



**Göteborgs
Stad**



**CHEFERNAS RÖSTER
KRING OMRÅDET
ETABLERAT MISSBRUK**

ANN KARLSSON, SAMORDNARE/UTREDARE
KUNSKAPSKÄLLAR ´N
SOCIAL UTVECKLING
SOCIAL RESURSFÖRVALTNING
2016-04-21

INNEHÅLL

INNEHÅLL.....	1
SAMMANFATTNING	2
INLEDNING.....	3
BAKGRUND	3
SYFTE	3
METOD	3
CHEFERNA	4
DEL I RESULTAT.....	6
DE NATIONELLA RIKTLINJERNA	6
BEDÖMNINGSINSTRUMENT	7
MEDICINSKA TESTER	9
BEHANDLINGSMETODER	10
BRUKARNAS SYNPUNKTER	11
STÖD TILL NÄRSTÅENDE	12
MÅLGRUPPENS BEHOV	13
SAMVERKAN MED ANDRA AKTÖRER	14
UPPFÖLJNING AV INSATSER	16
STYRKOR OCH UTVECKLINGSOMRÅDEN	17
MEDARBETARNAS KOMPETENS	17
AVSLUTANDE DISKUSSION	19
BILAGA I	21
BILAGA II.....	22

SAMMANFATTNING

I början av 2016 genomfördes denna enkätundersökning med chefer i Göteborgs stad för att få underlag till en aktuell nulägesbeskrivning av stadens missbruksarbete. Enkätens tretton frågeställningar har besvarats av 67 chefer. Resultatet från undersökningen är en viktig grund och startpunkt i arbetet med att ta fram en övergripande plan som tydliggör och lyfter fram stadens arbete mot missbruk och beroende. Här följer en sammanfattning av undersökningens viktigaste resultat.

- * Cheferna uppger att de är väl insatta i de Nationella riktlinjerna och anser det vara angeläget att använda dessa in sin verksamhet
- * Bedömningsinstrument används generellt sett i begränsad omfattning i staden. ASI, AUDIT/DUDIT och DOK (DOK, UngDOK och BoendeDOK) är de bedömningsinstrument som används mest
- * Medicinska tester används i mycket liten omfattning eller inte alls och bedöms huvudsakligen höra till hälso- och sjukvårdens område.
- * Motiverande samtal och återfallsprevention är utan tvekan de mest använda metoderna i stadens missbruksarbete
- * Majoriteten av cheferna anser att de tillvaratar brukarnas synpunkter och erfarenheter i hög grad på individnivå
- * Drygt hälften av verksamheterna ger psykosocialt stöd i någon utsträckning till närstående barn och vuxna
- * Flertalet av cheferna anser att de insatser som verksamheten erbjuder motsvarar de faktiska behoven i hög grad. De egna insatserna upplevs som adekvata men kompletterande eller samtidigt insatser från sjukvården efterfrågas
- * Fortsatt arbete med brukarinflytande, ASI, familje- och anhörigperspektivet samt samverkan med sjukvården anser cheferna vara de viktigaste utvecklingsområdena i sina verksamheter
- * Samverkan sker i hög grad inom Göteborgs stad men i lägre omfattning med andra aktörer.
- * På individnivå följs insatserna upp i stor utsträckning men på verksamhetsnivå i något mindre utsträckning
- * Nästan alla chefer anser att medarbetarna har adekvat kompetens i relation till uppdraget men i något lägre utsträckning i relation till de nationella riktlinjernas rekommendationer

INLEDNING

Bakgrund

Kommunstyrelsen har gett i uppdrag att ta fram en övergripande plan mot etablerat missbruk och beroende som påtagligt påverkar människors liv och vardag. Planen omfattar kommunens verksamheter på missbruksområdet och ska förtydliga stadens samlade inriktning, belysa behov, stärka likabehandling, klargöra ansvar för individuella insatser och förbättra samverkan.

En enkätundersökning har genomförts för att få underlag till en aktuell nulägesbeskrivning av stadens missbruksarbete.¹ Resultatet från undersökningen är en viktig grund och startpunkt i arbetet med att ta fram en övergripande plan som tydliggör och lyfter fram stadens arbete mot missbruk och beroende.

Syfte

Syftet med undersökningen är att:

- få en samlad nulägesbild av stadens missbruksarbete
- inhämta kunskap om behov och faktiska förhållanden
- få fram förslag till utveckling och förändring
- vara ett underlag för fördjupat arbete utifrån olika teman

Därutöver ska resultatet ge en bild av stadens arbete på missbruksområdet i förhållande till rekommendationerna i de reviderade nationella riktlinjerna ”Vård och stöd vid missbruk och beroende”. Även övriga kommuner i Västra Götalands län har valt att använda sig av samma frågeställningar och att genomföra motsvarande enkätundersökning lokalt. En samlad bild av kommunernas arbete på missbruksområdet i länet kommer också att ställas i relation till den så kallade GAP-analysen² som hälso- och sjukvården i Västra Götaland genomför som ett led i arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna i sin verksamhet.

Metod

Undersökningen har vänt sig till chefer för verksamheter som möter människor med etablerat missbruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, blandmissbruk, psykisk sjukdom och missbruk (samsjuklighet) samt dopningspreparat. Det kan gälla såväl barn, som vuxna och äldre. Frågeställningarna i denna undersökning avser således inte förebyggande arbete eller riskbruk.

Enkäten har sänts till områdeschefer, enhetschefer, gruppchefer och 1:e socialsekreterare i staden som har ansvar för myndighetsutövning Barn och unga samt Vuxna, Socialjour, Ekonomiskt bistånd, Öppenvård för unga och vuxna samt Boendeverksamhet.

¹ Frågorna i enkäten återfinns i bilaga I.

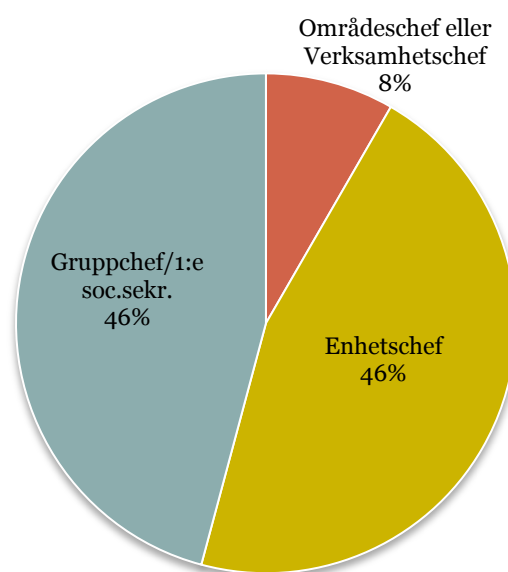
² Metod för att identifiera gapet mellan den nuvarande verksamheten och ett önskat läge.

Framtagning av frågeställningar och statistisk bearbetning har skett med hjälp av särskilt sakkunnig person på området.

Cheferna

Undersökningen har vänt sig till chefer som är verksamma på olika nivåer i Göteborgs stad. Cheferna har ansvar för verksamheter som möter människor i alla åldrar med etablerat missbruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, blandmissbruk, psykisk sjukdom och missbruk (samsjuklighet) samt dopningspreparat.

FIGUR 1. JAG ARBETAR SOM: I PROCENT. (N=48).³

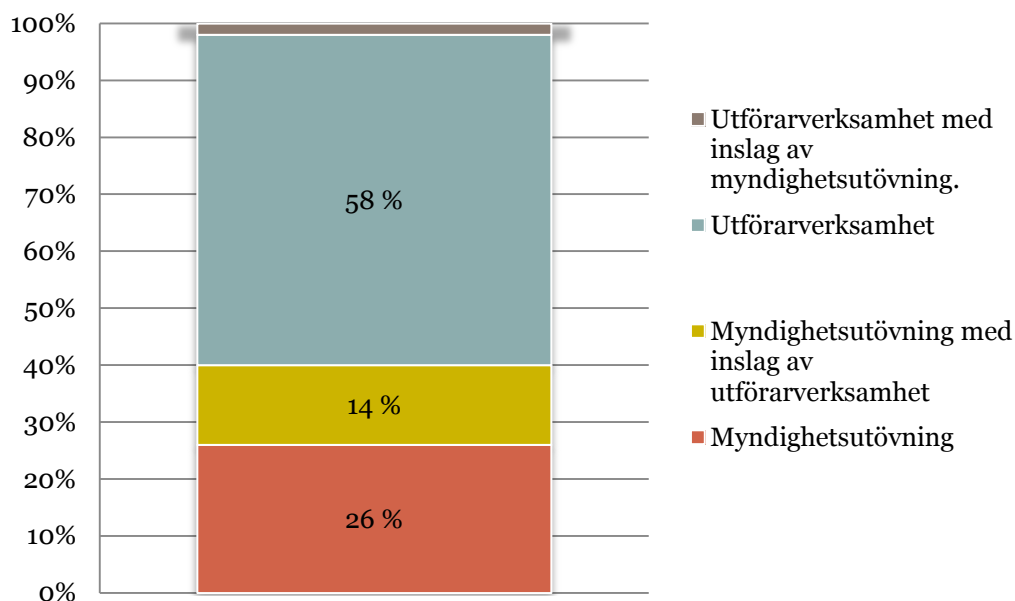


Sammantaget har 124 chefer haft möjlighet att besvara enkäten. Frågeställningarna har besvarats av 4 områdes- eller verksamhetschefer, 22 enhetschefer och 22 gruppchefer/1:e socialsekreterare. Första linjens chefer (de som befinner sig närmast verksamheten) har besvarat enkäten i något högre utsträckning än chefer med ett mer indirekt ledarskap.

³ Bortfall 28 %.

Socialtjänsten har det totala ansvaret för missbruksvården, såväl för utredning som för behandling. Kommunens handläggare för missbruk utreder behov hos personer med missbruksproblematik men utför i regel inte eget behandlingsarbete. När beslut om en insats är fattat kan insatsen påbörjas av en utförare. Utföraren kan vara såväl en verksamhet inom kommunens socialtjänst som en privat utförare.

FIGUR 2. VILKEN HUVUDSAKLIG VERKSAMHET ÄR DU ANSVARIG FÖR? I PROCENT. (N=50).⁴



Det är drygt en fjärdedel (26 %) av cheferna som har ansvar för renodlad myndighetsutövning medan knappt 60 % har ansvar för renodlad utförarverksamhet. Resterande chefer har ansvar för båda delarna.

Bortfall

Antalet chefer som har haft möjlighet att besvara enkäten var totalt 124. Av dessa har 67 chefer besvarat enkäten. Svarsfrekvensen för studien är 54 %. Det externa bortfallet (respondenter som inte svarat) är således 46 %. En förklaring till den låga svarsfrekvensen kan vara att även chefer med ansvar för verksamheter med annat huvuduppdrag än missbruk ingår i undersökningen, som till exempel myndighetsutövning Barn och unga och ekonomiskt bistånd. Benägenheten att besvara enkäten kan ha varit lägre hos dem.

Utöver det externa bortfallet föreligger även ett internt bortfall (inget värde eller svar på enskild fråga). Detta redovisas vid respektive fråga i de fall detta överstiger 10 %. Mot bakgrund av den något låga svarsfrekvensen bör vi vara försiktiga med att dra eventuella slutsatser ur materialet eftersom vi inte kan utgå från att svarsfördelningen skulle se likadan ut i gruppen som inte besvarat enkäten.

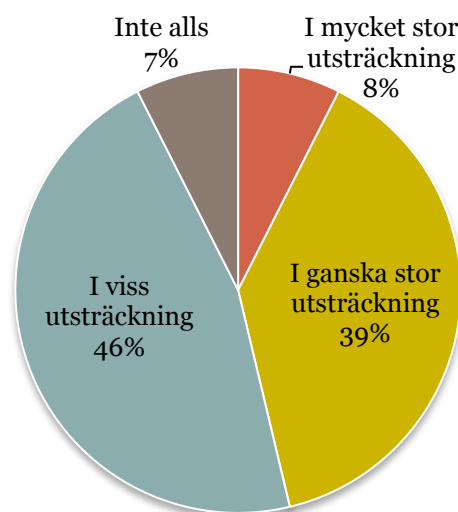
⁴ Bortfall 25 %

DEL I RESULTAT

De nationella riktlinjerna

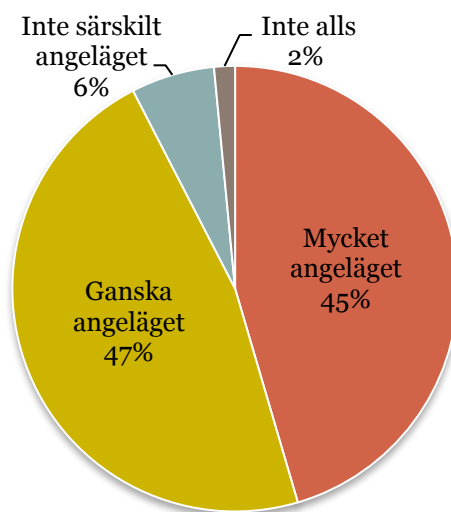
Socialstyrelsen utkom i april 2015 med reviderade Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Riktlinjerna riktar sig till både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Syftet med riktlinjerna är att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område. Tre nya områden har inkluderats i de reviderade riktlinjerna – ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser.

FIGUR 3. I VILKEN UTSTRÄCKNING ANSER DU DIG VARA INSATT I DE REVIDERADE RIKTLINJERNA? I PROCENT. (N=67).



Knappt hälften av cheferna (47 %) anser sig vara väl insatta i de reviderade nationella riktlinjerna och knappt hälften (46 %) anser sig vara insatta i viss utsträckning. Det är endast ett fåtal chefer som anser sig inte alls vara insatta i riktlinjerna.

FIGUR 4. HUR ANGELÄGET ANSER DU DET VARA ATT ANVÄNDA DESSA RIKTLINJER I DIN VERKSAMHET? I PROCENT. (N=66).



Majoriteten av de tillfrågade cheferna (92 %) uppger att det är ganska eller mycket angeläget att använda riktlinjerna i sin verksamhet.

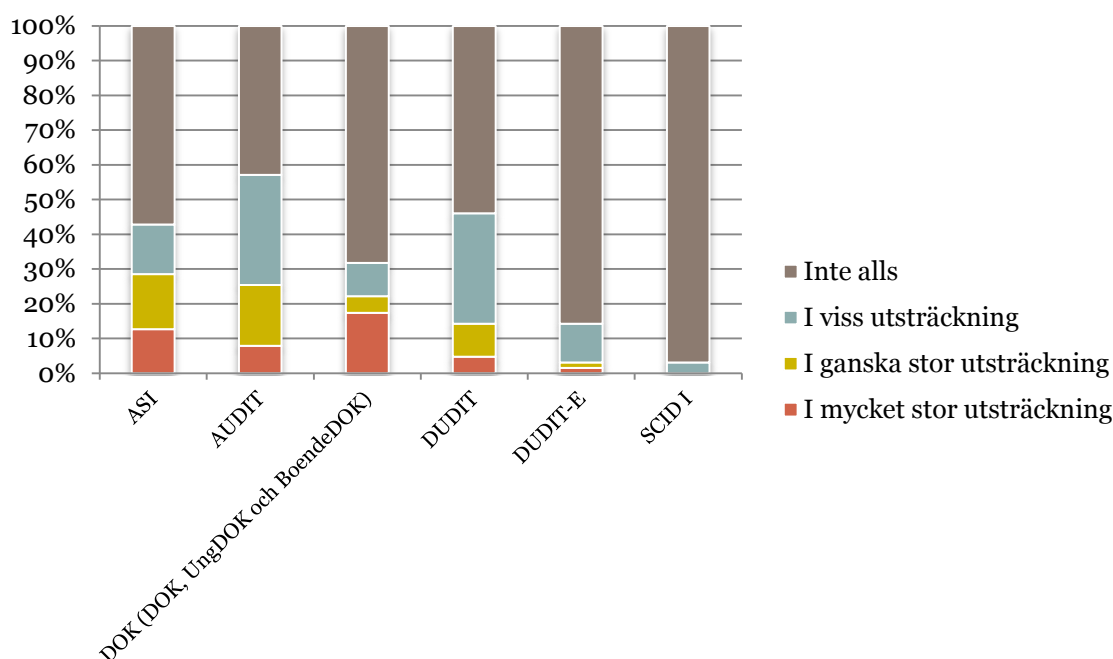
Resultaten från figur 3 och 4 indikerar att de nationella riktlinjerna har hög relevans för verksamheten och att det finns ett utbildningsbehov för att tillägna sig innehåll och rekommendationer fullt ut.

Bedömningsinstrument

De nationella riktlinjerna innehåller ett avsnitt om bedömningsinstrument och då främst instrument som finns översatta och utprovade på svenska. Systematiska och standardiserade bedömningar kan minska godtyckligheten och öka transparensen och kvaliteten i åtgärderna för personer med olika grader av alkohol- och narkotikaproblem. Ett standardiserat bedömningsinstrument är ett formulär med i förväg fastställda frågor och svarsalternativ i form av numerisk eller verbal skala. Standardiserade bedömningsinstrument ska ses som ett komplement i en utredningssituation och inför planering av insatser i socialt arbete. Bedömningsinstrument kan också användas för uppföljning genom att följa utfallet av de insatser som personen har fått.

I figur 5 redovisas ett antal bedömningsinstrument med de förkortningar som mestadels används. Sist i rapporten finner du en ordlista för de olika verktygen.

FIGUR 5. I VILKEN UTSTRÄCKNING ANVÄNDS FÖLJANDE BEDÖMNINGSTRUMENT I DIN VERKSAMHET FÖR IDENTIFIERING, DIAGNOSTIK OCH BEDÖMNING? I PROCENT. (N=63).



Av resultatet framgår att bedömningsinstrument generellt sett används i begränsad omfattning. De bedömningsinstrument som används i någon utsträckning i stadens verksamheter är ASI, AUDIT/DUDIT och de olika versionerna av DOK.

Det är 29 % av verksamheterna som använder sig av ASI i ganska eller mycket stor utsträckning. Användningen är i huvudsak relaterad till myndighetsutövningen där ASI successivt håller på att implementeras. AUDIT används i ganska eller mycket stor utsträckning i 25 % av verksamheterna, DUDIT används i ganska eller mycket stor utsträckning i 14 % av verksamheterna medan motsvarande siffra för DOK är 22 %. De olika versionerna av DOK används av utförarverksamheter som Mini-Maria, Behandlingsgrupperna, Respons, Spelberoendeteamet och Boendeverksamheten.

De övriga instrumenten ADAD, ADDIS används inte alls och har därför exkluderats i redovisningen. DUDIT-E samt SCID 1 används i mycket liten utsträckning i staden. Dessa bedömningsinstrument relateras troligtvis mer till hälso- och sjukvårdens arbetsfält än till socialtjänstens område.

Värt att notera är att bedömningsinstrumenten ASI och AUDIT/DUDIT rekommenderas starkt i de nationella riktlinjerna och att de har en hög prioritet utifrån evidensgradering. DOK har en betydligt lägre prioritet men enligt Socialstyrelsens rekommendation kan även DOK användas för att bedöma hjälpbehov för personer med alkohol- eller narkotikaproblem. Avgörande för rekommendationen är att stödet för validitet och reliabilitet är svagare för DOK än för ASI.

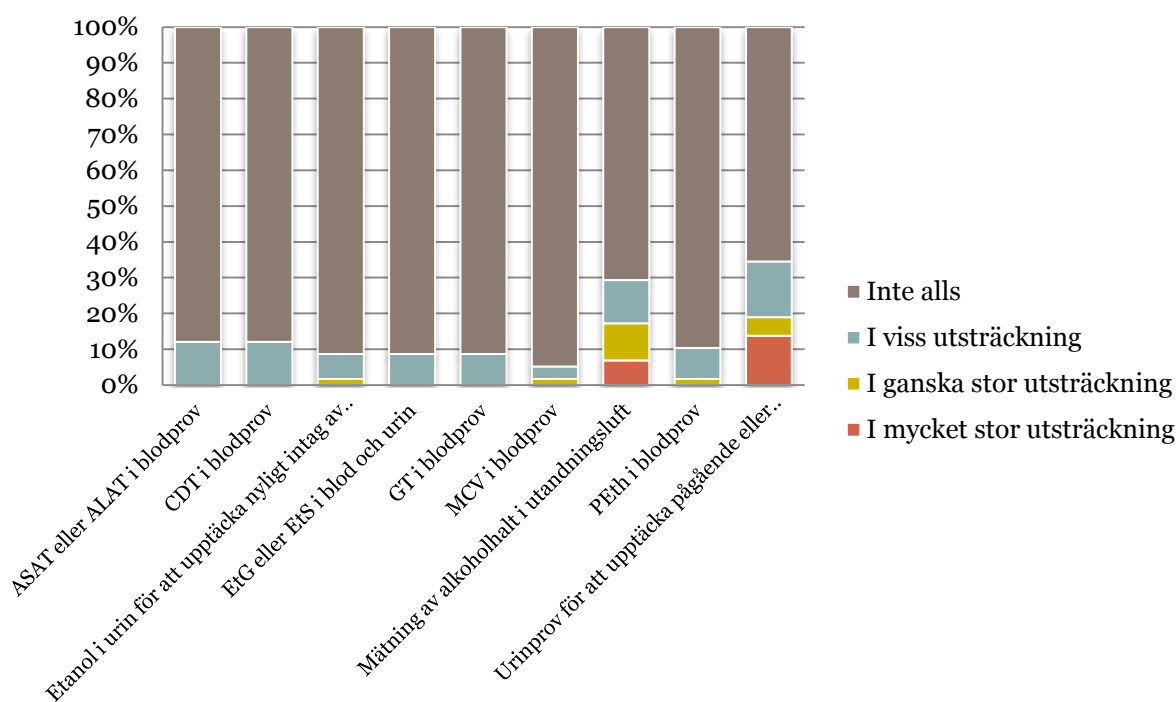
Den låga användningen av bedömningsinstrument i stort är sannolikt kopplad till vilken nytta socialarbetaren upplever sig ha av verktyget. Bedömningsinstrument kan många gånger uppfattas vara både omfattande och tidskrävande. Ibland görs bedömningen av socialarbetaren att vissa särskilt utsatta klientgrupper inte klarar av intervusituationen eller de många frågeställningarna. Det finns en känd internationell studie⁵ som visar på motsatsen och att klienten inte alls upplever intervusituationen som ansträngande eller att frågeställningarna är för många. Samma resultat har även framkommit vid två så kallade "acceptance-undersökningar" med klienter och behandlare som har genomförts avseende UngDOK och BoendeDOK.

Medicinska tester

En möjlighet att påvisa intag av alkohol och narkotika är genom användning av medicinska tester. Medicinska tester är ett komplement till självrapport, intervju och användning av bedömningsinstrument. De medicinska testerna kan användas för att identifiera problem, följa förändring under behandlingen och vid uppföljning efter avslutad behandling.

I nedanstående figur redovisas medicinska tester med de förkortningar som mestadels används. Sist i rapporten finner du en ordlista för de olika testen.

FIGUR 6. I VILKEN UTSTRÄCKNING ANVÄNDS FÖLJANDE KLINISKA TESTER I DIN VERKSAMHET FÖR ATT PÅVISA ELLER UTESLUTA INTAG AV OLIKA SUBSTANSER? I PROCENT. (N=58).⁶



⁵ Suppiger, A, et al. (2009). "Acceptance of Structured Diagnostic Interviews for Mental Disorders in Clinical Practice and Research Settings". *Behavior Therapy*, 40:272-279.

⁶ Bortfall 13 %

De testmetoder som främst tillämpas i staden är mätning av alkohol i utandningsluft och urinprov för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika. Verksamheter som använder sig av dessa två tester i ganska stor eller mycket stor utsträckning uppgår till knappt 20 %, det vill säga endast 1/5 av verksamheterna. Övriga tester används i mycket liten omfattning eller inte alls.

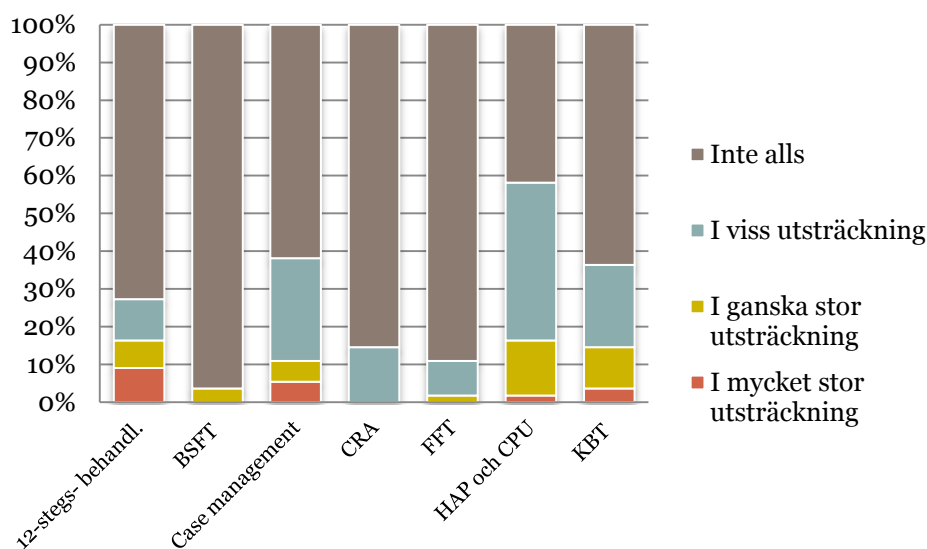
En vanlig uppfattning inom socialtjänsten är att medicinska tester huvudsakligen hör till hälso- och sjukvårdens område och stadens verksamheter köper istället tjänsten från dem vid behov.

Behandlingsmetoder

Användningen av psykologisk och psykosocial behandling vid missbruk eller beroende varierar stort inom landet. Vissa metoder finns inom vissa delar av missbruks- och beroendevården idag, som t ex KBT och psykodynamisk terapi. I de nationella riktlinjerna rekommenderas främst metoderna MET, KBT, återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet, SBT eller MI.

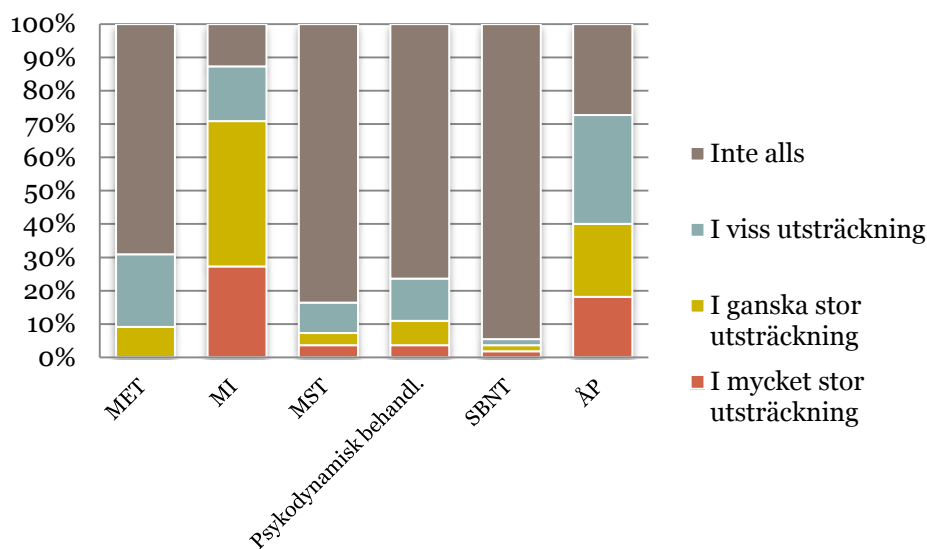
Svaren gällande frågeställningen ”I vilken utsträckning används följande psykologiska och psykosociala behandlingar i din verksamhet?” redovisas i två separata diagram, figur 7 och 8, på grund av utrymmesskäl. Användningen av de olika behandlingsmetoderna redovisas i bokstavsordning. Sist i rapporten finner du en ordlista för behandlingsmetoderna.

FIGUR 7. I VILKEN UTSTRÄCKNING ANVÄNDS FÖLJANDE PSYKOLOGISKA OCH PSYKOSOCIALA BEHANDLINGAR I DIN VERKSAMHET? I PROCENT. (N=55).



Av bilden ovan framgår att de verksamheter som använder 12-stegsbehandling, HAP/CPU och KBT i ganska eller mycket stor utsträckning uppgår till ca 16 %. Motsvarande siffra för case management är 11 %.

FIGUR 8. I VILKEN UTSTRÄCKNING ANVÄNDS FÖLJANDE PSYKOLOGISKA OCH PSYKOSOCIALA BEHANDLINGAR I DIN VERKSAMHET? I PROCENT. (N=55).



I ovanstående figur framgår att de två helt dominerande metoderna som används i stadens missbruksarbete är MI och ÅP. Verksamheter som använder sig i ganska eller mycket stor utsträckning av MI uppgår till 71 % och ÅP till 40 %. Båda metoderna används i något högre grad av utförarverksamheter. MET, MST och psykodynamisk behandling används i ganska eller mycket stor utsträckning av ca 10 % av verksamheterna.

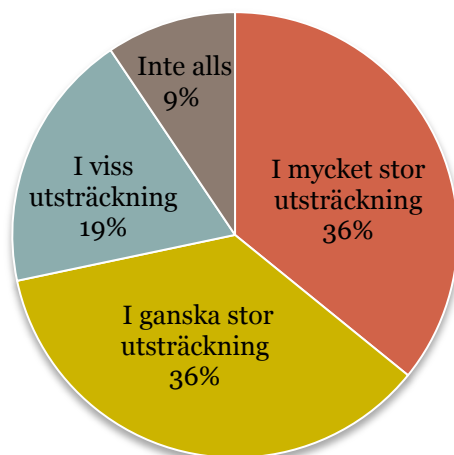
Vi kan utläsa från både figur 7 och 8 att metoder som förekommer i mycket liten utsträckning i stadens verksamheter är BSFT, CRA, FFT och SBNT.

Metoder som inte alls används i staden är ACRA/ACC, MATRIX-programmet och MDFT och de har därför exkluderats helt i redovisningen.

Brukarnas synpunkter

Brukarmedverkan inom missbruksvården har blivit allt viktigare. Den enskilde ska ha möjlighet att påverka sin livssituation, den vård och det sociala stöd han eller hon får. Brukare ser andra saker än professionella och deras erfarenhet och kunskap behövs för att förbättra den vård och det stöd som erbjuds. Genom brukarens ögon kan vård och stöd anpassas bättre till brukarnas förutsättningar och behov.

FIGUR 9. I VILKEN UTSTRÄCKNING TILLVARATAR NI BRUKARENS SYNPUNKTER OCH ERFARENHETER I BEHANDLINGEN? I PROCENT. (N=53).⁷



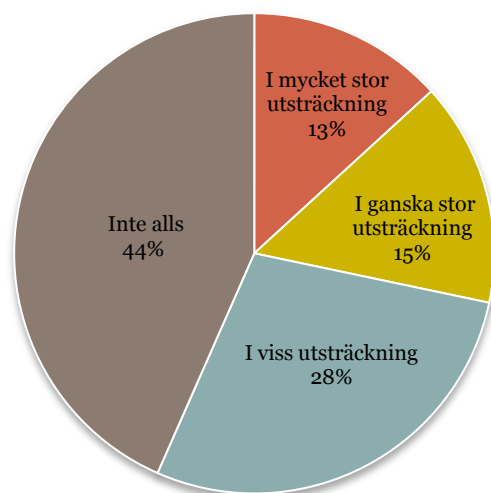
Hela 72 % av cheferna anser att de tillvaratar brukarnas synpunkter och erfarenheter i ganska eller mycket stor utsträckning. Detta sker främst på individnivå. Ett utvecklingsområde som nämns i enkätens öppna frågor är att även brukarinflytande på verksamhetsnivå behöver utvecklas framåt. Ett sådant utvecklingsarbete föreslås ske tillsammans med frivilligorganisationer.

Stöd till närstående

Vid missbruk och beroende av alkohol och narkotika berörs och involveras även de människor som finns i personens närhet. Att leva i en familj där någon missbrukar kan också leda till psykiska och fysiska påfrestningar och ohälsa för familjemedlemmarna. Anhöriga till personer med missbruk och beroende kan därför behöva stöd för egen del och hjälp för att hantera relationen till den som missbrukar. I riktlinjerna ingår åtgärder i form av psykosocialt stöd till vuxna anhöriga till personer med ett missbruk eller beroende samt stöd till anhöriga som vill motivera personer som missbrukar till behandling.

⁷ Bortfall 21 %.

FIGUR 10. I VILKEN UTSTRÄCKNING GES PSYKOSOCIALT STÖD TILL NÄRSTÅENDE (BARN OCH VUXNA) I DIN VERKSAMHET? I PROCENT. (N=53).⁸



Drygt en fjärdedel (28 %) av verksamheterna ger psykosocialt stöd till närstående i ganska eller mycket stor utsträckning. Knappt hälften (44 %) ger inget stöd alls, medan en dryg fjärdedel (28 %) ger stöd i viss utsträckning.

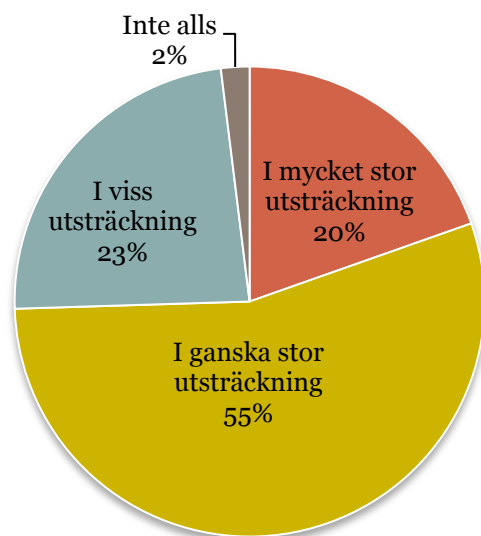
Många verksamheter uppger att det inte är relevant utifrån sitt uppdrag att ge psykosocialt stöd till anhöriga, t ex inom myndighetsutövningen och verksamhetsområdet Boende hos Social resursförvaltning. Myndighetsutövningen i staden tillhandhåller generellt sett inte stödinsatser eller behandling utan hänvisar istället vidare till anhörigkonsulent eller verksamhet som erbjuder familjesamtal, anhörigsamtal och anhöriggrupper.

Målgruppens behov

Vägen ut ur missbruk och beroende för den enskilde kan vara lång och stöd kan behövas i alla delar av förändringsarbetet. Det är angeläget att Göteborgs stad kan erbjuda ett differentierat utbud av stöd och behandlingsmetoder för att kunna matcha insatserna efter individuella behov, förutsättningar och önskemål.

⁸ Bortfall 21 %.

FIGUR 11. HUR VÄL ANSER DU ATT INSATSERNA NI ERBJUDER MOTSVARAR DE FAKTISKA BEHOVEN HOS MÅLGRUPPEN? I PROCENT. (N=51).⁹



Tre fjärdedelar (75 %) av cheferna anser att de insatser som verksamheten erbjuder motsvarar de faktiska behoven i ganska eller mycket stor utsträckning. Knappt en fjärdedel (23 %) anser att de insatser som erbjuds motsvarar behoven i viss utsträckning.

Av kommentarer till frågan framgår att de egna insatserna som erbjuds upplevs som adekvata men många gånger otillräckliga. Det finns ett behov av kompletterande eller samtidiga insatser från hälso- och sjukvården som inte uppfylls. Flera verksamheter uttrycker brister i samverkan med hälso- och sjukvården och begränsad tillgänglighet till vård och behandling. Förändrade behov som lyfts fram kan relateras till ökad komplexitet när det gäller målgrupp och fler personer med psykisk sjukdom och missbruk (samsjuklighet). Andra behov som beskrivs handlar om att fler personer troligtvis kan omfattas av LSS-lagstiftningen och att fler personkretsbedömningar skulle kunna göras.

Samverkan med andra aktörer

Kommun och landsting har ett gemensamt ansvar för vården och omsorgen för personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel eller läkemedel. Ansvaret regleras i både Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL) och innebär ett delat huvudmannaskap mellan landsting och kommuner.

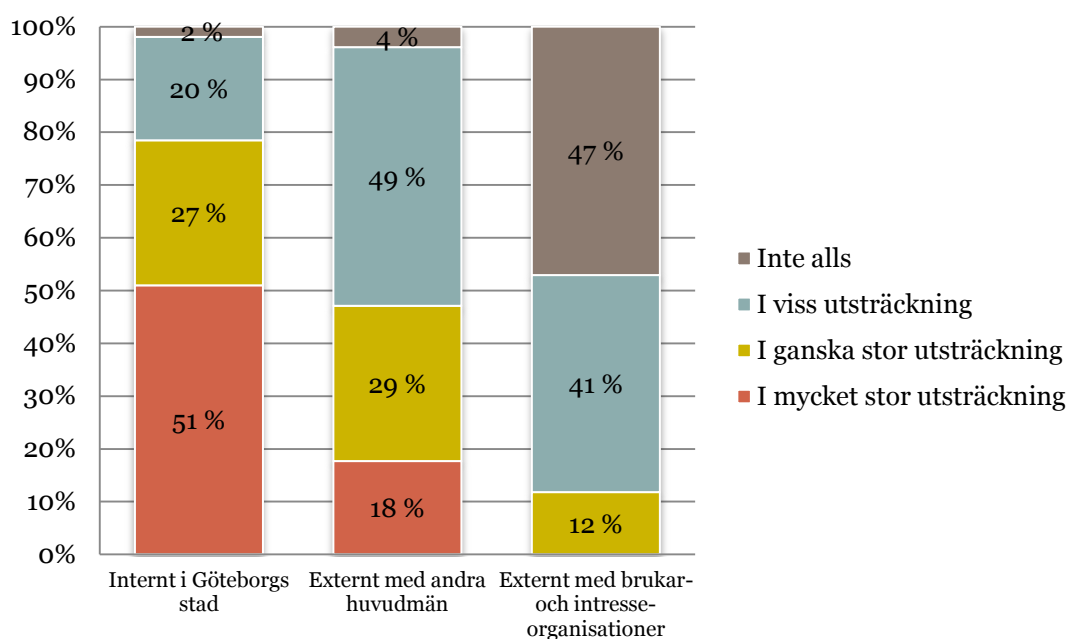
Därutöver vänder sig rekommendationerna i de nationella riktlinjerna "Vård och stöd vid missbruk och beroende" till både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Ingen huvudman utses där att ta ett större ansvar än den andre.

⁹ Bortfall 24 %.

Det gemensamma ansvaret förutsätter samverkan inom och mellan huvudmännen inte minst för personer med samsjuklighet med till exempel somatisk sjukdom och missbruk eller missbruk och annan psykiatrisk diagnos. Genom samverkan kan huvudmännen erbjuda ett mer diversifierat (brett och varierat) utbud och ett mer sammanhållet vård- och stöderbjudande.

Även den ideella sektorn spelar en betydande roll inom missbruksområdet, både när det gäller kamratstöd och hjälp till självhjälp samt som utförare av vård. Som utförare av vård tillför de ideella organisationerna alternativa insatser och bidrar till att diversifiera vården.

FIGUR 12. I VILKEN UTSTRÄCKNING GENOMFÖR NI INSATSER I SAMVERKAN MED FÖLJANDE AKTÖRER? I PROCENT. (N=51).¹⁰



Internt samverkansarbete sker till stor del inom Göteborgs stad. Det är 78 % av verksamheterna som uppger att de samverkar internt i ganska eller mycket stor utsträckning. Samverkan externt med andra huvudmän sker i något mindre omfattning. Knappt hälften (47 %) av verksamheterna anger att de samverkar externt i ganska stor eller mycket stor utsträckning.

Det motsatta förhållandet råder när det gäller samverkan med brukar- och intresseorganisationer. Här är det nära hälften (47 %) som uppger att de inte samverkar alls med dem och 41 % som samverkar i viss utsträckning. Detta innebär att brukar- och intresseorganisationernas erfarenheter och kunskaper inte tas tillvara i tillräcklig omfattning för att utveckla stöd och insatser på missbruksområdet.

¹⁰ Bortfall 24 %.

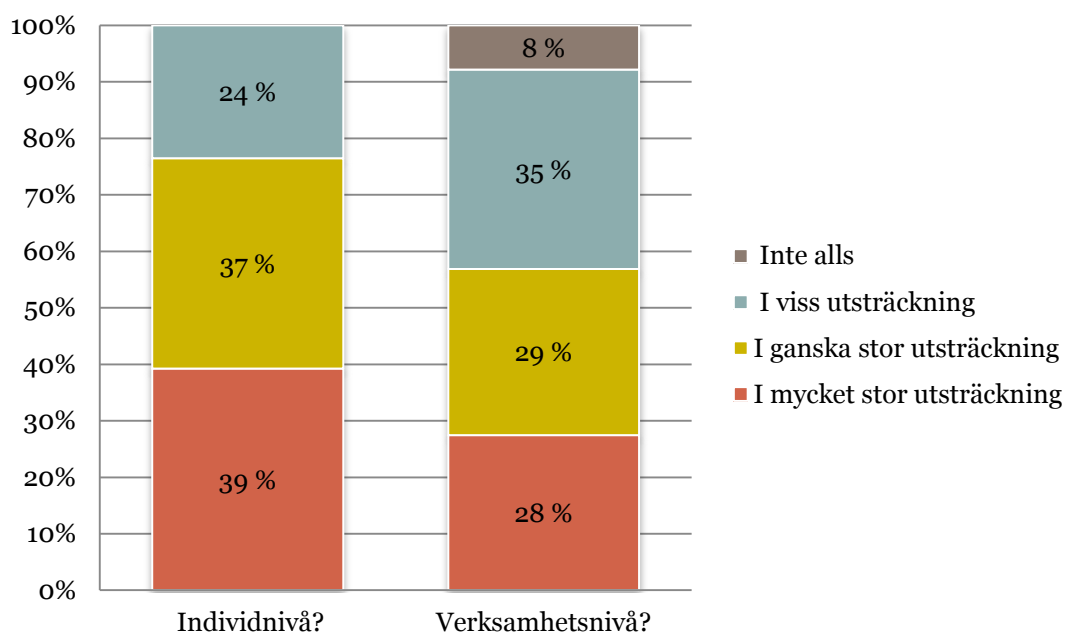
Sammantaget kan samverkan utvecklas betydligt med externa aktörer och framför allt med brukar- och intresseorganisationer.

Uppföljning av insatser

Missbruksområdet förändras allteftersom ny kunskap och erfarenheter sammanställs och det kommer nya metoder, lagar och riktlinjer som påverkar arbetet. Det ställs också allt högre krav på kvalitet och resultatredovisning och verksamheter behöver kunna beskriva hur behoven ser ut, vad som utförs och hur det går för personer som genomgår eller har genomgått behandling.

Sådan systematisk uppföljning inom socialtjänsten handlar om att dokumentera arbetet med enskilda individer för att följa upp hur det går och om att sammanställa denna information för att utveckla och förbättra verksamheten. Systematisk uppföljning är också en viktig del av en kunskapsbaserad socialtjänst, då den bidrar till samlad kunskap om verksamheten.

FIGUR 13. I VILKEN UTSTRÄCKNING FÖLJER NI I ER VERKSAMHET UPP INSATSERNA PÅ: I PROCENT. (N=51).¹¹



Lite drygt tre fjärdedelar (76 %) av verksamheterna följer upp insatserna i ganska eller mycket stor utsträckning på individnivå. Uppföljning på verksamhetsnivå sker i något mindre utsträckning. Det är drygt hälften (57 %) av verksamheterna som följer upp på denna nivå i ganska eller mycket stor utsträckning. Den systematiska uppföljningen av insatser kan utvecklas framåt och då särskilt på verksamhetsnivå.

¹¹ Bortfall 24 %.

Styrkor och utvecklingsområden

Två frågeställningar i undersökningen har varit så kallade öppna frågor, det vill säga frågor som inte har givna svarsalternativ. Svaren har bearbetats och kategoriserats manuellt.

Vilka är din verksamhets främsta styrkor?

De styrkor som särskilt lyfts fram av verksamheterna är vikten av att bygga bärande relationer samt skapa allians och förtroende hos klienterna. Många svar handlar om just detta och ett antal chefer beskriver att detta är en förutsättning för att ett förändringsarbete ska kunna påbörjas. Därutöver anges att bemötande, förhållningssätt och engagemang spelar en betydande roll i behandlingsarbetet. Tillvaratagande av brukarnas synpunkter och önskemål innebär att deras behov kan tillgodoses i högre utsträckning och verksamheterna anser sig kunna erbjuda ett brett utbud av individanpassat stöd och insatser. Några chefer nämner också den nära samverkan mellan myndighetsutövning och utförare som en möjlighet till gemensamt synsätt kring individens behandling men också för möjligheten att påverka och utveckla utbudet i stort.

Vilka är din verksamhets viktigaste utvecklingsområden?

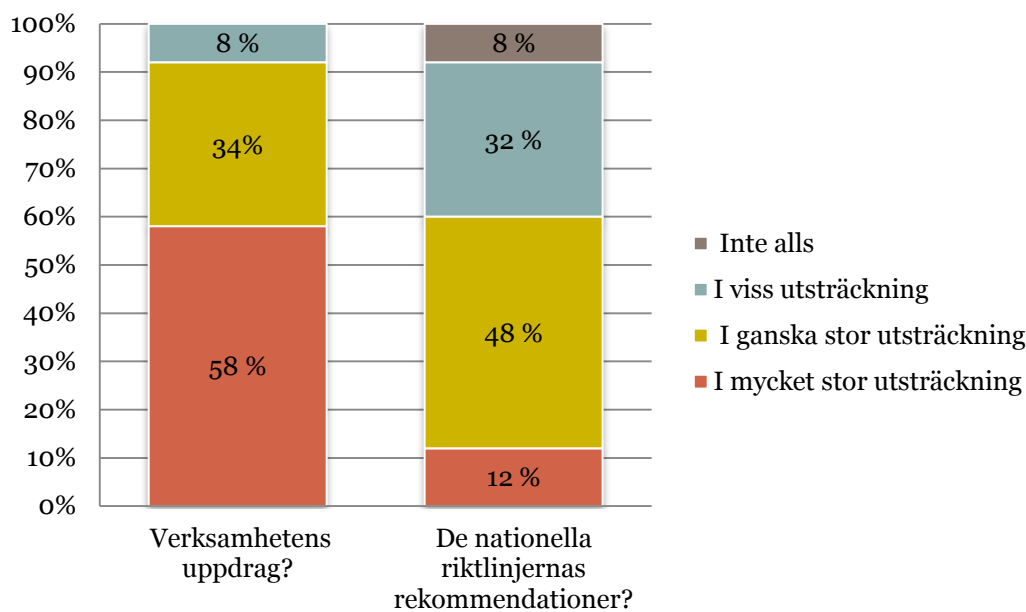
Det viktigaste utvecklingsområdet som anges är fortsatt arbete med brukarinflytande, både på individ- och verksamhetsnivå, för att uppnå att brukare blir aktivt medskapande på riktigt. Andra angelägna utvecklingsområden som beskrivs är fortsatt implementering av ASI, fördjupat arbete kring familje- och anhörigperspektivet, systematisk uppföljning av insatser och uppnådda resultat samt utvecklad samverkan med hälso- och sjukvården.

Medarbetarnas kompetens

Insatser inom socialtjänsten och verksamheter enligt LSS ska vara av god kvalitet. Bestämmelserna gäller oavsett om verksamheten bedrivs i kommunal eller enskild regi och för både myndighetsutövning och övriga insatser. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. För verksamhet enligt LSS ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service ska kunna ges.

Personer med missbruk och beroende utgör en heterogen grupp med olika behov och svåra tillstånd och där samtidig psykisk sjukdom och missbruk förekommer. Kompetens handlar om vikten av att ha ”rätt” kompetens för att den enskilde ska få stöd och insatser som hen har rätt till. Stödet och insatserna behöver anpassas till individens särskilda förutsättningar, erfarenheter och önskemål.

FIGUR 14. I VILKEN UTSTRÄCKNING ANSER DU ATT DINA MEDARBETARE HAR ADEKVAT KOMPETENS I RELATION TILL: I PROCENT. (N=50).¹²



Hela 92 % av cheferna anser att medarbetarna har adekvat kompetens i relation till uppdraget i ganska eller mycket stor utsträckning.

Cheferna menar också att knapp två tredjedelar (60 %) av medarbetarna har adekvat kompetens i relation till nationella riktlinjernas rekommendationer i ganska eller mycket stor utsträckning. Resterande medarbetare (40 %) bedöms inte alls ha adekvat kompetens eller endast i viss utsträckning.

Resultatet pekar mot ett faktiskt behov av kompetensutveckling för verksamheterna specifikt kring de nationella riktlinjerna.

¹² Bortfall 25 %.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Med tanke på att svarsfrekvensen är 54 %, så kan vi inte dra några entydiga slutsatser av materialet. Resultaten som redovisas i denna rapport gäller alltså enbart för de 67 chefer som har besvarat enkäten.

Vi kan konstatera att det finns ett mycket stort intresse i staden för att använda sig av de reviderade nationella riktlinjerna ”Vård och stöd vid missbruk och beroende”. I undersökningen framträder ett behov hos såväl chefer som medarbetare av kompletterande eller fördjupad utbildning kring dessa. Stadens chefer erbjöds i slutet av förra året en heldagsutbildning om riktlinjerna. Medarbetarna i stadens verksamheter kommer att erbjudas en motsvarande utbildningsdag i slutet av augusti i år. Ytterligare specifika utbildningsbehov bör därefter kunna erbjudas.

Det finns ingen stark tradition i staden av att använda bedömningsinstrument men förutsättningar för en ökad tillämpning finns. ASI håller successivt på att implementeras hos myndighetsutövningen i stadsdelarna och under nästa år bör användningen av ASI ha ökat betydligt där. DOK används redan i hög grad av utförarverksamheterna. ASI och DOK som verktyg för bedömning, planering och uppföljning har jämförts med varandra i en lokal studie från 2011¹³. Rapporten förde fram att de båda bedömningsverktygen i princip var likvärdiga med varandra och att det ur ett verksamhetsperspektiv inte fanns någon anledning att ersätta ett befintligt system med ett annat likvärdigt. De senaste åren har en mer verksamhetsanpassad dokumentation efterfrågats av olika verksamheter i landet och grundversionen av DOK har därför utvecklats för att passa både verksamhet och målgrupp bättre, som t ex UngDOK och BoendeDOK. I de nationella riktlinjerna framgår att även DOK kan användas för att bedöma hjälpbehov för personer med alkohol- eller narkotikaproblem även om det finns ett svagare vetenskapligt underlag än för ASI. Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvården (IKM) vid Linnéuniversitetet har framfört att kompletterande valideringsstudier för DOK har diskuterats och kan bli aktuella under 2017.

Motiverande samtal och återfallsprevention är de helt dominerande metoderna i staden. Metoder med låg förekomst är MET, MST och psykodynamisk behandling. En stor andel av cheferna anser att verksamheterna erbjuder insatser som motsvarar de faktiska behoven. I de öppna frågorna framkommer att cheferna anser sig erbjuda ett brett utbud av individanpassat stöd och insatser. Här kan man ställa sig frågan om utbudet verkligen är brett och diversifierat? Både nya och förändrade behov hos målgruppen samt ny forskning banar väg för att fler metoder bör kunna erbjudas i framtiden. MET är den metod som rekommenderas starkast i de nationella riktlinjerna. MET har fått rekommendationen 1 (bör göra) utifrån att metoden har en god effekt och en låg kostnad per effekt för såväl individuell behandling som gruppbehandling. Andra metoder som med fördel skulle kunna utgöra ett komplement till de metoder som erbjuds idag är MET i kombination med KBT, ACRA/ACC och ett utvecklat stöd till anhöriga som t ex stöd i form av Al- eller Nar-anon-inspirerade stödprogram.

¹³ Uppdrag DOK-översyn, Social Resursförvaltning, Boendeverksamheten, slutrapport september 2011

Det finns en stor utvecklingspotential när det gäller samverkan externt och med brukar- och intresseorganisationer. Samverkan har stor betydelse för den enskilde och för att utveckla verksamheten. Ett nära samarbete mellan olika parter/aktörer undviker att människor hamnar i kläm mellan olika prioriteringar och inte får den hjälp de behöver. I undersökningen har det framkommit brister i samverkan, både internt inom staden och med brukar- och intresseorganisationerna. Mest framträdande är dock behovet av att utveckla samverkan med hälso- och sjukvården när det gäller psykiatriska insatser och beroendevård.

Chefsenkätens frågor

Med undantag av fritextfrågorna 9 och 10, bestod enkäten av frågor med fasta svarsalternativ att välja mellan.

01. I vilken utsträckning anser du dig vara insatt i de reviderade riktlinjerna?
02. Hur angeläget anser du det vara att använda dessa riktlinjer i din verksamhet?
03. I vilken utsträckning används följande bedömningsinstrument i din verksamhet för identifiering, diagnostik och bedömning?
04. I vilken utsträckning används följande kliniska tester i din verksamhet för att påvisa eller utesluta intag av olika substanser?
05. I vilken utsträckning används följande psykologiska och psykosociala behandlingar i din verksamhet?
06. I vilken utsträckning tillvaratar ni brukarens synpunkter och erfarenheter i behandlingen?
07. I vilken utsträckning ges psykosocialt stöd till närstående (barn och vuxna) i din verksamhet?
08. Hur väl anser du att insatserna ni erbjuder motsvarar de faktiska behoven hos målgruppen?
09. Vilka är din verksamhets främsta styrkor?
10. Vilka är din verksamhets viktigaste utvecklingsområden?
11. I vilken utsträckning genomför ni insatser i samverkan med följande aktörer?
12. I vilken utsträckning följer ni i er verksamhet upp insatserna på:
13. I vilken utsträckning anser du att dina medarbetare har adekvat kompetens i relation till:
14. Vilken huvudsaklig verksamhet är du ansvarig för?
15. Jag arbetar som:
16. Har du synpunkter på enkätens utformning så framför dem gärna här:

Ordlista

Bedömningsinstrument:

ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis)	ADAD är en bedömningsmetod för unga missbrukare och unga med social problematik som används vid intervju. Metoden kan användas i utredningsarbete, vid behandlingsplanering och för uppföljning och utvärdering.
ADDIS (Alkohol Drog Diagnos Instrument)	ADDIS är en bedömningsmetod som används för att diagnostisera skadligt bruk, missbruk och beroende av alkohol och andra droger.
ASI (Addiction Severity Index)	ASI är en standardiserad och strukturerad intervju som främst är avsedd för användning i missbruks- och beroendevården och drogrelaterad behandlingsforskning. ASI mäter alkohol- och narkotikarelaterade problem hos vuxna med missbruksproblem.
AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)	AUDIT är ett instrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion. Syftet med AUDIT är att hälso- och sjukvårdspersonal samt socialtjänstpersonal snabbt och enkelt ska kunna identifiera vuxna personer med riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion.
DOK (Dokumentationssystem inom missbrukarvården)	DOK finns i de tre versionerna; DOK, UngDOK och BoendeDOK. DOK är ett system som bygger på halvstrukturerade intervjuer med klienten vid inskrivning, avstämning, utskrivning och vid uppföljning inom olika delar av missbrukarvården.
DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test)	DUDIT är ett bedömningsinstrument som används för att identifiera personer med drogrelaterade problem. Används för personer som är aktuella inom verksamheter som socialtjänst, primärvård och kriminalvård.
DUDIT-E (Drug Use Disorders Identification Test – Extended)	Instrumentet DUDIT-E (extended) är utvecklat för att kunna vara utgångspunkt för ett fördjupat samtal om personens förhållningssätt till drogen samt vilken grad av motivation till förändring som personen har. Används för personer med identifierade narkotikaproblem.
SCID I (Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders)	SCID-I är en semistrukturerad intervju som används för att diagnosticera personer med psykiska sjukdomar och störningar. Används för personer där man vill undersöka om missbruks- eller beroendediagnos av alkohol eller andra substanser föreligger.

Medicinska tester:

ASAT (aspartataminotransferas) eller ALAT (Alaninaminotransferas) i blodprov	Mätning av ASAT och ALAT i blodprov för att identifiera personer med befarat långvarigt högt intag av alkohol. Ett förhöjt ALAT eller ASAT är en osäker indikator på alkoholmissbruk, eftersom det finns flera andra orsaker till förhöjda värden. ASAT och ALAT har både sämre sensitivitet och specificitet än mätning av PETH och CDT i blodprov vid befarat långvarigt högt intag av alkohol.
CDT (kolhydratfattigt transferrin) i blodprov	Regelbundet men inte nödvändigtvis dagligt intag av en större mängd alkohol under minst några veckors tid resulterar ofta i ett förhöjt CDT-värde.
Etanol i urin för att upptäcka nyligt intag av alkohol	Att mäta alkohol (etanol) eller de konjugerade etanolmetaboliterna etylglukuronid och etylsulfat (EtG och EtS) i urinen är metoder för att påvisa eller avfärda ett alkoholintag under de senaste dygnet, exempelvis vid återfall hos missbruks- eller beroendepatienter.
EtG (etylglukuronid) eller EtS (etyl-sulfat) i blod och urin	Testerna innebär att det blir möjligt att i större utsträckning upptäcka nyligt intag av alkohol, eftersom testets längre tidsfönster jämfört med etanol innebär att prover kan tas mindre ofta.
GT (γ-Glutamyltransferas) i blodprov	Mätning av GT har sedan 1970-talet utnyttjats som en biomarkör för alkoholinducerad vävnadsskada på framför allt levern, vilket ofta uppkommer vid långvarig kronisk överkonsumtion, samt för behandlings-uppföljning av personer med diagnostiserade alkoholproblem som ett komplement till dagens

	mer specifika alkoholmarkörer (CDT och PEth). GT används också för att kontrollera eventuell leverpåverkan hos patienter som behandlas med Antabus. GT utnyttjas även som screeningtest för leverstatus i samband med hälsoundersökning.
MCV (makrocytos) i blodprov	Ett stegrat MCV ses ofta i samband med alkoholmissbruk och MCV har därför kommit att utnyttjas som ett rutintest för kronisk överkonsumtion av alkohol, ofta i kombination med andra standardtest som mätning av GT i blodprov vid befarat långvarigt högt intag av alkohol och mätning av ASAT och ALAT i blodprov vid befarat långvarigt högt intag av alkohol.
Mätning av alkoholhalt i utandningsluft	Mätning av alkohol (etanol) i utandningsprov är en sedan länge etablerad rutin i samband med nykterhetskontroller i trafiken samt i alkoholås, båda syftande till att förhindra framförande av fordon under alkoholpåverkan. Utandningsprov används även inom sjukvården, kriminalvården och i arbetslivet. Metoden rekommenderas starkt utifrån att mätning i utandningsluft har god sensitivitet och specificitet.
PEth (fosfatidyletanol) i blodprov	Eftersom PEth endast bildas i närvaro av etanol kan mätning av PEth i blodprov (helblod) utnyttjas som en specifik alkoholmarkör. PEth har fått ökad användning på senare år.
Urinprov för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika	Drogtest med urinprov analyserat med masspektrometri kan användas för att upptäcka pågående eller nyligt intag av i princip alla olika substanser som kan missbrukas. Metoden att utnyttja urinprov är etablerad sedan 1970-talet och är i rutin användning över hela världen. Metoden får anses vara en "golden standard" inom området.

Behandlingsmetoder:

12-stegsbehandling	Tolvstegsbehandling enligt Minnesotamodellen för alkohol- och drogberoende. Minnesotamodellen bygger på Anonyma alkoholisters tolvstegsprogram och syftar främst till att ge kunskap och insikt om beroendets negativa konsekvenser.
ACRA (Adolescent Community Reinforcement approach) eller ACC (Assertive Community Care)	ACRA och ACC avser eftervårdsbehandling efter avslutad öppenvårdsbehandling eller efter placering. Interventionerna genomförs i eller runt personens boendemiljö. Vid ACRA (CRA för ungdomar) görs en funktionsanalys av personens behov, styrkor och svårigheter, varefter färdigheter som syftar till upprätthållande av nykterhet eller drogfrihet tränas. ACC är en utveckling av ACRA med tillägg av case management. Programmet kan innehålla en mängd olika interventioner som syftar till kvarhållande av effekter av tidigare behandling och förebyggande av återfall i den aktuella livsmiljön. Professionella och föräldrar involveras vid behov och kan ha viktiga funktioner i programmet.
BSFT (Brief strategic family treatment)	BSFT är en manualbaserad metod för familjer med ungdomar som har missbruks- och beteendeproblem. Metoden är lik systemisk eller strukturell familjeterapi. Målgruppen är ungdomar under 18 år som använder, missbrukar eller är beroende av alkohol eller narkotika eller har ett utåtagerande eller antisocialt beteende.
Case management, integrerad eller samverkande team	Case management är egentligen ett samlingsnamn för flera typer av stödmodeller. I samtliga modeller har en vårdsamordnare, en så kallad case-manager, en koordinerande funktion med ansvar för att utredning, planering och adekvata insatser genomförs och följs upp med klienten. Den ursprungliga målgruppen var vuxna personer med allvarliga psykiska funktionshinder såsom schizofreni, annan psykos eller personlighetsstörning. Idag används insatsen även vid allvarliga beroendeproblem.
CRA (Community reinforcement approach)	CRA är en manualbaserad metod för missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika som bygger på inlärningspsykologi och kognitiv beteendeterapi. Metoden kombinerar beteendeanalys (kartläggning av vad som utlöser drickandet, och dess konsekvenser), färdighetsträning, återfallsprevention, jobbcoachning, familjerådgivning och stödjande samtal.
CPU (cannabisprogrammet för ungdomar)	Cannabisprogram för ungdomar är en vidareutveckling av haschavänjningsprogrammet (HAP). HAP är en psykoedukativ behandling indelad i en medicinsk, en psykologisk och en social fas. Metoden har inslag av återfallsprevention och kognitiva tekniker, och använder motiverande samtal som

	<p>samtalsmetodik. Målgrupp för cannabisprogram för ungdomar är ungdomar och unga vuxna som har rökt cannabis men inte i den omfattningen att de bedöms vara i behov av HAP, eller som är för unga för HAP.</p>
FFT (Functional family treatment)	<p>FFT är en familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende samt utåtagerande och antisociala problem och till ungdomarnas familjer. Det kortsiktiga syftet med behandlingen är att förbättra relationerna och kommunikationen i familjerna. Långsiktigt är syftet att ungdomens antisociala beteende ska upphöra. Insatsen bygger på systemteori, kommunikationsteori samt beteendeterapeutiska principer.</p>
HAP (Haschavvänjningsprogram)	<p>HAP har en kognitiv-beteendeterapeutisk (KBT) orientering med fokus på integration av känslor, kognitiv utveckling och beteendeförändring. Programmet har använts i Sverige sedan början av 1990-talet. Målgruppen är vuxna över 18 år som missbrukar eller är beroende av cannabis och som vill sluta använda drogen.</p>
KBT (Kognitiv beteendeterapi)	<p>KBT är ett samlingsnamn för psykoterapier där man tränar på att använda sig av nya beteenden och tankemönster för att minska psykologiska problem. Användningen är inte begränsad till någon speciell målgrupp.</p>
MATRIX-programmet	<p>MATRIX är en öppenvårdsmodell utformad för personer som är beroende av centralstimulerande droger (crack, kokain eller metamfetamin). MATRIX kombinerar delar från olika psykologisk och psykosociala behandlingsinsatser (tolvstegsinriktad behandling och återfallsprevention) med socialt nätverksstöd (självhjälpsgrupp och familjeprogram) samt regelbundna urinprover.</p>
MDFT (Multidimensional family therapy)	<p>MDFT är en familjbaserad terapimetod för ungdomar under 18 år med substansbruk, missbruk eller beroende samt utåtagerande och antisociala problem. Metoden utvecklades i USA på 1980-talet. I Sverige har Föräldracentrum arbetat med den sedan 2009.</p>
MET (Motivationshöjande behandling)	<p>MET vilar på motiverande samtalsmetodik (MI) med det tillägget att det finns en manual för hur behandlingen ska genomföras (antal sessioner och innehållet i varje session). Behandlingen tar sin utgångspunkt i en kartläggning där medicinska test och frågeformulär av olika slag ingår. Resultatet av kartläggningen återkopplas till klienten eller patienten, möjligen i närvaro av en närstående. Därefter följer ytterligare 3–4 uppföljande samtal baserade på MI-teknik inriktade på hur förändringen ska ske. MET har en god effekt och en låg kostnad per effekt för såväl individuell behandling som gruppbehandling och rekommenderas starkt i de nationella riktlinjerna.</p>
MI (Motiverande samtal)	<p>MI är en samtalsmetod som används i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser. Målgruppen är personer i rådgivning och behandling för exempelvis alkohol, tobak, kost och motion.</p>
MST (Multisystemisk terapi)	<p>MST är en intensiv familjbaserad öppenvårdsinsats för familjer med ungdomar (12-17 år) med allvarliga sociala, emotionella eller utagerande problem. MST grundar sig på socialekologiska och familjesystemiska teorier samt forskning om risk- och skyddsfaktorer för antisocialt beteende hos ungdomar.</p>
Psykodynamisk behandling	<p>Psykodynamisk psykoterapi är ett samlingsnamn för psykoterapier där man arbetar med självinsikt och relationer till andra för att minska psykologiska problem. Viktiga influenser är Sigmund Freud som utvecklade psykoanalysen i början av 1900-talet samt Carl Rogers och Abraham Maslows humanistiska psykologi. Användningen är inte begränsad till någon speciell målgrupp.</p>
SBNT (Social behaviour network therapy)	<p>SBNT bygger på en integrering av olika insatser, det vill säga kognitiv beteendeterapi eller återfallsprevention, nätverksterapi och sociala aspekter av Community reinforcement approach (CRA) vid alkoholmissbruk eller beroende. Dessutom kan det också ingå parterapi. Interventionen utgår från att social interaktion och stöd från det sociala nätverket är centralt för ett positivt behandlingsutfall och för att en individ ska kunna upphöra med sitt missbruk.</p>
ÅP (Återfallsprevention)	<p>ÅP är en form av kognitiv beteendeterapi (KBT) och syftar till att förebygga återfall i missbruk. Målgruppen är ungdomar och vuxna med beroendeproblem som rör alkohol, narkotika, läkemedel, tobak eller spel.</p>

