SAMMANFATTNING:
Införandet av de nationella riktlinjerna och implementeringen av evidensbaserad praktik på de svenska socialkontoren har medfört ett behov av studier som visar på hur handläggning av missbruksärenden gått till i praktiken. En enkät utformade med vinjetter samt frågor om de tio senaste faktiska ärendena skickades ut till olika socialkontor i Sverige och tio missbrukshandläggare bidrog med svar. Resultatet visar att handläggarna försöker tillämpa de nationella riktlinjerna som ännu är relativt nya och att samtliga respondenter beskriver ett samspelet mellan sina egna erfarenheter, klientens önskemål och den för tillfället bästa vetenskapliga kunskapen. Resultatet visar dock att klientens önskemål samt faktorer hos denne är något mer övergripande än de övriga två kunskapsskällorna i evidensbaserad praktik. Undersökningen kom även fram till att det finns behov av ytterligare kunskap kring handläggning av personer med samsjuklighet, missbruk/beroende i samband med psykisk sjukdom, att det förekommer stora skillnader i val av insats för klienterna samt att det krävs mer kunskap och utbildning av strukturerade bedömningsinstrument.

NYCKELORD: Handläggning, socialsekreterare, missbruk, beroende, forskning, klienten, evidensbaserad praktik

TITEL: Handläggning av missbruksärenden i praktiken - Samspelet mellan praktikern, klienten och forskningen

FÖRFATTARE: Linda Isaksson Vestberg

DATUM: December 2009
Förord

Jag vill tacka min handledare Arne Gerdner, professor i socialt arbete vid Institutionen för Socialt Arbete Mittuniversitetet Östersund, för all vägledning och hjälp han bistått med under uppsatsen gång.

Jag vill även tacka de missbrukshandläggare som genom sitt deltagande möjliggjort genomförandet av denna studie.
Innehållsförteckning

1. Inledning .................................................................................................................. 1
   1.1. Bakgrund ......................................................................................................... 1
   1.2. Syfte och frågeställningar ............................................................................ 5

2. Tidigare forskning .................................................................................................. 6
   2.1. Bedömningsinstrument ............................................................................... 6
   2.2. Vård och behandling ..................................................................................... 8

3. Material och metod ............................................................................................... 11
   3.1. Urval och administration av enkät ................................................................ 11
   3.2. Forskningsetiska överväganden .................................................................... 12
   3.3. Enkäten .......................................................................................................... 12
   3.4. Vinjetterna ..................................................................................................... 13
   3.5. Analysmetod ................................................................................................. 15
   3.6. Datakvalitet ................................................................................................... 15

4. Resultat och analys ............................................................................................... 15
   4.1. Vinjetterna ..................................................................................................... 15
       4.1.1. Erik ......................................................................................................... 15
       4.1.2. Oscar ...................................................................................................... 16
       4.1.3. Peter ...................................................................................................... 17
       4.1.4. Stefan .................................................................................................... 18
       4.1.5. Eva ........................................................................................................ 20
       4.1.6. Lena ....................................................................................................... 21
       4.1.7. Marie ..................................................................................................... 22
       4.1.8. Lisa ......................................................................................................... 23
       4.1.9. Sammanställning av respondenternas svar till vinjetterna ..................... 24
   4.2. De tio senaste ärendena ............................................................................... 25
       4.2.1. Utredning av beroende ....................................................................... 26
4.2.2. Utredning av klientens hjälpbehov................................................................. 26
4.2.3. Utredning av psykisk hälsa ............................................................................ 27
4.2.4. Vård- och behandlingsplaner ........................................................................ 27
4.2.5. Behandling och motiv för val av insats .......................................................... 29
4.2.6. Sammanställning av svaren angående de tio senaste ärendena.................... 29

5. Diskussion .............................................................................................................. 30

Referenser .................................................................................................................. 35

Bilaga 1 ....................................................................................................................... 37
1. Inledning
1.1. Bakgrund


Den för tillfället bästa vetenskapliga kunskapen handlar om forskningen om effekterna av olika insatser (Oscarsson, 2009; Eliason, 2007). Mätning av effekter kan göras med olika forskningsuppläggningar med experimentstudier där en grupp som får insatsen jämförs med en grupp som inte får insatsen är den som eftersträvas. Grupperna skall vara lika från början och detta kan t.ex. uppnås med randomisering, d.v.s. att man slumpar vem som skall ingå i vilken grupp. Sådana randomiserade kontrollstudier anses ge säkraste kunskapen om effekt, men ibland kan randomisering inte göras och då kan andra metoder användas (Jergeby & Sundell, 2008; Oscarsson, ibid.). Att överföra kunskapen från sådana experimentstudier till det egna ärendet är dock komplicerat eftersom arbetet sker med individer som i grunden är unika. Man måste dels kunna tolka studiens resultat och bl. a. förstå att gruppen som deltog i experimentet inte alltid liknar den klient man har framför sig samt att experimentstudien anger
effekt för flertalet, men inte för alla. Det finns alltid individuella variationer. Dessutom kan även variation finnas i sättet som insatsen ges. Detta medför att praktikern inte enbart kan se till vad forskningen säger om behandlingsmetodens effekt utan även bör se till personen och till kontexten där insatsen förmedlas (Oscarsson, ibid.). Effektstudier är även viktiga för att sortera bort insatser som inte har effekt eller som rent av är skadliga (Sundell, 2008).

Att ta hänsyn till klientens erfarenheter och önskemål har stor betydelse eftersom klienten är expert på sig själv, sina problem och behov samt sin livssituation och socialsekreteraren ska beakta klientens förväntningar, värderingar och livsomständigheter i sina bedömningar. (Oscarsson, 2009; Steinholtz Ekecrantz, 2008). Oscarsson utvecklar detta ytterligare och lägger för det första till kontextens betydelse som en central aspekt av socialtjänstens arbete. Med detta menar han det sammanhang i vilken klientens problem visar sig, t.ex. om problemet eller behovet finns hos klienten själv eller i dennes närmiljö eller vilka faktorer som kan ligga till grund för problemet. En annan aspekt som han tar upp är klientrationaliteten, vilket handlar om huruvida klienten tror på att den rekommenderade åtgärden kommer att ha effekt. Detta kan bidra till mer positiva resultat. EVP handlar därför om att socialsekreteraren väljer insats tillsammans med klienten, istället för bara för klienten, och för att detta ska fungera krävs det en arbetsallians mellan dessa där stöd, förtroende och ömsesidighet är tre viktiga beståndsdelar. Generellt är det tre klientfaktorer som påverkar utfallet av en insats: (1) bakgrundsfaktorer, d.v.s. demografi, arbetslivssituation, nätverk o.s.v., (2) specifika klientfaktorer, d.v.s. det specifika problem klienten söker eller behöver hjälp för, t.ex. missbruk, bostadssituation etc. samt (3) allmänna faktorer som generellt har betydelse i all psykosocial behandling, exempelvis klientens tilltro till både insatsen och praktikern, en trovärdig förklaring på sina egna problem eller att klienten själv kan se att det finns en väg ur sitt problem (Oscarsson, ibid.).

erfarenhet” är kunskap som är dokumenterad och spridd, som delas av professionen, är kritiskt granskad och fungerar som norm för hur praktiker ska handla (Oscarsson, ibid.). Enligt Oscarsson är den personliga kompetensen en förmåga att skapa kontakt och att kritiskt kunna analysera information. Det kräver bl.a. livserfarenhet, mognad och empatisk förmåga.

Flera författare menar att EVP kan bidra till att höja statusen på socialt arbete som profession eftersom insatsernas tillförlitlighet höjs och eftersom de bättre bör motsvara vad klienten är i behov av (Yunong & Fenzhi, 2009; Manuel m.fl. 2009). Genom den kvalificerade informationsinsamling och beslutsmodell som skall ligga till grund för valet av insats tänker man att motiven till besluten blir tydligare, bättre dokumenterade och därför mer tillgängliga för diskussion och debatt (Jergeby & Sundell, 2008). En annan positiv faktor som anhängare till EVP pekar på, är just att den bidrar till långsiktig kompetensutveckling genom kraven på dokumentation som möjliggör lokala systematiska utvärderingar, vilket ger bättre grund till ett kritiskt förhållningssätt gentemot tidigare kunskap (ibid.). Deras antagande är alltså tvärt emot det antagande som Månsson hade (se ovan). För att socialsekreterarna ska ha möjlighet att arbeta enligt EVP krävs dock att socialarbetaren har tid att ta till sig ny forskning och att denna är lättillgänglig (Yunong & Fenzhi, 2009). De måste också förstå att tolka evidensläget eftersom evidens aldrig är dikotomt ( finns/finns ej) utan snarare varierar i evidensgrader från starkt, om flera effektstudier visar entydigt resultat med tydlig effekt, till enstaka studier med annan uppläggning och mindre tydliga resultat (ibid.; Eliason, 2007).


Denna uppsats behandlar handläggning av missbruksärenden i praktiken och den lag som till stor del reglerar detta är Socialtjänstlagen (2001:453), vilken säger att:

"Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbruken får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.” (5 kap. 9 §)
Lagen ger dock ingen närmare förklaring till vilken vård som ska ges till vem, vilket ledde till att Socialstyrelsen år 2007 för första gången gav ut nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, vilka dessutom avsåg både socialtjänsten och hälsovården. Syftet med de nationella riktlinjerna är att vården ska bli tydligare och mer enhetlig samtidigt som de ska ge huvudmännen ett underlag för att rationellt kunna använda missbruks- och beroendevården resurser (SoS, 2007). De nationella riktlinjerna ger information om metoder för upptäckt och rådgivning, bedömningsinstrument och dokumentation, behandling av dels narkotika- dels alkohol missbruk och beroende samt speciella tillvägagångssätt för gravida kvinnor och personer med samtidig förekommande psykiska sjukdomar. EVP nämns också i de nationella riktlinjerna som ett sätt att införa forskning med vetenskapligt stöd och samtidigt kunna samverka med klientens önskemål och den professionelles erfarenheter (SoS, ibid.).


Wallander och Blomqvist (2005) har genom en faktoriell survey, inkluderat vinjetter, studerat vilka faktorer som styr vårdvalen för socialsekreterare. Resultatet visade att de klientvariabler som påverkade valet av insats mest var missbruksmedel, missbruksmönster, problemuppfattning, ålder och psykisk hälsa. Narkotika och dagligt intag av drogen ledde båda till mer omfattande insatser och en större chans till placering på behandlingshem medan


de med alkoholproblematik oftare bedömdes till vård med syfte att dra ner på intaget istället
för att helt sluta. Både klientens insikt om sina problem samt om denne var motiverad till
behandling ledde oftare till vård för att helt upphöra med drogen. Om klienten uppvisade
psykisk ohälsa var det fler som ansåg denne vara i behov av hjälp från annan instans än
socialtjänsten, då främst i kombination med förnekande till missbruk/beroende. De med
psykisk ohälsa ansågs även oftare vara i behov av institutionsbehandling. Vid bristen på
socialt stöd samt bristen på arbete rekommenderades oftare institutionsbehandling. Kvinnor
bedömdes även oftare till mer omfattande insatser medan klientens eget val betydde mycket
vid valet av öppen- eller slutren vård. I Wallander och Blomqvists (2005) studie var det 62
procent som angav att de inte använder bedömningsinstrument regelbundet. Tjugo procent
använde ASI regelbundet och 17 procent angav andra strukturerade bedömningsinstrument.
Det var större sannolikhet att beslut mynnade i öppenvård om socialkontoret hade tillgång till
egen öppenvård eller om de officiellt prioriterade öppenvård. När det kom till egenskaper hos
bedömaren själv påverkade både år i arbetet samt utbildning och vidareutbildning.

1.2. Syfte och frågeställningar

Syftet med detta arbete är att undersöka hur handläggning av missbruksärenden går till i
praktiken med särskild tonvikt på vilka faktorer som påverkar beslutsfattandet. Syftet
innehåller följande frågeställningar:

• Vilken överensstämmelse finns mellan olika handläggares bedömning i samma
ärende?
• Vilka faktorer påverkar socialsekreterarna i deras beslutfattande? Hur balanseras
forskningsresultat med klientens behov och önskningar, den professionelles
erfarenheter och eventuella andra faktorer?
• Hur görs bedömningar när det gäller klientens problem, med tonvikt på missbruk
respektive beroende, psykisk ohälsa och grad av olika hjälpbehov?
• I vilken utsträckning tillämpas vårdplanering och i vilken utsträckning omförhandlas
denna med klienten?
2. **Tidigare forskning**


Kraven på att socialtjänstens arbete ska vara kunskaps- eller evidensbaserat har på senare år blivit allt större. Problemet är att missbruk- och beroendeproblematik ofta är så komplex att det inte finns någon enstaka behandling som fungerar för alla och forskning har hittills inte kunnat ge några anvisningar om vilken/vilka metoder som är de bästa för vilka klienter (Wallander & Blomqvist, 2005).

2.1. **Bedömningsinstrument**


Screening, d.v.s. att i ett första steg identifiera om ett problem kan föreligga, kan göras antingen genom biologiska test, t.ex. markörer för skador (exempelvis leverprov), eller genom


Den tredje formen av utredningsinstrument är till för att bedöma klientens hjälpbehov i bredare mening, vilket har stor betydelse både i val av kombinerade insatser, eventuell vårdkedja samt uppföljning av klientens situation. För att bedöma klientens hjälpbehov är ASI (Addiction Severity Index) ett bedömningsinstrument som är internationellt validerat och som rekommenderas i de nationella riktlinjerna (SoS, 2007). Det finns även ett instrument (Dokumentation inom missbruksvården, DOK) som används på SiS-institutioner och en del behandlingshem. DOK är inte validerat men har likheter med ASI. ASI-intervjun ger en kartläggning över personens situation och problem över sju livsområden och kan ligga till grund för en bedömning av hjälpbehovet samt att den kan användas till vård- och


2.2. Vård och behandling

bidra till fler fullbordade behandlingar och långvarigt nyktra. Den vård och behandling som erbjuds bör ha tydliga och realistiska förändrings- och behandlingsmål vilket förutsätter utredning och diagnosstisering som kommuniceras med klienterna (SOU, 2005).


Läkemedelsbehandling kan förbättra möjligheterna att förebygga återfall, öka andelen nyktra och minska missbruket. Läkemedelsbehandling omfattar ett relativt begränsat antal preparat, exempelvis Antabus, Revia och Campral vid alkoholproblem och Revia, Subutex och Metadon vid drogproblem (SoS, 2007).

Psykosocial behandling för missbruk och beroende avser metoder eller tekniker som syftar till att förändra eller bearbeta den enskildes problembeteende samt ibland även andra problem som klienten uppvisar (SoS, 2007). Gemensamt för behandling som har visat evidens är att den är strukturerad och fokuserad på problemet, präglas av en medveten teori och följer ett förutsägbart schema (SBU, 2001; SOU, 2005; SoS, 2007; Eliason, 2007). Ett flertal psykosociala behandlingsmetoder har visat sig effektiva. Dessa kan grovt indelas i olika undergrupper: (1) behandling inriktad på att höja motivation till förändring (s.k. Motivationshöjande behandling, MET), (2) förändring av själva missbruks- eller beroendebeteendet (främst varianter av kognitiv beteendeterapeutiska metoder och 12-stegsbehandling), (3) metoder inriktade på möjliga bakomliggande faktorer till missbruket eller beroendet (främst dynamiskt orienterad behandling och interaktionella terapier), samt (4) behandling som involverar partner eller anhörig (SoS, 2007). Utöver dessa fyra nämnas allmänt stödjande rådgivning (ofta kallad standardbehandling eller sedvanlig behandling, ibland kompletterad med sociala insatser och läkemedel) vilken dock i sig inte har visat
evidens. Vården bör präglas av långsiktighet, kontinuitet och uthållighet då återfall är vanligt och goda behandlingsresultat har visat sig då behandling har följts av antingen professionell eftervård, t.ex. med återfallsprevention, eller av deltagande i självhjälpsgrupper, t.ex. anonyma alkoholistar (AA) eller anonyma narkomaner (NA) (SOU, 2005).

Det har visat sig att ett stabilt socialt nätverk har ett positivt samband med utfallet av vården (SoS, 2007). Att underlätta situationen för de familjemedlemmar som kan stödja personen med missbruk eller beroende och en involvering av familjen kan förstärka positiva behandlingseffekter även vid annan typ av behandling (SoS, ibid.; SOU, 2005).

Det har inte gjorts tillräckligt många studier för att visa om det finns några effektskillnader i förmåga att ta till sig behandling mellan kvinnor och män, men hittills har det inte visat sig vara någon större skillnad mellan könen. Det finns inte heller några entydiga resultat att kvinnor visar upp en större förbättring när de erbjuds behandlingar utformade endast för kvinnor (SoS, 2007; Olausson, 2008). Däremot finns det studier som visar att kvinnor kan föredra denna form av behandling (Olausson, ibid.).

När det kommer till om vården ska vara sluten (institutionsbehandling) eller öppen har det visat sig att vid lindrigare missbruk är öppenvård lika effektiv som sluten medan det vid tyngre missbruk finns något bättre resultat för de som genomgått slutenvård (SOU, 2005; Wallander & Blomqvist, 2005). Kinney och Leaton (1997) redovisar indikationer för när det kan vara mer fördelaktigt med sluten respektive öppen vård. Indikationerna för sluten vård är: (1) flera misslyckade behandlingar i öppenvård, (2) risk för abstinensbesvär, (3) medicinska problem, (4) bristande socialt stöd, (5) familjen är i behov av att ”återhämta sig” och (6) uttalad ambivalens vad gäller behovet av behandling. Indikationerna för öppenvård är: (1) aldrig tidigare behandlad, (2) minimal risk för abstinensbesvär, (3) inga medicinska komplikationer, (4) förmåga att använda tillgängligt stöd, (5) en intakt och stödjande familj och (6) sjukdomsinsikt.

En grupp som särskilt ställer krav på vårdgivaransvar och omhändertagande är personer med både missbruk eller beroende i samband med psykiska sjukdomar eller störningar, vilket även brukar benämns som samsjuklighet, inte minst eftersom denna grupp ofta hamnar mellan socialtjänsten och sjukvården med resultatet att de inte får någon hjälp alls (SoS, 2007; Olausson, 2008). Den vård som ges idag till personer med samsjuklighet har dessutom visat sig vara bristfällig (SoS, 2007). Det diskuteras mycket kring om vården som erbjuds för personer med samsjuklighet ska vara integrerad, där båda problemen behandlas tillsammans,
eller parallell, där de behandlas samtidigt men var för sig. Meningarna går isär men en studie genomförd av Clark & Young (2009) har visat att när det kommer till institutionsbehandling så kan integrerad behandling ge bättre resultat, både när det kommer till förbättring av de psykiska problemen och att bibehålla nykterheten.


3. Material och metod

Metoden för datainsamling är en nätbaserad enkät riktad till missbrukshandläggare inom socialtjänsten. Enkäten består av både kvalitativa och kvantitativa frågor.

3.1. Urval och administration av enkät

finnas även på andra håll. I vilken utsträckning detta gäller får dock undersökas i andra studier. Möjligen kan denna studie då fungera som en pilotstudie.

3.2. Forskningsetiska överväganden

De respondenter som svarat på enkäten har ombetts att uppgö namn och kommun i enkätens första del, främst för att kunna skicka ut påminnelser till dem som ännu inte hade svarat. I följebrevet till enkäten förklarades syftet med undersökningen, att deltagandet var frivilligt och att deras svar skulle hanteras konfidentiellt. Varken respondenternas namn eller enskild kommun kommer att nämnas i uppsatsen. Det förekommer inga känsliga personuppgifter i enkäten och de svarande tillhör inte någon särskilt sårbar population. Forskningsetiskt bör studien därför inte innebära några risker. Studien är motiverad eftersom det är ont om studier som berör handläggning av missbruksärenden i praktiken och vilka faktorer som påverkar socialsekreterarna i deras beslut som rör en mycket utsatt och sårbar population.

3.3. Enkäten

Enkäten består av tre delar (se bilaga 1) med sammanlagt 56 frågor. Del 1 innehåller frågor om den svarandes grundutbildning, vidareutbildning och arbetslivserfarenhet inom socialt arbete och som missbrukshandläggare.

och förslag till vidare utredning för att skaffa mer underlag inför val av insats. Det ger också möjlighet att ta upp hur man väger in klientens önskemål eller konsulterar andra.

Del 3 utgår istället från deras hantering av sina verkliga ärenden. Frågorna ställdes utifrån de 10 senaste missbruksärenden som respektive svarande hade handlagt. De är huvudsakligen kvantitativa, med tillägg av några öppna förklarande frågor. Frågorna berörde hur bedömningar gjorts av missbruk och beroende, hjälpbehov och psykisk hälsa, om och hur vårdplan hade utarbetats och eventuellt ändrats och vilken roll klienten hade haft i detta samt vilka insatser man landat i. Frågorna hade ofta formen av att ange ”i hur många fall av de 10 senaste ärendena” som något visst förhållande gällde. Dessutom fanns fyra frågor av mer övergripande art där svarandena fick bedöma i vilken grad fyra olika faktorer vanligen påverkar val av insats, nämligen kommunala avtal med insatsen, att insatsen är välkänd för förvaltningen, att insatsen är evidensbaserad samt om den följt klientens önskemål.

3.4. Vinjetterna


Fyra klientegenskaper varierade: kön, missbruk respektive beroende, social status och psykisk hälsa. Fördelningen av dessa byggdes upp utifrån en matris som beskrivs i tabell 1.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vinjet Nr och namn</th>
<th>Kön</th>
<th>Social situation</th>
<th>Missbruk eller beroende</th>
<th>Psykisk hälsa</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Oscar</td>
<td>M</td>
<td>Instabil</td>
<td>Missbruk</td>
<td>Problem</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Stefan</td>
<td>M</td>
<td>Stabil</td>
<td>Beroende</td>
<td>Problem</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Eva</td>
<td>K</td>
<td>Stabil</td>
<td>Missbruk</td>
<td>Problem</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Marie</td>
<td>K</td>
<td>Stabil</td>
<td>Beroende</td>
<td>Problem</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Alla fyra egenskaperna är i matrisen dikotoma, men i vinjetterna beskrivs de i mer levande form, för att inte faktorerna skall vara alltför uppenbara. Med fyra variabler skulle i princip 16 olika vinjetter kunna ha konstruerats. Det bedömdes vara för många och vinjetterna
begränsades till 8, t.ex. genom att inte alla variationer i social situation, missbruk/beroende och psykisk hälsa finns representerade i båda könen. Den första och den åttonde vinjetten samt den fjärde och den sjunde skiljer sig dock endast i fråga om kön.

Fyra av åtta vinjetter uppvisade någon form av psykisk störning. Dessa valdes till borderline (Oscar), social fobi (Stefan), posttraumatiskt stresssyndrom (Eva) och egentlig depression (Marie). De symptom som beskrevs valdes utifrån kriterier framtagna ur DSM-IV (APA, 1994). Detta betyder inte att fullständig symptombild för att kunna ställa psykiatrisk diagnos angavs, endast några typiska symptom ägnade att väcka tanke på att visst problem kan finnas och behöva utredas vidare.


Angående missbrukstystgd så valdes fokus på missbruk respektive beroende. Kriterierna för missbruk/skadligt bruk samt beroende finns upptaget i både DSM-IV och ICD-10. De vinjetterna som uppvisade ett beroende byggde på ICD-10’s (WHO, 1993) kriterier för beroende där minst tre av följande sex kriterier ska uppvisas, varav en under det senaste året:

- En stark känsla eller känsla av tvång att ta drogen.
- Svårt att kontrollera användning: mängden, tidpunkten eller att sluta.
- Fysiologiska abstinensbesvär eller bruk av drog för att undvika sådana.
- Höjd alkoholtolerans.
- Offrar andra nöjen och intressen p.g.a. användningen eller p.g.a. den tid som åtgått för att komma åt drogen respektive att återhämta sig.
- Fortsatt användning trots upprepade psykiska, fysiska eller kognitiva problem.


- Upprepad droganvändning som leder till oförmåga att uppfylla sina förpliktelser i arbetet, skolan eller hemma.
- Upprepad användning i situationer som riskerar hälsan för sig eller annan.
- Rättsliga problem till följd av användning.
- Ständiga eller återkommande sociala problem till följd av användning.
3.5. Analysmetod

Svaren på frågorna till vinjetterna analyserades i första hand med kvalitativ kategorisering och i förekommande fall genom meningsskoncentrering. Kategoriseringen utgick dels från vad respondenterna tog fasta på i vinjetterna (d.v.s. de fyra olika klientegenskaperna psykisk hälsa, social status, missbruk/beroende och kön) samt utifrån vilka åtgärder (utredningar respektive insatser) som föreslogs. Därefter kunde tendenser till likheter och skillnader mellan svaren påträffas och illustreras genom citat (meningskoncentrering).

De kvantitativa frågorna i del tre av enkäten redovisas i form av enkel deskriptiv statistik, d.v.s. frekvenser, genomsnitt och medianvärden. Det låga antalet medgav inga kvantitativa sambandsanalyser.

3.6. Datakvalitet

Trots det lilla antalet som valde att svara så har enkäten fungerat väl för dem som svarat, vilket visas i lågt internt bortfall. Vinjettmetoden innebär att alla har samma information. Strävan att teoretiskt förankra vinjetterna utifrån matrisen ovan och variera klientegenskaperna i åtta fall bör ha stärkt validiteten i den del som handlar om hur lika ärenden bedöms. Dessutom har beskrivningar av olika diagnoser (beroende och psykiska problem) förankrats i diagnosmanualerna. Genom att den sista delen av enkäten angavs handla om de 10 senaste konkreta ärendena bedömdes det vara möjligt att få reliabla skattningar av hur olika utredningsformer och insatser används m.m. Frågorna i del tre i enkäten baserades på de nationella riktlinjerna och beskrivningarna av EVP samt information om bedömningsinstrument, bl.a. från projektet Kunskap till Praktik.

4. Resultat och analys

4.1. Vinjetterna

Nedan följer en redovisning av de svar som inkommit på vinjetterna (se bilaga 1) respondenterna presenterades för.

4.1.1. Erik

Erik, (se vinjett 1, bilaga 1) uppvisade inga tecken till psykisk ohälsa, tecken för missbruk samt social instabilitet i form av brist på arbete och boende. En av tio respondenter har inte svarat på de båda följdfrågorna till vinjetten.
I Eriks fall har tre av de nio respondenterna rekommenderat hjälp med att hitta arbete/sysselsättning, endera på en gång eller efter avslutad behandling. Fyra har rekommenderat kontakt med ekonomihandläggare för ekonomiskt bistånd och sju av dem har ansett att Erik behöver hjälp med boende. Detta handlar exempelvis om stöd- eller kollektivboende: Stödboende i kombination med öppenvård.


Vid rekommendation av vård och insatser har två av nio diskuterat behovet av avgiftning. Två har rekommenderat motivationssamtal och en stödsamtal. Två har rekommenderat läkemedelbehandling, varav en i kombination med AA. Fem av respondenterna har rekommenderat öppen vård och fyra av dem slutet, medan två även har diskuterat möjligheten till ett LVM. En har tillrätt eftervård som en följd av institutionsbehandling. Vid valet av vård har det för tre av respondenterna handlat om en kombination av någon av ovanstående medan det i fyra svar har handlat om antingen en vård form eller en annan, exempelvis: Antاغigen bevilja behandling på institution, alt. stödboende i kombination med öppenvård.

När respondenterna har fått möjlighet att reflektera över sina val av åtgärder har fyra av respondenterna ansett att de skulle behöva veta mer om Eriks motivation och önskemål. Två av respondenterna har utgått från insatsen, exempelvis: ___ kommun bedriver öppenvård så länge det är möjligt. Fyra av respondenterna har sett missbrukets omfattning som den största orsaken och två av dessa har sett bristen på boende som anledning till institutionsbehandling.

4.1.2. Oscar

Oscar (vinjett 2, bilaga 1) uppvisade symtom på borderline, missbruk samt social instabilitet i form av brist på arbete, en risk att förlora lägenheten samt kriminalitet. Nio har svarat.

För Oscar är det tre av nio som diskuterar kring behovet av arbete/sysselsättning. Två rekommenderar kontakt med ekonomihandläggare och fyra personer hjälp med boende, exempelvis: Ev. hjälp med hyra så han får behålla lägenheten. En av respondenterna har tagit
upp kontakt med frivården på grund av kriminaliteten: Eventuellt samarbete med frivårdsmyndighet ang. rattfylleriet om han döms i domstol till lämpliga insatser för sitt missbruk bland annat kontraktsvård.

För utredning har fem respondenter inte nämnt något bedömningsinstrument. Fyra har föreslagit en ASI-intervju, en i kombination med AUDIT.

Vid val av vård har en av de svarande diskuterat kring behovet av avgiftning och en tagit upp motiverande samtal. Tre har rekommenderat stödsamtal och två läkemedelsbehandling, en av dessa i kombination med AA. Fem respondenter har rekommenderat öppenvård och en person sluten. Det har även här handlat om att endera erbjuda en form av insats eller en kombination av två, exempelvis: Samtal ev. i kombination med antabus.

När det kommer till Oscars symtom på borderline har två av nio inte nämnt något om de psykiska problemen medan de resterande sju har upptäckt att det finns andra problem utöver alkoholproblemen. Tre av dessa har uttalat att dessa problem kan vara psykiska medan de resterande fyra har nämnt andra former av problem, exempelvis: Oscar erbjuds att bearbeta sitt beteende då han ofta/regelbundet uppvisar kontrollförluster. Ingen av respondenterna har nämnt borderline. För behandling av de psykiska problemen har tre nämnt kontakt med psykiatrin eller terapisamtal och två har rekommenderat hjälp för problemen men inte specificerat hur. En av respondenterna rekommenderar endera kontakt med läkare eller kontakt med personal på missbruksbehandling som är insatt i båda formerna av problematik: Alternativt pröva öppenvårdsvård med personal som kan arbeta med ångest, oro och ev. repulse utifrån att han kan behöva förbättra sin impulskontroll. Den sista respondenten har rekommenderat ART (Aggression Replacement Training)

När det kommer till vad som påverkat dem mest har en av de svarande angett påverkan från frivården och en har inte sett informationen om Oscar som tillräcklig för att kunna precisera något val. Fem av respondenterna har sett tecken hos Oscar som det viktigaste. I två fall handlar det om alkoholproblematiken: Alkoholkonsumtionen är alarmerande, och i tre fall den psykiska problematiken: Det låter som att Oscar har svårt med det här med relationer.

4.1.3. Peter

Peter (vinjett 3, bilaga 1) uppvisade inga tecken på psykisk ohälsa, tre av kriterierna för beroende enligt ICD-10 samt att han var socialt stabil och gift. Alla respondenter har svarat på båda följdfrågorna.
När det kommer till Peters sociala nätverk har tre av respondenterna rekommenderat hjälp till Peters fru: *Henne skulle jag bjuda in på en träff med mig och där skulle jag erbjuda henne (...) Medberoendegrupp.* Fem av respondenterna har tagit upp arbetsgivaren. I ett av dessa fall har respondenten ansett att ansvaret ligger hos arbetsgivaren och inte gått längre med klienten: *Första hand hänvisa honom till företagshälsovården.* I de andra fyra svaren har det handlat om ett samarbete med arbetsgivaren: *Föreslå en gemensam träff med Peter tillsammans med hans arbetsledare eller företagsläkare.*

För utredning har sex av respondenterna inte angett något bedömningsinstrument och tre har rekommenderat en ASI-utredning, en i kombination med AUDIT.

Vid valet av vård har två av respondenterna inte angett någon vård. I ett av fallen för att arbetsgivaren har ett rehabiliteringsansvar och i det andra för att Peter inte tycks vara motiverad: *Jag skulle inte göra så mycket med honom eftersom han verkar fullständigt omedveten om sin problematik vilket förmodligen gör att han inte tar kontakt med mig. Eftersom jag tycks känna till ärendet beror det, troligen på, att frun tagit kontakt med mig. En av respondenterna rekommenderar avgiftning och en läkemedelsbehandling. Fyra av respondenterna rekommenderar motivationssamtal eller insiktsskapande arbete. Fem föreslår öppenvård och en diskuterar kring behovet av LVM. En av respondenterna nämner även eftervård: Återfallsprevention och uppföljningar.*

Åtta av respondenterna har sett egenskaper hos klienten som anledningen till sina rekommendationer. I tre av dessa har det handlat om alkoholproblematiken och i fem av dem Peters motivation till behandling: *Jag får intrycket att Peter vill fortsätta med sitt missbruk och att det inte har fått tillräckligt med konsekvenser.* En av de svarande har hänvisat till arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och en har gått efter egenskaper i den valda insatsen: *12-stegsprogrammet är bra behandling för personer med alkoholproblem.*

### 4.1.4. Stefan

Stefan (vinjett 4, bilaga 1) uppvisade symtom på social fobi, fyra kriterier för beroende enligt ICD-10 samt att han var socialt stabil och lever tillsammans med sin flickvän. Alla respondenter har svarat på de båda följdfrågorna.

När det kommer till Stefans sociala nätverk har två av respondenterna föreslagit hjälp till sambon: *Vi ska inte heller glömma sambon som kan behöva hjälp för egen del. Två har nämnt arbetsgivaren varav en av dessa rekommenderat ett samarbete och den andra säger att:*
Företaget har ett rehabiliteringsansvar i första hand men mannen skulle behöva träffa en personal som kan jobba med hans fobi så kan mannen kanske hantera dessa jobbiga situationer bättre.

Fyra av de tio respondenterna har inte nämnt något bedömningsinstrument för utredning, medan sex rekommenderar ASI, varav en av dem i kombination med AUDIT.

Respondenter har vid valet av insats i tre av svaren rekommenderat motiverande samtal och i två fall avgiftning/tillnyktring. En av respondenterna har rekommenderat stödsamtal och en kontakt med AA. Två har nämnt möjligheterna till läkemedelsbehandling och fem öppenvård: Jag skulle erbjuda honom vårat öppenvårdspartnership. Två av de svarande har inte precisert någon form av behandling för alkoholproblematiken utan istället lagt fokus på de psykologiska problemen i första hand.


4.1.5. Eva

Eva (vinjett 5, bilaga 1) uppvisade symtom för posttraumatiskt stressyndrom, missbruk samt social stabilitet. Alla svarade på den första följdfrågan medan två inte svarade på den andra.

Tre respondenter föreslog kontakt med arbetsgivaren, där en av dem anser att företagshälsovården har rehabiliteringsansvaret och därför inte går vidare med ärendet. De andra två föreslår ett samarbete med arbetsgivaren: Att chef och arbetskamrater känner till hennes svårigheter och stöttar henne i stället för att ta avstånd. Möte där alla försöker hjälpa henne vidare.

Fyra av respondenterna anger inget specifikt bedömningsinstrument. Fem föreslår ASI, varav en i kombination med AUDIT.

Två respondenter har vid val av insatser rekommenderat motivationssamtal och tre stödsamtal. En föreslår läkemedelsbehandling: Föreslås en gemensam träff med läkaren för att se om någon medicinering skulle hjälpa t.ex. antabus, Revia, Campral något annat att sova på. Fem av dem föreslår öppenvård och två rekommenderar att Eva deltar i grupper speciellt inriktade för kvinnor: 12-stegs behandling, helst kvinnogrupp, är första steget.


Six av respondenterna ser klientegenskaper som den största anledningen till deras val av insats. Tre av dessa lägger fokus på de psykiska problemen: Jag tolkar på denna korta beskrivning Evas drickande som en form av självmedicinering. En annan av de svarande skriver: Känns ganska ”klockrent” att det är en person som löst ett problem med att skaffa sig ett annat. En av respondenterna går utifrån den valda insatsen medan en annan hänvisar till
arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. En respondent har utgått ifrån att Eva har: Relative ordnande förhållanden.

4.1.6. Lena

Lena (vinjett 6, bilaga 1) upptäckte inga tecken på psykisk ohälsa, fyra kriterier för beroende enligt ICD-10 och att hon var socialt instabil med brist på arbete, boende samt en omhändertagen son. Alla respondenter svarade på frågora.

När det kommer till Lenas sociala instabilitet så har en av respondenterna rekommenderat kontakt med ekonomihandläggare och två hjälp med boende, ena delen på en gång eller efter avslutad behandling. Tre personer har diskuterat kring arbete/sysselsättning. Två har tagit upp sonen, exempelvis: Samarbeta med barnets handläggare inom socialtjänsten.

När det gäller användandet av bedömningsskala har sex av respondenterna inte angett något instrument medan fyra rekommenderat ASI, varav en av dem i kombination med AUDIT.

Vid valet av insatser är det tre respondenter som angett avgiftning och tre som angett läkemedelsbehandling. En respondent rekommenderar stödsamtal och fyra motiverande samtal. Tre respondenter rekommenderar öppenvård och sex stycken institutionsbehandling.


En av respondenterna har utgått ifrån insatsen i sitt svar på första frågan medan resterande nio har sett till egenskaper hos klienten. En av dessa ser alla Lenas problem som omfattande medan sju lägger störst fokus vid alkoholproblemen: Tveksamt om den här kvinnan fixar det via öppenvård. Jag tror det skulle sluta med institutionsbehandling. En av respondenterna ser
bristen på boendet som val till slutens vård: *Att jag väljer institution i det här fallet beror på att det saknas social förankring i form av bostad och arbete.*

### 4.1.7. Marie

Marie (vinjett 6, bilaga 1) uppvisade symtom på depression, tre kriterier för beroende enligt ICD-10 samt social stabilitet och hon bor med sin pojkvän. Alla tio har svarat på frågorna.

När det kommer till det sociala nätverket är det tre respondenten som tar upp arbetsgivaren. En av dessa anser att arbetsgivare har hela rehabiliteringsansvaret och lämnar svaret vid det medan två rekommenderar ett samarbete med arbetsgivaren. Två av respondenterna tar upp sambon genom exempelvis: *Familjebehandling/parrelation.*

Fem av respondenterna har inte angivit något bedömningsinstrument. Fyra har rekommenderat ASI, varav en i kombination med AUDIT.


I sina reflektioner öber sina svar har en respondent svarat att arbetsgivaren har rehabiliteringsansvaret och två har angett egenskaper i insatsen. För en är det inget specifikt problem som Marie uppvisar som påverkat utan respondenten skriver: *Marie är i behov av*
sjukskrivning och att få hjälp av kvalificerad personal. Tre av respondenterna har angett de psykiska problemen som den största faktorn: Känns som att den här tjenen har en depression i botten. Lika många har angett alkoholproblematiken: Det låter som hon har utvecklat rätt omfattande missbruksproblem.

4.1.8. Lisa

Lisa (vinjett 8, bilaga 1) uppvisade inga tecken på psykisk ohälsa, missbruk och social instabilitet i form av brist på arbete samt att hon vid 27 års ålder bor hos sina föräldrar. En av respondenterna har inte svarat på de två följdfrågorna.

De insatser som rekommenderats för Lisas sociala instabilitet är att fyra respondenter har diskuterat kring möjligheten till arbete/sysselsättning. Tre av respondenterna har tagit upp boendefrågan, exempelvis: Boendefrågan torde kunna utredas vidare om det är lämpligt att vid vuxen ålder bo med föräldrarna. En av respondenterna har tagit upp hjälp till föräldrarna.


Vid val av insats är det en som rekommenderar stödsamtal och tre som angett motivationssamtal. Två har angett slutenvård, varav en varit osäker på om öppen- eller slutenvård varit det bästa. Fyra respondenter har föreslagit öppenvård: Jag tror att det kan fungera med öppenvårdsbehandling, 12-steg eller KBT. En av respondenterna har skrivit: Kan vara i behov av strukturerad behandling och få insikt i att hon måste sluta dricka alkohol. En annan har svarat: Göra en ASI och därefter i samråd med Lisa ta ställning till vilken typ av hjälp som skulle vara bra för henne. Till sist är det en respondent som behöver vidare utredning för att kunna föreslå insats.

I Lisas fall är det en av respondenterna som hänvisat till de nationella riktlinjerna angående vad som mest påverkat val av insatser. Fyra har angett att de behöver veta mer om klienten genom att utreda vidare. Fyra andra respondenter har angett egenskaper hos klienten som den största anledningen, varav två har pekat på hennes missbruksproblem: Förstadium till missbruksproblem som kan avhjälpas genom tidiga insatser på enskild nivå. En annan av respondenterna har skrivit: Troligt är att Lisa inte kommer ta tag i sin situation så länge
föräldrarna ej ställer krav på henne. Hon behöver få konsekvenser utifrån de val – eller snarare de val hon inte – gör!

4.1.9. Sammanställning av respondenternas svar till vinjetterna

Sammantaget går det att se att för 37 svar angående vinjetter med social instabilitet har 21 upptäckt och kommenterat denna sociala instabilitet. Av de 21 som kommenterat den sociala instabiliteten är det 18 som rekommenderar insatser för boende och 13 för sysselsättning. Vad gäller stöd för de anhöriga har åtta av de 39 tagit upp detta. Det är 27 av 39 svar på vinjetter där psykiska problem är beskrivna, som har upptäckt dessa vid sidan av problemen med alkoholen och av dessa är det 24 som rekommenderar insatser hos psykiatrin, läkare eller på behandling som har de resurserna. Vad det gäller missbruk och beroende är det, av 37 möjliga svar, tio som har uttalat att det förekommer ett missbruk i de vinjetter som uppsatt missbruk, medan en har sagt beroende och inte missbruk. För klienterna som uppvisade kriterierna för beroende är det, av 40 möjliga, fyra respondenter som har uttalat att det är/kan vara ett beroende, medan sex har skrivit missbruk.

När det kommer till bedömningsinstrument är det 37 av 77 svar som angett ASI, nio stycken har angett AUDIT och två ADDIS. Vid de två tillfällena ADDIS har rekommenderats har båda varit för dem som uppvisar kriterierna för missbruk och där beroende alltså inte beskrivits.

I 21 fall har motivationssamtal rekommenderats. När det kommer till öppen- kontra sluten vård är det 36 respektive 16 som rekommenderat någon av dem. Av dessa är majoriteten av båda riktat till kvinnorna, 16 vid öppen och 11 vid sluten, vilket till viss del beror på att svaren till de manliga vinjetterna har varit en mindre än för de kvinnliga. I de 16 svar där sluten vård tas upp är 13 rekommenderade till socialt instabila personer. För de fiktiva klienterna som uppvisat missbruk är det 20 av 37 som rekommenderat öppen vård och sju sluten. Vid beroende har 16 av 40 rekommenderat öppen vård och nio sluten. Vid de fem tillfällena som möjligheterna till LVM har tagits upp är tre av dem för personer som uppvisar kriterier för beroende. I sex av 39 möjliga fall rekommenderar respondenterna specifik vård inriktade för kvinnor åt de kvinnliga klienterna.

Den största anledningen de flesta angett när det kommer till varför de valt en speciell insats är klientegenskaper, vilket fått 52 av 75 möjliga svar. Detta handlar bland annat om missbrukstygden, de psykiska problemen eller den sociala instabiliteten.
4.2. De tio senaste ärendena

I del tre av enkäten (bilaga 1) fick respondenterna svara på frågor som rörde de tio senaste ärendena de själva handlagt. För sammanställning av svaren se tabell 2.

**Tabell 2: Antal ärenden av de senaste 10 där svarande uppger…**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frågenummer avser nummering i del 3 (bilaga 1)</th>
<th>N</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maximum</th>
<th>Medel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fråga 2: Utredning om beroende</td>
<td>10</td>
<td></td>
<td></td>
<td>8,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 3: Utredning om beroende med strukturerat instrument</td>
<td>10</td>
<td>3</td>
<td>10</td>
<td>6,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 6: Utredning av hjälpbehov</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>7,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 7: Utredning av hjälpbehov med strukturerat instrument</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>5,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 10: Utredning av psykisk hälsa</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
<td>10</td>
<td>5,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 12: Utredning av psykisk hälsa med strukturerat instrument</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>3,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 15: Antal upprättade vårdplaner</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>7,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 16: Klienten aktivt medverkande vid upprättande av vårdplan</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>6,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 17: Befintlig vårdplan omförhandlad</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>4,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 18: Omförhandling efter klientens önskemål</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>4,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 19: Antal beslut om institutionsbehandling i vårdplan</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 20: Antal beslut om strukturerad öppenvård i vårdplan</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 21: Antal beslut om öppenvårdskontrakt i vårdplan</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>1,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 22: Antal familjehemsplaceringer i vårdplan</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 23: Antal beslut om boendeinsats i vårdplan</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>1,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 24: Förekomsten av mätbara mål i behandlingsplan</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>1,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 26: Gemensam utvärdering av mål</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>2,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 32: Användandet av välbekant behandling</td>
<td>10</td>
<td>2</td>
<td>10</td>
<td>7,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Fråga 33: Inhämtning av ny information vid beslut om behandling</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>0,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>
4.2.1. Utredning av beroende

När respondenterna fick uppge i hur många av de tio senaste ärendena de gjort en bedömning/utredning av beroendets svårighetsgrad låg medelvärdet på 8,7 och användandet av strukturerade bedömningsinstrument för denna bedömning låg på 6,5 (se tabell 2). I fråga 4 (del 3, bilaga 1) kunde de sedan uppge vilket bedömningsinstrument som använts. I denna fråga hade en respondent använt ADDIS vid fyra tillfällen. Utöver ADDIS var det tre av respondenterna som angav att de använt AUDIT vid 22 tillfällen och en respondent hade använt DUDIT vid tio tillfällen. Samtliga respondenter hade använt ASI vid 55 tillfällen och en respondent angav ADAD som använts vid två tillfällen. De fyra sistnämnda, AUDIT, DUDIT, ASI och ADAD, kan dock inte användas för att utreda beroende.

Vid tillfrågan om hur bedömningen gått till då instrument inte använts var det två respondenter som inte svarade. En har angett att det inte blivit någon utredning i vissa av fallen. Två respondenter har svarat att de haft tidigare kännedom om klienten samt samtal med psykiatrin. Fem respondenter svarade att de gjort bedömning genom samtal med klienten: Vanligt utredningsförfarande, d.v.s. frågor som berörde olika områden; familj, arbete, ekonomi, alkohol/droger, hälsa, tidigare insatser.

4.2.2. Utredning av klientens hjälpbehov

När respondenterna fick uppge i hur många av de tio senaste ärendena som de gjort en utredning/bedömning av klientens hjälpbehov låg medelvärdet på 7,6 och medelvärdet för användandet av bedömningsinstrument låg på 5,8 (se tabell 2). En person hade inte utrett klientens hjälpbehov. Vid fråga vilket bedömningsinstrument de använt sig av var det åtta respondenter som svarade ASI vid 51 tillfällen och en respondent som använt ADAD vid två tillfällen. Två av respondenterna angav AUDIT vid 19 tillfällen och en DUDIT vid tio tillfällen. En respondent har även använt sig av ADDIS vid 4 tillfällen. En av respondenterna har svarat: vet ej. Både ASI och ADAD är framtagna för att utreda en persons hjälpbehov men det är däremot inte ADDIS, AUDIT och DUDIT.

Hur bedömning har genomförts då bedömningsinstrument inte använts har tre av respondenterna inte svarat på. En respondent har angett att det inte varit aktuellt. Tre har svarat att det varit genom samtal med klienten och två att de haft tidigare kännedom om klienten. En respondent har skrivit: Tidigare kännedom, info från psykiatrin samt arbetsgivare.
4.2.3. Utredning av psykisk hälsa

Respondenten angav i fråga 10 (del 3, bilaga 1) hur många av de tio senaste ärendena som innefattat en utredning av klientens psykiska hälsa. Medelvärdet låg på 5,9 där det lägsta antalet ärendet som inkluderat en utredning av den psykiska hälsan var ett (se tabell 2). Vid frågan över vem som gjort denna psykiska utredning var det två av respondenter som svarade psykiatrer. Åtta av dem svarade handläggare på socialtjänsten, varav en även svarade: *Psykolog, vårdare/sjuksköterska psykiatrin.*


I frågan hur utredning genomförts då bedömningsinstrument inte använts (fråga 14, del 3, bilaga 1) var det fem respondenter som valde att inte svara. Tre hade skrivit att det inte var aktuellt och en svarade att bedömning gjordes genom samtal med klient. En av respondenterna svarade: *Inhämtande av information kring psykisk hälsa, medicinering o.s.v. i huvudsak från klienten själv. Genomgång om socialtjänstens tidigare kännedom rörande psyk.hälsa.*

4.2.4. Vård- och behandlingsplaner

Medelvärdet för hur många vårdplaner som upprättats under de tio senaste ärendena var 7,5 (se tabell 2). Av dessa vårdplaner ligger medelvärdet på om klienten varit aktivt medverkande vid upprättandet på 6 (se tabell 2). Medelvärdet för hur många vårdplaner som omförhandlats under den senaste tiden var 4,9 och medelvärdet för hur många av dessa som omförhandlats efter klientens önskemål var 4,2 (se tabell 2). För alla av de ovanstående frågor var det en respondent som svarade noll.
I de tio senaste vårdplanerna som respondenterna upprättat har öppenvård det högsta värdet med 3,4, när det kommer till val av insats (se tabell 2). Detta kan jämföras med institutionsbehandling som har ett medelvärde på 2,6 och familjehemsplacering med ett medelvärde på 0,1 (se tabell 2). För både öppenvård och institutionsbehandling är det två personer för respektive behandling som svarat noll medan det för familjehemsplacering var nio personer som svarade noll. De övriga två insatserna, öppenvårdskontakt och boendeinsats, hade ett medelvärde på 1,9 respektive 1,7 och där var det sex respektive fyra personer som svarade noll.

Sex av de tio respondenterna hade svarat noll på frågan om det fanns mätbara mål i de tio senaste ärendena, vilket gav ett medelvärde på 1,6 på den frågan (se tabell 2). Av de fyra som angett mätbara mål svarade tre av dessa: arbete/sysselsättning, boende samt drogfri/nykterhet. En av respondenterna svarade: Delta i AA-möten eller eftervård på behandlingshem. Bevilja boende (...) för att förlänga de nyktra perioderna. Vid fråga om de utsatta målen utvärderats låg medelvärdet på 2,1 och där var det fyra personer som svarade noll (se tabell 2). Anledningarna till att utvärderingarna inte ågt rum var enligt fem respondenter att det inte planerats in, tre angav att de inte drivit på och fyra angav att klienten inte hade varit intresserad. I två svar har ärendena fortfarande gått på medan det i ett svar handlade om att klienten avbrutit behandlingen. Tre av respondenterna har angett olika anledningar och en har valt att inte svara.

I tabell 3 redovisas vad respondenterna anser vara det som avgör val av insats. För alla variablerna var medianen ”ganska mycket” men det var även flera som svarade ”mycket” när det kom till om insatserna är evidensbaserade eller om de följt klientens önskemål. Ingen vill tillstå att klientens önskemål inte alls spelat någon roll.

**Tabell 3:** Vad avgör främst val av insats/program? Skattning i fyra grader.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Inte alls</th>
<th>Ganska lite</th>
<th>Ganska mycket</th>
<th>Mycket</th>
<th>Median</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Att förvaltningen har avtal med insatsen</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>Ganska mycket</td>
</tr>
<tr>
<td>Att insatserna är välkända för oss på förvaltningen</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>Ganska mycket</td>
</tr>
<tr>
<td>Att insatserna är evidensbaserade</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>Ganska mycket</td>
</tr>
<tr>
<td>Att insatserna följt klientens önskemål</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>Ganska mycket</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Det framgår av tabellen att när det kommer till om insatserna är välkända för förvaltningen så är det nio av de tio personerna som svarat ”ganska mycket” eller ”mycket” och endast en som svarat ”inte alls”. När det kommer till om förvaltningen har avtal med insatsen så är det tre som svarat ”ganska lite” eller ”inte alls” medan sju har svarat ”ganska mycket” eller ”mycket”.

4.2.5. Behandling och motiv för val av insats


4.2.6. Sammanställning av svaren angående de tio senaste ärendena

Utifrån respondenternas tio faktiska ärenden som de handlagt visar resultatet att medelvärdet för användandet av bedömningsinstrument vid diagnostisering av klientens beroende var 6,5. En av respondenterna hade använt ADDIS medan samtliga använt ASI, även AUDIT och DUDIT har använts vid flera tillfällen. Medelvärdet för användandet av bedömningsinstrument vid hjälpbehov var 5,8 och även här svarar majoriteten att de använt ASI, nämligen åtta av respondenterna. De har också använt sig av ADAD, ADDIS, DUDIT och AUDIT. Vid bedömning av klientens psykiska hälsa var 5,9 medelvärdet och två svarade att utredning gjorts av psykiatriker medan övriga svarade handläggare på socialtjänsten, oftast
med hjälp av ASI. I samtliga av ovanstående har majoriteten av respondenterna angett samtal
med klienten som utredningsförfarande då instrument ej används. ASI är det
bedömningsinstrument som använts för majoriteten av utredningarna men det används dock
även till utredning av beroende och psykisk hälsa vilket varken ASI eller ADAD är framtagna
för. ADDIS används vid ett fåtal tillfällen för utredning av klienten hjälpbehov samt psykiska
hälsa men den fungerar endast för utredning av beroende. AUDIT och DUDIT är inte
framtaget för att utreda varken klientens hjälpbehov, psykiska hälsa eller beroende, även om
det kan ge indikationer för att ytterligare utredning av en persons alkoholkonsumtion är
nödvändig vid höga poängtal.

Medelvärdet för hur många vårdplaner som upprättats var 7,5 och 6 för om klienten varit
aktivt medverkande vid upprättandet. För öppen- och slutens vård var medelvärdet 3,4
respektive 2,6. Medelvärdet för om mätbara mål funnits med i behandlingsplanen var 1,6 och
exempel på mål var t.ex. boende och nyktering. Medelvärdet för om utvärdering gjorts av
dessa mål var 2,1 och majoriteten av respondenterna angav som anledning till utebliven
utvärdering att det inte planerats.

Medianen av vad som påverkat dem i deras beslut var ”ganska mycket” för samtliga av
följande fyra: avtal med insatsen, att behandling varit välkänd för kontoret, att behandling
varit evidensbaserad och om det varit klientens önskemål. Medelvärdet för användandet av
redan välkänd behandling var 7,6, vilket kan ställas mot om de inhämtat ny information, där
medelvärdet var 0,8

5. Diskussion
Det framgår tydligt utifrån vinjetterna att det respondenterna främst utgår från vid val av
insatser är faktorer hos klienterna själva. Sammanlagt var det 75 olika svar över vad
socialsekreterarna baserade sina val på och 52 av dessa angav någon form av egenskap hos
klienten. Detta handlade bland annat om tyngden på missbruket/beroendet, symtom på
psykisk störning som klienten uppvisade eller tecken på social instabilitet. Det var även
många av respondenterna som ville veta mer om klientens egna önskemål samt dennes
motivation till behandling. Evidensbaserad praktik, i likhet med de nationella riktlinjerna,
lägger stor vikt vid att klienten är involverad i utredningsarbetet och beslutsfattandet vilket
respondenterna tycks göra samt att det finns motivation till förändring. Att inleda med
motivationssamtal kan alltså öka chansen till fler långvarigt nyktra. Att det är faktorer hos klienterna som styr framgår dock inte lika tydligt om man går vidare till deras egna ärenden som de handlagt. Trots att vikten av vårdplaner och mål i behandlingsplaner samt klientens involvering i dessa är viktiga steg för att klienten ska komma ur sitt missbruk/beroende är det relativt få som angett att vårdplan upprättats samt att klienten varit involverad vid upprättandet. Måttbara mål i behandlingsplanerna förekommer ännu mer sällan – medelvärdet är ännu lägre (1,6) – och i ytterst få av dessa har målen utvärderats. De flesta av respondenterna har angett att detta beror på att det inte planerats in eller att de inte drivit på.

Enligt EVP ska forskningen och praktikerns erfarenheter värderas på samma nivå som klientens egna önskemål, vilket inte framgår så tydligt utifrån de svar som kommit in. Endast vid få tillfällen har respondenterna angett egna erfarenheter av exempelvis behandlingar som anledning till den valda insatsen medan forskning nämnts vid ännu färre tillfällen. I frågorna om deras faktiska ärenden framgår det däremot lite tydligare att sådant som välkända insatser ofta används samt att de angett att det är ”ganska viktigt” att insatsen är evidensbaserad. Det är dock endast ett medelvärde på 0,8 på frågan om de inhämtat ny information om behandling innan beslut fattats.

Vid utredning av klientens problem och behov finns stor överenskommelse mellan svaren då det gäller användandet av bedömningsinstrumentet ASI. När det kommer till bedömning av hjälpbehov stämmer resultaten av denna studie in på det som anges av de nationella riktlinjerna, nämligen att ASI är ett bedömningsinstrument för just utredning av klientens hjälpbehov. Vad som däremot inte stämmer in på vad ASI är menad för är att respondenterna även använt ASI vid bedömning av personens psykiska hälsa. En annan intressant upptäckt är att det är fler respondenter som använt ASI för bedömning/utredning om beroende föreligger, vilket inte är avsikt som instrumentet, än för bedömning av hjälpbehov. ASI är även det bedömningsinstrument som nämnts vid flest tillfällen när det kommer till utredning av de fiktiva klienterna, i 37 fall av 77 möjliga svar.

De bedömningsinstrument som nämnts vid näst mest tillfällen är AUDIT och DUDIT och i de tio faktiska ärendena är det relativt många som använts sig av dessa vid bedömning av både beroende och hjälpbehov. AUDIT och DUDIT är dock screening-instrument och kan varken bedöma hjälpbehov eller om beroende föreligger.

ADDIS har endast rekommenderats till två av de fiktiva klienterna. När det kommer till de tio senaste faktiska ärendena har ADDIS använts vid fyra tillfällen av en respondent trots att det
är diagnostisering den är utformad för. ADDIS har även använts vid bedömning av hjälpbehov (4) och psykisk ohälsa (6), trots att den inte är utformad för att kunna bedöma varken hjälpbehov eller ställa diagnos på psykiska sjukdomar. En anledning till detta skulle kunna vara att socialstyrelsen har ägnat sig åt kampanjer för ASI.


Då fyra av vinjetterna uppvisade missbruk och de övriga fyra kriterier för beroende var det intressant att se hur många av respondenterna som valde att diagnostisera missbruket/beroendet. Det är dock endast en av respondenterna som vid två tillfällen rekommenderat en diagnostisering med ADDIS. Respondenterna använder ordet missbruk väldigt konsekvent men i majoriteten av fallen framgår det inte tydligt om de menar missbruk i enlighet med DSM-IV eller om de endast använde ordet som en mer allmän beteckning för personer med svår alkoholproblematik. Detta sätt att använda ordet är inte i överensstämmelse med de nationella riktlinjerna, som rekommenderar att man utgår från kriterierna i ICD-10. Vid fyra tillfällen, av 40 möjliga, har respondenterna uppgivit att personen uppvisar kriterier för beroende. Risken med att inte diagnostisera om personen har ett missbruk eller ett beroende är att personen själv inte får insikt i sin egen problematik, att målen för förändring av missbruksbeteendet inte diskuterats utifrån rätt förutsättningar (d.v.s. om det är rimligt att arbeta för att minska drickandet eller om det är rimligare att personen avstår helt ifrån alkoholen) samt att det finns risker för att insatserna inte är anpassade i förhållande till detta. Det finns även en risk att behandlingen inte blir målinriktad utan istället ofokuserat stödjande eller moraliserande.
Många av respondenterna har sett att det finns psykiska problem i de fyra vinjetternas symtom på psykiska sjukdomar och i några fall har de angett den sjukdom från vilka symtomen är hämtade, exempelvis vid social fobi och depression. Det är även många som rekommenderat vård för de psykiska problemen i form av t.ex. kontakt med psykiatrer eller en specifik behandling som har resurser för att tillmötesgå både de psykiska problemen och alkoholproblematiken. Det finns dock fortfarande de som inte har nämnt problemen överhuvudtaget samt en minoritet som har sett de psykiska problemen som svepskäl för att få dricka. Detta kan leda till att personen inte får den hjälp han/hon behöver för den psykiska sjukdomen, vilket enligt de nationella riktlinjerna är viktigt för personer med samsjuklighet. Det visade sig även att de som uppvisade psykiska problem i samband med social instabilitet rekommenderades färre åtgärder för sin sociala problematik än de som inte uppvisade några symtom på psykisk störning.

Betydande skillnader föreligger när det kom till val av insats till de fiktiva klienterna. Vissa tendenser gick dock att uppvisa; de flesta rekommenderade någon form av behandling i öppenvård, vilket även är fallet i deras egna faktiska ärenden där medelvärdet låg på 4,3 för öppenvård och 2,6 för sluten. I de fiktiva fallen finns dock stora skillnader både mellan olika klienter som uppvisar samma problembild och för en och samma klient. Insatserna för en klient kunde variera från stödsamtal till möjligheten att tvångsvärd. En stor överensstämmelse visade sig däremot i att majoriteten av dem som angett institutionsbehandling som ett alternativ har rekommenderat detta till de klienterna som inte hade något boende. Vid valet av vård för de som uppvisade missbruk respektive beroende var det en ytterst liten skillnad där det endast var två respondenter fler som rekommenderade institutionsbehandling för de med beroende än de med missbruk. Det fanns däremot en skillnad mellan kvinnor och män när det kom till valet av institutionsbehandling, 11 av de 16 som angett sluten vård har rekommenderat den för kvinnor.

Skillnaderna som uppvisades mellan valet av vård kan till viss del bero på att vinjetternas beskrivningar och att det inte finns behandlingar som har visat sig fungera för alla (Wallander & Blomqvist, 2005). Vissa skillnader skulle med stor sannolikhet minska om handläggarna hade en möjlighet att träffa klienten och utföra ett vanligt utredningsarbete, men i vissa fall finns det tendenser till mer stereotypa handlingsmodeller då exemplvis en av handläggarna skrivit att de i kommunen satsar på öppenvård, även om förutsättningarna för det inte är de bästa.
Ett problem med studien handlar om det låga antalet svarande vilket gör att det inte är möjligt att dra några generella slutsatser över hur missbruksärenden handläggs i praktiken. Resultaten kan dock ge en indikation på hur det kan se ut på många håll, särskilt med tanke på att de svarande är erfarna missbrukshandläggare med många år i yrket. Den stora variationen med svar på vinjettarna, samt att vissa respondenter har angett att de är i behov av mer information för att kunna precisera val av insatser (exempelvis är det många som svarat att de behöver veta om klienten är motiverad till behandling), stämmer in på den forskning som idag finns om vikten av motivation till behandling.

I jämförelse med den studie som genomförts av Wallander och Blomqvist (2005) går det att se vissa likheter med denna studie. I båda har det exempelvis visat sig att ASI är det bedömningsinstrumentet som används mest och att slutens vård rekommenderas oftare för personer som saknar boende samt för kvinnor. En annan likhet är att det spelar stor roll om kommunen valt att prioritera öppenvård. Den viktigaste skillnaden handlar om att missbrukets/beroendets tyngd i denna studie inte har visat sig ge upphov till fler insatser i form av institutionsbehandling.

Trots att det på grund av få respondenter, som tidigare nämnts, inte går att generalisera de resultat som framkommit av denna undersökning, kan resultaten ändå ge en indikation på hur handläggning av missbruksärenden går till i praktiken. Resultaten antyder att det på vissa områden, såsom bedömningsinstrument, kan behövas mer utbildning och kunskap för att stärka och effektivisera det arbete som genomförs på socialkontoren. En mer utförligare studie, där tillgången till tid och resurser kan inbringa fler svar, kan bidra till att ytterligare belysa hur missbruksärenden handläggs och vilka områden som behöver förbättras.

Resultatet visar att handläggarna försöker tillämpa de nationella riktlinjerna som ännu är relativt nya och att samtliga respondenter beskriver ett samspel mellan sina egna erfarenheter, klientens önskemål och den för tillfälligt bästa vetenskapliga kunskapen. Resultatet visar dock att klientens önskemål samt faktorer hos denne är något mer övergripande än de övriga två kunskapskällorna i evidensbaserad praktik. Undersökningen kom även fram till att det finns behov av ytterligare kunskap kring handläggning av personer med samsjuklighet, missbruk/beroende i samband med psykisk sjukdom, att det förekommer stora skillnader i val av insats för klienterna samt att det krävs mer kunskap och utbildning av strukturerade bedömningsinstrument.
Referenser


Bilaga 1

Handläggning av missbruksärenden

Denna enkätstudie handlar om hur missbruksärenden handläggs inom socialtjänsten. Bakgrunden till studien är de nationella riktlinjerna samt kraven på evidensbaserad praktik och enkäten är framtagen för att studera hur ärenden handläggs i praktiken, inklusive hur avvägningar mellan olika insatser och behov görs. Alla svar hanteras konfidentiellt och kommer att visas huvudsakligen i form av statistiska sammanställningar.


Tack för att du tar dig tid att besvara enkäten.

Del 1 – Några frågor om dig som svarar

1. Namn: ___________________________________________________

2. Vilken kommun arbetar du i?
   ________________________________________________________

3. Vilken grundutbildning har du?
   ________________________________________________________

   ________________________________________________________

5. Hur många år har du arbetat inom socialt arbete?
   ________________________________________________________

6. Hur många år har du arbetat som missbruks-handläggare?
   ________________________________________________________
Del 2 - Fallbeskrivningar


1. Erik

Erik, 35 år, har blivit av med sitt arbete eftersom hansvikariat har tagit slut och han har för närvarande ingen inkomst. Han har inte lyckats hitta något nytt arbete. Erik har tidigare haft vikariat men aldrig fast anställning. Säger att han dricker 2-3 starköl om dagen men på helgen kan det bli lite mer och då dricker han sig ofta full. På grund av bristen på inkomst har Erik förlorat sin lägenhet och flyttar nu omkring bland sina vänner och han träffat på olika gaybarer. Erik känner att det är lite besvärligt nu på grund av att han inte har något arbete men han försöker ändå att hålla humöret uppe. Vid flera tillfällen har Erik hamnat i polisens fyllecell på grund av att han druckit sig redlös och han har även vid några tillfällen blivit magpumpad. Ibland dricker han istället för att göra andra saker på dagarna, som att leda efter ett nytt arbete.

1. Beskriv kortfattat hur du skulle gå vidare med ovanstående fall. Vilken/vilka åtgärder skulle du rekommendera?
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________

2. Reflektera över ditt svar till ovanstående fråga. Kan du motivera vad det är som gör att du gav just detta förslag?
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________

2. Oscar

Oscar, 29 år, har precis förlorat arbetet på grund av att han skällde ut sin förra chef och är nu på väg att förlora lägenheten eftersom han inte har några pengar till hyra. Oscar har tidigare bytt arbete ofta och har bland annat arbetat som bartender, affärsbiträde, cykelreparatör m.m. Ofta har anställningen upphört på grund av oenigheter med de anställda eller arbetsledningen. Oscar har blivit stoppad av polisen på grund av fortkörning, rattfylleri och även ett slagsmål
utanför en krog under en festkväll. Oscar säger att han dricker på helgerna och ofta blir det ganska mycket. Några dagar i veckan tar han några starköl till middagen. Oscar säger att han tycker om spänning men att han ändå känner oro och ångest inför nya saker. Oscar vet inte vad han vill arbeta med, han studerade tidigare till undersköterska men ändrade sig och började studera till bilmekaniker istället men nu funderar han lite på att bli kock eller konstnär. Han har dålig kontakt med sina föräldrar och har inte så många vänner då han tycker att de bara klagar på hans humör. Erik är inte i något förhållande nu men han har tre allvarliga förhållanden bakom sig och alla tre har varit väldigt stormiga och slutligen har han fattat att det är lika bra att göra slut.

1. Beskriv kortfattat hur du skulle gå vidare med ovanstående fall. Vilken/vilka åtgärder skulle du rekommendera?
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________

2. Reflektera över ditt svar till ovanstående fråga. Kan du motivera vad det är som gör att du gav just detta förslag?
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________

3. Peter

Peter, 40 år, dricker alkohol flera dagar i veckan men säger att han kan dricka mycket för han blir inte full. Peter är gift och har en son som bor i England. Peter har fast anställning och arbetar skift på en fabrik. När han inte arbetar brukar han ofta sitta hemma och dricka öl och vodka eller så sitter han på puben som finns i närheten av där han bor. Företagsläkaren har informerat Peter om att han har förhöjda levervärd men Peter tror inte att det är så allvarligt och ser därför ingen anledning att dra ner på drickandet. Vid enstaka tillfällen har Peter stannat hemma från arbetet på grund av att han druckit för mycket. Han har slutat spela innebandy som han tidigare hade som intresse eftersom han tyckte att det tog för mycket tid, istället brukar han spendera tid med sina nya vänner som han fått på sin favoritpub, ibland kommer hans fru och hämtar honom. Peter säger att han mår bra och känner sig oftast glad.

1. Beskriv kortfattat hur du skulle gå vidare med ovanstående fall. Vilken/vilka åtgärder skulle du rekommendera?
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________

2. Reflektera över ditt svar till ovanstående fråga. Kan du motivera vad det är som gör att du gav just detta förslag?
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
4. Stefan


1. Beskriv kortfattat hur du skulle gå vidare med ovanstående fall. Vilken/vilka åtgärder skulle du rekommendera?

_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________

2. Reflektera över ditt svar till ovanstående fråga. Kan du motivera vad det är som gör att du gav just detta förslag?

_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________

5. Eva


6. Beskriv kortfattat hur du skulle gå vidare med ovanstående fall. Vilken/vilka åtgärder skulle du rekommendera?

_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________

7. Reflektera över ditt svar till ovanstående fråga. Kan du motivera vad det är som gör att du gav just detta förslag?

_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________
6. Lena


1. Beskriv kortfattat hur du skulle gå vidare med ovanstående fall. Vilken/vilka åtgärder skulle du rekommendera?
_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________

2. Reflektera över ditt svar till ovanstående fråga. Kan du motivera vad det är som gör att du gav just detta förslag?
_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________

7. Marie


1. Beskriv kortfattat hur du skulle gå vidare med ovanstående fall. Vilken/vilka åtgärder skulle du rekommendera?
_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________

2. Reflektera över ditt svar till ovanstående fråga. Kan du motivera vad det är som gör att du gav just detta förslag?
_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________
8. Lisa


1. Beskriv kortfattat hur du skulle gå vidare med ovanstående fall. Vilken/vilka åtgärder skulle du rekommendera?

_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________

2. Reflektera över ditt svar till ovanstående fråga. Kan du motivera vad det är som gör att du gav just detta förslag?

_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________

Del 3 - Egna ärenden

Del 3 och sista delen av denna enkät handlar om de 10 senaste missbruksärendena som du har handlagt. Tänk igenom för dig själv vilka dessa var så att du konkret kan svara på frågorna. Om du har lite svårt att komma ihåg dem så kan du ta fram aktorna. Om du ej haft så många ärenden kan du ange det här nedan:

1. Om du ej haft 10 ärenden som rört missbruk och beroende ännu, hur många fall har du haft?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. I hur många av de 10 senaste missbruksärendena gjordes en bedömning/utredning av klientens alkohol- och/eller drogberoende och dess eventuella svårighetsgrad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. I hur många av dessa ärendena där bedömning/utredning av beroende gjorts användes ett strukturerat bedömningsinstrument?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>0</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
<th>8</th>
<th>9</th>
<th>10</th>
</tr>
</thead>
</table>

4. Ange instrumentens namn, samt - för vart och ett av dessa - en parentes med en siffra från 1-10, som anger antalet av dessa 10 ärenden där instrumentet används.

________________________________________________________________________
________________________________________________________________________

5. Om strukturerat bedömningsinstrument INTE användes, hur gjordes bedömningen i så fall?

________________________________________________________________________

6. I hur många av de 10 senaste missbruksärendena gjordes en bedömning/utredning för att ta reda på/fastställa klientens hjälpbehov?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>0</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
<th>8</th>
<th>9</th>
<th>10</th>
</tr>
</thead>
</table>

7. I hur många av ärendena där bedömning/utredning gjorts över klientens hjälpbehov användes ett strukturerat bedömningsinstrument?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>0</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
<th>8</th>
<th>9</th>
<th>10</th>
</tr>
</thead>
</table>

8. Ange instrumentens namn, samt - för vart och ett av dessa - en parentes med en siffra från 1-10, som anger antalet av dessa 10 ärenden där instrumentet används.

________________________________________________________________________
________________________________________________________________________

9. Om strukturerat bedömningsinstrument INTE användes, hur gjordes bedömningen i så fall?

________________________________________________________________________

10. I hur många av de 10 senaste missbruksärendena har bedömning/utredning gjorts över klientens psykiska hälsa?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>0</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
<th>8</th>
<th>9</th>
<th>10</th>
</tr>
</thead>
</table>

11. Vem gjorde denna bedömning? Om någon annan gjort bedömningen, så kan detta anges under ”övrigt”.

Ingen bedömning har gjorts     Psykiatriker     Klinisk psykolog
Handläggare på socialtjänsten     Övrigt:________________________

12. Om bedömning/utredning gjordes av annan än klinisk psykolog eller psykiatriker, i hur många av ärendena användes i så fall strukturerade bedömningsinstrument?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>0</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
<th>8</th>
<th>9</th>
<th>10</th>
</tr>
</thead>
</table>
13. Ange instrumentens namn, samt - för vart och ett av dessa - en parentes med en siffra från 1-10, som anger antalet av dessa 10 ärenden där instrumentet använts.

_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________

14. Om strukturerat bedömningsinstrument INTE användes, hur gjordes bedömningen i så fall?

_________________________________________________________________________

15. I hur många av de 10 senaste missbruksärendena har en vårdplan upprättats?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. I hur många av dessa har klienten varit aktivt medverkande (givit förslag eller påverkat förslag) vid upprättandet av vårdplanen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. I hur många av de 10 senaste missbruksärendena har en befintlig vårdplan omförhandlats efter en tid?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. I hur många av dessa har omförhandlingen påverkats av klientens önskemål?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Hur många av de 10 senaste vårdplanerna innehåller beslut om institutionsbehandling?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Hur många av de 10 senaste vårdplanerna innehåller beslut om att klienten ska delta i ett strukturerat öppenvårdsprogram?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Hur många av de 10 senaste vårdplanerna innehåller öppenvårdskontrakt?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Hur många av de 10 senaste vårdplanerna innehåller beslut om familjehemsplacering?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23. Hur många av de 10 senaste vårdplanerna innehåller beslut om boendeinsats?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. I hur många av de 10 senaste missbruksärendena satte du och klienten upp mätbara mål som skulle uppnås genom behandlingsplanen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Kan du ge exempel på sådana mål?

_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________

26. I hur många av de 10 senaste missbruksärendena gjorde du och klienten en gemensam utvärdering av om målen uppnåtts?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27. Om ni inte gjorde gemensam utvärdering, vad var orsaken? Pricka för de svar som varit tillämpliga:

Vi hade inte planerat det                Jag har inte drivit på
Klienten har inte varit intresserad         Övrigt:________________________

28. Utifrån de 10 senaste missbruksärendena ange vad innehållet i vårdplanerna främst byggt på? [Att förvaltningen har avtal med insatsen]

Inte alls  Ganska lite  Ganska mycket  Mycket

29. Utifrån de 10 senaste missbruksärendena ange vad innehållet i vårdplanerna främst byggt på? [Att insatserna är välkända för oss på förvaltningen]

Inte alls  Ganska lite  Ganska mycket  Mycket

30. Utifrån de 10 senaste missbruksärendena ange vad innehållet i vårdplanerna främst byggt på? [Att insatserna varit evidensbaserade]

Inte alls  Ganska lite  Ganska mycket  Mycket

31. Utifrån de 10 senaste missbruksärendena ange vad innehållet i vårdplanerna främst byggt på? [Att insatserna följt klientens önskemål]

Inte alls  Ganska lite  Ganska mycket  Mycket

32. I hur många av de 10 senaste missbruksärendena har tidigare välbekant behandling använts?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
33. I hur många av de 10 senaste missbruksärendena har ny information inhämtats om olika former av stöd- och behandlingsalternativ innan beslut om åtgärd kunnat fattats?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

34. Var och hur har denna information inhämtats?

_________________________________________________________________________
_________________________________________________________________________