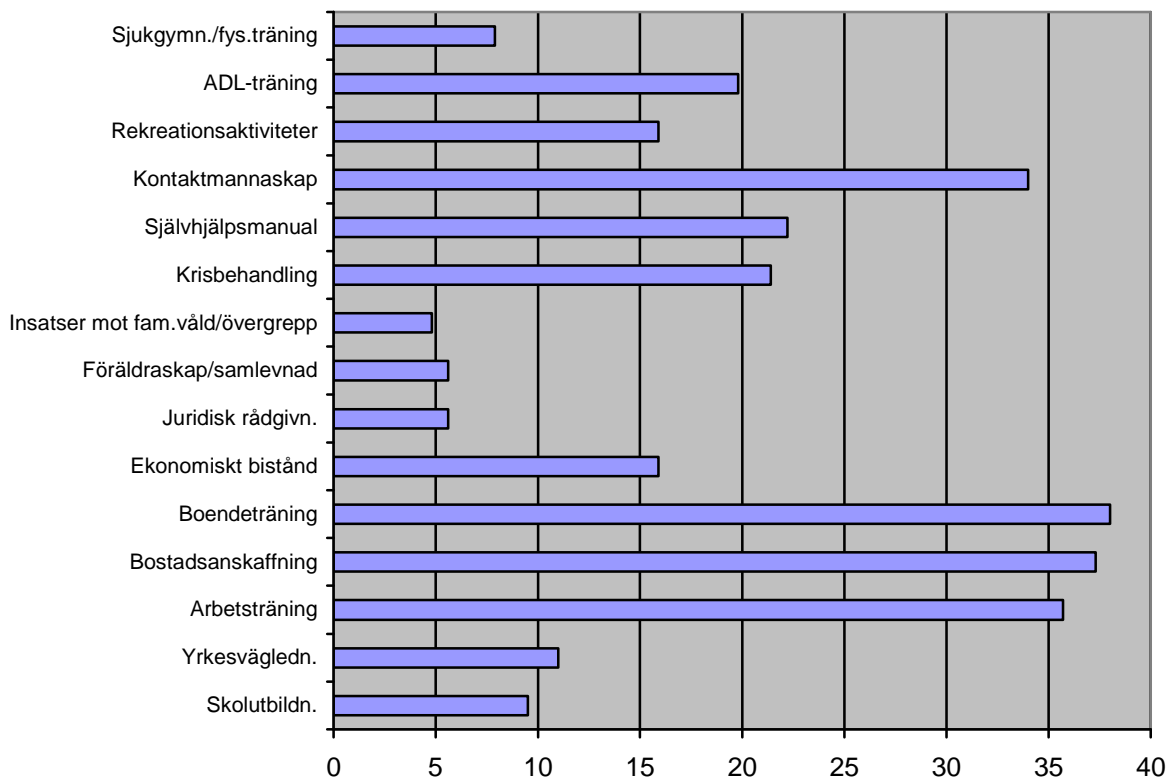
**9 D. Insatser vid avslut och eftervård, procent**



En högre andel av kommunanställd personal än landstingsanställd har uppföljande samtal med klienter efter utskrivning.

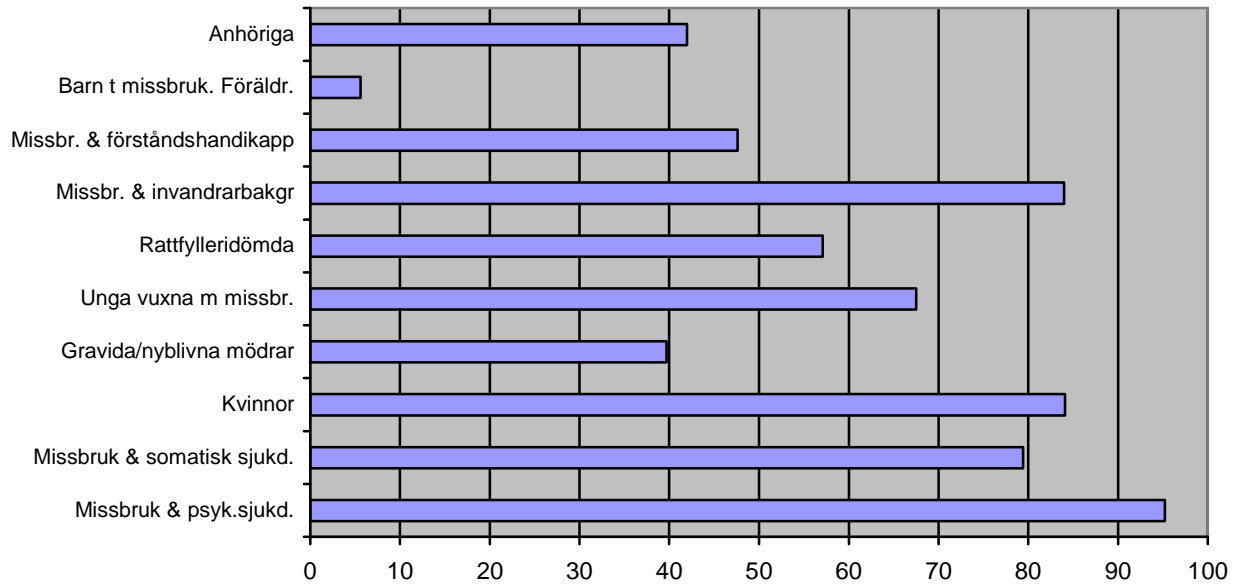
**9 E. Uppsökande arbete (fältarbete):** 22 procent har svarat att man arbetar med uppsök.

**9 F. Insatser som omfattar eller syftar till något av följande, procent.**

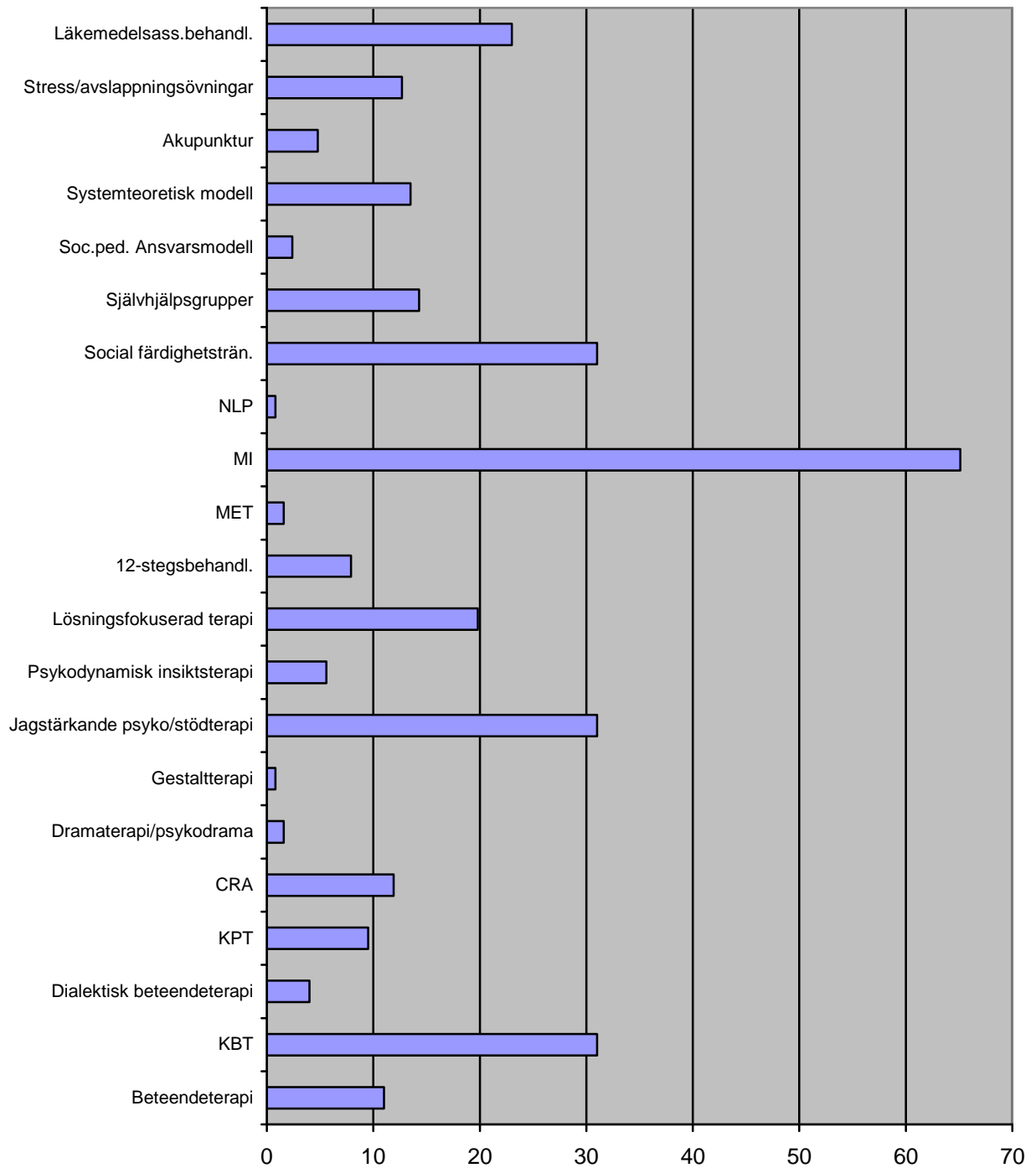


En högre andel av de landstingsanställda än de kommunanställda arbetar med insatser som omfattar Krisbehandling.

**10. Målgrupper som de anställda arbetar med, procent.**



**11. Vilka behandlingsmetoder som används och till vilken nivå, procent.**



Det finns ingen i undersökningen som uppgett att de arbetar med metoden FRAMES. Endast en (1) person arbetar med Gestaltterapi. Samma sak gäller för NLP. Två (2) personer uppger att de arbetar med Dramaterapi/psykodrama. Samma sak gäller för metoden MET.

**12. Gemensamma utbildningar socialtjänst och SLL (ingen tidsperiod anges i enkäten, kan alltså tolkas som om detta kan ha skett när som helst tidigare).**

**Ja: 32 procent.**

Av kommunanställda svarar 33 procent Ja. Av landstingsanställda svarar 31 procent Ja.

**Exempel** på gemensamma utbildningar: CRA, MI och ”seminarier”.

**13. Om gemensam handledning förekommer.**

**Ja: 9,5 procent**

**Exempel** på gemensam handledning som lämnats är ett mycket fåtal ”processhandledning”, ett par ”extern handledning” och någon som beskriver att ”en sjuksköterska är med”.

**Totalt** är det 12 personer som uppger att de har gemensam handledning. 10 av dessa uppger att detta under 2007 skett ”Regelbundet”.

**14. Förekomst av gemensamma behandlingskonferenser.**

**Ja: 71 procent**

**Hur ofta:** Vanligast: 1 ggr/veckan (svarar 35 procent). Varannan vecka eller 1 ggr/månaden svarar 7 procent. Bortfallet på just denna fråga är relativt stort.

**15. Antal gemensamma behandlingsplaner under 2007:**

- a) Enstaka: 30 %
- b) 2 – 5: 27 %
- c) 6 – 10: 22 %
- d) 11 el. fler: 21 %

**16. Övriga gemensamma aktiviteter som respondenterna svarat JA på:**

- a) Dagliga morgonmöten: 10 %
- b) Gemensamma kafferaster: 32 %
- c) Andra sociala aktiviteter: 25 %

**Exempel** på sociala aktiviteter: I regel är dessa arbetsplatsrelaterade så som ärendedragningar, AP-träffar, gemensamma föreläsningar eller metoddagar. Ett fåtal har skrivit café och restaurangbesök, promenader eller utflykter.

**Övrigt – gällande vidareutbildningar:**

På frågan om eventuella vidareutbildningar efter grundutbildningen lämnade jag utrymme om max tre (3). Här framkommer att främst två (2) vidareutbildningar gäller för kommunanställda och landstingsanställda i ungefär liknande utsträckning. Det är **Steg-1 utbildning** och **CM-utbildning** (Case Management).

För landstingsanställda gäller annars ett fåtal, väl avgränsade vidareutbildningar:

Psykiatri

Medicin/Kirurgi

Annat förekommande för ett fåtal:

MI

CRA

ÅP (återfallsprevention)

För kommunanställda spretar vidareutbildningarna ganska rejält. Här uppges bl.a.:

ART

CRA

KBT

MI

ASI

ÅP

Lösningsfokuserad terapi

Familjeterapi

Nätverksarbete

Systemteori

Ledarskapsutbildning

Kriminalvård

Kriminologi

Vanligast förekommande bland kommunanställda är:

MI

ASI

**RIKTLINJEPROJEKTET I NORDVÄST**  
**-en gemensam plattform i Nordväst för missbruks- och beroendevård**  
**Läsanvisningar och frågor till studiecirkel 1 - 5**

---

***Frågor till studiecirkel 1 - Kapitel 1.***

Den evidensbaserade medicinen bygger enligt kapitel 1 på tre kunskapskällor: personalens egen kliniska erfarenhet, tillgängliga forskningsresultat och patienternas synpunkter. Den evidensbaserade praktiken inom socialtjänsten sägs bygga på den bästa tillgängliga vetenskapliga informationen, personalens erfarenhet och professionens expertkunskap samt brukarens värderingar och önskemål.

*Fråga 1.* Vilka kunskapskällor anser du vara viktigast i ditt arbete?

Riktlinjerna understryker vikten av gemensamma termer och vill i kapitlet ta ett första steg mot en gemensam terminologi t.ex. gällande termer som missbruk och beroende.

*Fråga 2.* Vad krävs för att tillämpa gemensamma definitioner? Vilka hinder finns för detta?

Enligt riktlinjerna råder oklarhet kring begrepp som psykosocial behandling, psykosocialt stöd och sociala insatser.

*Fråga 3.* Hur definierar du dessa termer? Hur ser skillnaderna ut i praktiken?

Ett långt stycke i det aktuella kapitlet diskuterar ”moraliserande attityder” gentemot missbrukare även inom professionerna. En möjlig utväg ur detta erbjuds av sjukdomsbegreppet men riktlinjerna tar inte entydigt ställning för denna modell.

*Fråga 4.* Stämmer påståendet om moraliserande och fördömande attityder?  
 Vilken betydelse har sjukdomsbegreppet i ditt arbete?

Du är förstas välkommen med egna frågor som behandlar teman i kapitel 1.

---

***Frågor till studiecirkel 2 – Kapitel 2 i ”Nationella Riktlinjer”***

Kapitel 2 består av flera disparata element som rör frågor om samverkan, implementering, kompetensutveckling, kostnadseffektivitet och innehåller dessutom listan med rekommendationer avseende olika metoders effekter, evidens och en ekonomisk bedömning av olika insatser. Jag föreslår att detta läses kursivt - rekommendationerna kommer vi att återkomma till under höstens cirklar.

Däremot föreslår jag att du läser bilagan 2 (Metodik ) och bilagan 3. (Kommentarer om behandlingsforskningen ) i slutet av boken samt den bifogade artikeln (Långtidsförlopp vid narkotikamissbruk ) från faktaunderlaget till riktlinjerna.

Vi kommer således gå igenom grunderna för evidensgraderingen, belysa behandlingsforskningens olika grenar ytterligare och ta del av forskningsresultat utanför behandlingssfären. Det senare temat är också nära knutet till diskussionen om brukarinflytandet i själva behandlingen och dess inriktning. Nedan följer frågor till dessa tre teman:



*Fråga 1.* Debatten om behandlingsforskning och om metoder i behandlingen har varit intensiv de senaste åren. Forskningsresultaten är ofta inte entydiga och det finns olika teoritraditioner inom medicinen och i socialt arbete samt inom psykoterapeutisk effektforskning.

Hur handskas man med den här typen av kontroverser och debatter på din arbetsplats? Diskuteras frågorna mellan huvudmännen? Kan de lokala FoU-enheterna spela en konstruktiv roll här?

*Fråga 2.* I den bifogade artikeln av Jan Blomqvist (s.89-90) diskuterar han om "ett antal potentiellt intressanta implikationer för diskussionen om nationella riktlinjer". Hur påverkar denna kunskap om icke-behandlingsrelaterad förändring (självläkning) ditt professionella arbete?

*Fråga 3.* Trots mitt förslag om kursiv läsning av delar av kapitel 2, skulle jag vilja lyfta upp ett par frågeställningar som behandlas under rubriken "Organisation" (s.62 ff). Frågor som rör specialisering, samverkan mellan kommun och landsting och samarbete med självhjälp- eller brukarorganisationer. Ökar specialiseringen missbruks- och beroendeenheternas autonomi i behandlingsarbetet? Kan samverkan utvecklas ytterligare mellan socialtjänstens och beroendevårdens enheter? Hur? Har ni fungerande system för brukarinflytande på din arbetsplats?

Och som förra gången är du välkommen med egna förslag till teman för diskussion.

### ***Frågor till studiecirkel 3 - Kapitlen 3 och 4 i "Nationella riktlinjer"***

Kapitlen 3 och 4 har rubrikerna "Upptäckt och förebyggande verksamhet" och "Bedömningsinstrument och dokumentation". Framställningen är mycket brett anlagd från ett folkhälsoperspektiv och sträcker sig från primärvården över akutsjukvården till preventivt arbete inom arbetslivet. Jag föreslår att vi snävar perspektivet och utgår från vårt arbete inom den specialiserade beroende- och missbruksvården och berör frågor utanför vår domän bara i den mån dom direkt påverkar våra verksamheter.

Riktlinjerna och de aktuella kapitlen delar en organisations förmåga inom vården i operativa och kurativa egenskaper och i det ljuset ses också strävan efter tidig upptäckt. Vi kan reflektera och diskutera hur väl detta stämmer i våra verksamheter och i vilken grad "det operativa" ingår i vårt uppdrag.

Kapitlen innehåller också en ganska detaljerad genomgång av en mängd tester och bedömnings- och uppföljningsinstrument, både biologiska och psykologiska. Som utgångspunkt för diskussionen och inventeringen av våra instrument och deras betydelse i vardagen kan vi utgå från följande figur som finns på sidan 72 i kapitel 2.

*Fråga 1.* Ger figuren en riktig bild av processen i din organisation? Vem ansvarar för de olika stegen? Vilka metoder (över hela biopsykosociala fältet) används under processen?

*Fråga 2.* Är testresultaten och bedömningarna kommunicerbara mellan socialtjänsten och beroendevården och hur påverkar dessa behandlingsplaneringen? Underlättar standardiserade tester och manualbaserade bedömningsmetoder kommunikationen mellan olika vårdgivare? Använder ni andra tester eller bedömningsinstrument än dom beskrivna och rekommenderade i riktlinjerna?

Till sist en diskussionsfråga om de utförligt beskrivna "brief intervention"-metoderna Frames och MI. Vilken roll spelar dom i den specialiserade missbruks- och beroendevården?

---

**Frågor till studiecirkel 4 - Kapitlen 6, 7 och 8 i ”Nationella riktlinjer”**

Alkohol är en väsentlig beståndsdel i nordisk kultur och ”alkoholfrågan var en av de viktigare socialpolitiska frågorna under 1900-talet och kommer med stor sannolikhet också att vara ett viktigt inslag i debatten om den framtida välfärden och särskilt folkhälsopolitiken” (s. 149 i riktlinjerna).

Den klassiska alkoholpolitiken har vilat på följande tre pelare: kontrollpolitik, upplysning och förebyggande insatser samt vård och behandling. Några rader senare konstaterades dock att ”den senaste tioårsperioden har präglats av att delar av kontrollsystemet försvagats och förändrats, vilket anses ha ökat behovet av upplysande och förebyggande insatser liksom behovet av vård och behandling (s.150 a.a).” En ledande finsk alkoholforskare, Klaus Mäkelä, uttrycker sig mer drastiskt i en intervju redan år 2000, ”alkoholfrågan i form av ett samhälleligt problem existerar inte längre”. Detta vittrande av den tidigare alkoholpolitiken skall enligt riktlinjerna lett till ”att kraven successivt har skärpts på samhällets åtaganden för att motverka och behandla alkoholproblem” (s.150, min kursivering).

*Fråga 1.* Känns denna beskrivning igen? På vilket sätt märks de skärpta kraven i era respektive organisationer? Vem eller vilka har ställt dessa krav?

Kapitlet följer behandlingsprocessen moment för moment från abstinens till läkemedels- och psykosocial behandling och till en kombination av dessa metoder. Avsnittet om rehabilitering utanför vårdsystemet har vi redan diskuterat vid ett tidigare tillfälle och kan utelämnas.

*Fråga 2.* Vilka metoder av de beskrivna används i behandlingsarbetet (inkl. abstinensbehandling)? Är läkemedelsbehandlingen underutnyttjat som det påstås i riktlinjerna? Hur ser fördelningen ut mellan läkemedelsbehandling och användandet av psykosociala metoder?

Kapitel 7 handlar om graviditet och missbruk. Inledningsvis konstateras att ”problematiken med kvinnor som brukar alkohol eller narkotika under graviditeten har många sidor”; samtidigt framhåller man att ”kunskapsunderlaget visar att det finns få studier med hög evidensgrad”. Således saknas tydliga rekommendationer i arbetet med gravida missbrukare.

*Fråga 3.* Vilka rutiner finns beträffande denna fråga hos er? Vilka rutiner finns för samverkan mellan olika vårdgivare för behandlingsinsatser vid upptäckt av missbruk hos gravida kvinnor?

Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet) är ämnet för kapitel 8. I kapitlet konstateras att ”det finns inte någon evidensbaserad specifik behandling för samsjuklighet” (s.184) Däremot betonar man vikten av en samordnad behandling som utgår från den enskilde klientens eller patientens behov.

*Fråga 4.* Hur är arbetet organiserat hos er kring denna målgrupp? Konkret: Hur fungerar samordningen av behandlingsinsatserna?

---

**Frågor till kapitel 5 – Narkotika – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling**

Narkotikafrågan har varit och är också i dag ett konfliktfyllt fält. Detta gäller såväl socialpolitiskt som i val av behandling. Narkotikapolitiken och narkomanvården har dominerats av åtminstone tre stora debattfrågor sedan 1960-talet när ”narkotikaproblemet” fick sitt moderna uttryck som ”massfenomen”. Konflikterna har handlat om tvång eller frivillighet i vården, substitutionsbehandling av opiatmissbruk och – beroende och efter HIV – epidemins intåg om de s.k. harm reduction strategiernas

## Bilaga 2:3

plats i svensk narkotikapolitik. Trots både upp- och nedgångar i intensitet har dessa teman envist hängt kvar i den narkotikapolitiska men också i den vetenskapliga debatten om behandling och metoder.

*Fråga 1.* Hur aktuella är dessa frågor i dag? Hur påverkar de i så fall arbetet med klienterna/patienterna? Val av behandling och metod?

*Fråga 2.* Sedan ett antal år är det möjligt att starta mottagningar för sprutbyte i varje landsting. Inga verksamheter har startats! De enda mottagningarna är de ursprungliga i Malmö och Lund. Hur ser ni på denna fråga? Argument för och emot!

I riktlinjerna presenteras olika former av behandling (s.126-139) från preparat till preparat. Vi kan diskutera dessa enligt samma princip.

*Fråga 3.* Hur ser ansvarsfördelningen ut i er organisation beträffande vården av narkotikamissbrukare? Specialisering av funktioner? (t.ex. haschprogram, läkemedelsbehandling)

Vi har tidigare behandlat teman som återkommer i detta kapitel (långtidsförlopp, kvinnor och missbruk, samsjuklighet). Vi kan ta upp dessa teman igen ur ett narkotikaperspektiv.

I och med denna studiecirkelomgång har vi gått genom de nationella riktlinjerna som dom ser ut i dag. Dags således för en reflexion över våra studier och diskussioner.

Vad har varit bra? Nyttan? Vad går att tillämpa i vardagsarbetet? Förbättrar de evidensbaserade metoderna utfallet för våra klienter och patienter? Ni kan säkert göra listan av frågor ännu längre!

*Till sist en fråga om framtiden:* Hur går vi vidare?

Vilka krav ställer ”policydokumentet för Stockholms län” på en ännu vidare samverkan mellan huvudmännen?

Behövs det organisation för metodstöd i missbruksarbetet?

Är utarbetandet av lokala handlingsplaner ett realistiskt nästa steg?

Kan det arbetet ske i liknande former som vi använt i våra cirklar kring riktlinjerna?

*Jouko Lindgren*

## RIKTLINJEPROJEKTET I NORDVÄST

### ORGANISATION

Socialtjänsten	Landstingets beroendevård
Andra riktlinjer	Andra riktlinjer
Kunskap om varandras organisationer avseende terminologi/diagnoser	Kunskap om varandras organisationer avseende terminologi/diagnoser
Vetenskap kontra beprövad erfarenhet	Vetenskap kontra beprövad erfarenhet
Vilken funktion har organisationen, vem är den till för	Vilken funktion har organisationen, vem är den till för

LIKHETER / OLIKHETER

Socialtjänsten	Landstingets beroendevård
Hur talar man om insatser/metoder (psykosocial behandling, psykosocialt stöd)	Hur talar man om insatser/metoder (psykosocial behandling, psykosocialt stöd)
Klienter/patienter	Klienter/patienter
Missbruk/beroende	Missbruk/beroende .
Vårdplaner/vårdplanering	Vårdplaner/vårdplanering
Individens behov	Individens behov

**Enkät till medarbetare inom socialtjänsten och beroendevården  
- för Riktlinjeprojektet i Nordväst**

**FÖRST KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM DIN ARBETSPLATS OCH DINA ARBETSUPPGIFTER:**

---

**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? (flera alternativ kan väljas)**

- Alkoholmissbruk
- Opiatmissbruk (heroin, metadon, etc.)
- Stimulantiamissbruk (amfetamin, kokain, ecstasy, kat, etc.)
- Hallucinogen-/cannabissmissbruk (LSD, hasch, etc.)
- Läkemedelsmissbruk (lugnande/sömnigivande/smärtstillande medel)
- Lösningemedelsmissbruk (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

- Alkometertest
- 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
- Rekreativa aktiviteter (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

..

**AVSLUTNINGSVIS KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM DINA ERFARENHETER AV SAMVERKAN MELLAN BEROENDEVÅRD OCH SOCIALTJÄNST**

**11. Har Du haft gemensam utbildning med socialtjänsten/SLL?**

- Ja  Nej

Om Ja, vilken:.....

**12. Har ni gemensam handledning?**

- Ja  Nej

Om ja - vilken typ?.....

Om Ja, Hur ofta under 2007 ?

- enstaka tillfällen  sporadiskt  regelbundet



**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, vad:.....
- 

**TACK FÖR DIN MEDVERKAN!**