

Missar vi målen med missbruks- och beroendevården?

Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv



Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vårdanalys

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: istock/Getty Images

Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2015

ISBN 978-91-87213-55-7

Missar vi målen med missbruks- och beroendevården?

Om uppföljning av resultat ur ett
patient- och brukarperspektiv

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Maria Branting har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Petra Otterblad Olausson och analyschefen Christofer Montell deltagit.

Stockholm 2016-04-13

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Karin Tengvald
Vice styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Elisabeth Rynning
Styrelseledamot

Kerstin Wigzell
Styrelseledamot

Maria Branting
Föredragande



Förord

Systematisk uppföljning av en verksamhets insatser och resultat är en förutsättning för både kvalitetssäkring och ansvarsutkrävande samt utveckling och lärande. I den här rapporten belyser vi förutsättningarna för uppföljning av missbruks- och beroendevården ur ett patient- och brukarperspektiv. Det innebär att vi kartlägger och analyserar vad som ur ett brukarperspektiv är viktiga resultat inom missbruks- och beroendevården. Vi belyser också i vilken utsträckning det finns förutsättningar att följa upp resultaten. I grunden handlar rapporten alltså om centrala förutsättningar för systematisk kvalitetssäkring och utveckling av missbruks- och beroendevården.

Många personer med missbruks- och beroendeproblem har komplexa behov relaterade både till fysisk och psykisk hälsa, relationer och andra sociala och psykosociala faktorer. Samtidigt delas ansvaret för missbruks- och beroendevården mellan landsting och kommuner. Det delade huvudmannskapet kan innebära särskilda svårigheter att följa upp vården och omsorgen ur ett patient- och brukarperspektiv. Vårdanalys konstaterade därför, tillsammans med myndighetens patient- och brukarråd, att missbruks- och beroendevården är ett angeläget område att belysa. Vår förhoppning är att den här rapporten ska tjäna som ett underlag för förbättrad uppföljning och utveckling av missbruks- och beroendevården och bidra till ett stärkt brukarperspektiv i dessa verksamheter. Vi riktar rekommendationer till Rådet för styrning med kunskap och till kommuner och landsting i syfte att förbättra grundförutsättningarna för utveckling av missbruks- och beroendevården.

Arbetet har bedrivits av projektledaren Maria Branting. Health Navigator AB har bistått med externt stöd i projektet. Ett stort antal personer har intervjuats och på andra sätt bidragit till projektet. Vi vill framföra ett stort tack för dessa värdefulla bidrag. Vi vill också tacka de externa experter



som har lämnat synpunkter på analyser och texter. Dessa är Bengt-Åke Armelius (professor emeritus), Kerstin Armelius (professor emerita), Jan Brännström (utvecklingsledare socialtjänsten Umeå), Åsa Magnusson (verksamhetschef för Beroendecentrum Örebro och ordförande för Svensk förening för Beroendemedicin), Lars-Håkan Nilsson (medicinsk rådgivare vid Kriminalvården), Christina Persson (konsult på Sveriges Kommuner och Landsting, SKL), Nils Stenström (forskare på Socialstyrelsen) och Claudia Fahlke (professor i psykologi vid Göteborgs universitet och föreståndare för Centrum för forskning och utbildning kring riskbruk, missbruk och beroende, CERA). Vidare vill vi rikta ett särskilt varmt tack till de patient-, brukar- och närståendeföreträdare som deltagit i projektets referensgrupp och lämnat värdefulla synpunkter under arbetets gång: Gunilla Bjälvenstrand (CONVICTUS), Linn Brandelius (Maskrosbarn), Inger Forsgren (Rättigheter Frigörelse Hälsa Likabehandling, RFHL), Björn Fries (Rainbow Sweden), Vanja Holmgren (Föräldraföreningen Mot Narkotika, FMN), Christina Paulsrud och Berne Stålenkrantz (Svenska brukarföreningen) och Ali Reunanen (Kriminellas Revansch I Samhället, KRIS).

Stockholm i maj 2016

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

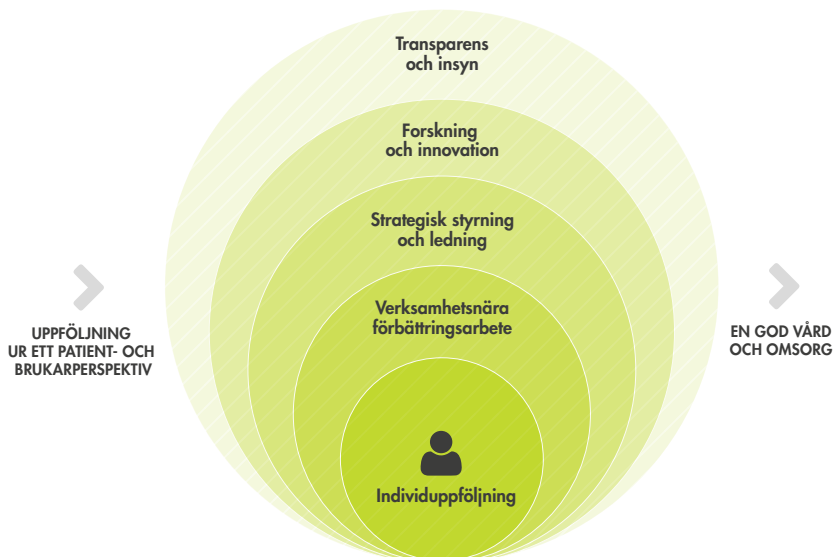
RESULTATUPPFÖLJNING ÄR EN FÖRUTSÄTTNING FÖR UTVECKLING

Missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel har stora negativa effekter för många personer i Sverige. Ofta påverkas såväl den fysiska och psykiska hälsan som den sociala situationen. Uppskattningsvis 800 000 personer har ett missbruk eller beroende av alkohol, 55 000 personer ett missbruk eller beroende av narkotika och 45 000–65 000 personer har ett läkemedelsrelaterat missbruk eller beroende. Om man dessutom inkluderar närstående blir det tydligt att många människor påverkas och drabbas av missbrukets eller beroendets konsekvenser. Patienter och brukare inom missbruks- och beroendevården kan dessutom många gånger befinna sig i en beroendesituation gentemot profession och beslutsfattare, och kan ha svårt att bevaka och driva sina intressen.

Mot denna bakgrund är det viktigt med en ändamålsenlig och systematisk uppföljning av missbruks- och beroendevården ur ett patient- och brukarperspektiv. Det är en förutsättning för att kunna kvalitetssäkra och utveckla samhällets insatser och i förlängningen uppnå målet om en god vård och omsorg, som i sin tur bidrar till en god och jämlik hälsa.

En systematisk uppföljning kan tjäna flera olika syften. För det första är uppföljning avgörande för att över huvud taget veta om samhällets insatser är effektiva och leder till positiva förändringar för den enskilde individen. För det andra möjliggör uppföljningen ett ömsesidigt lärande inom och mellan verksamheter. För det tredje är uppföljning en förutsättning för strategisk styrning och ledning, på både lokal, regional och nationell nivå. För det fjärde är uppföljning även en förutsättning för forskning och innovation. Avslutningsvis möjliggör en ändamålsenlig uppföljning transparens och insyn i vården och omsorgen av personer med missbruks- och beroendeproblematik.





Den är därmed en viktig grund för att upprätthålla befolkningens förtroende för samhällets insatser.

För att uppföljningen ska vara ändamålsenlig behöver man belysa både strukturer, processer och resultat. Strukturerna är de olika resurser och förutsättningar som verksamheten har, till exempel lokaler, utrustning och personalens utbildning. Processerna är de aktiviteter som genomförs, exempelvis medicinsk behandling eller psykosociala stödinsatser, medan resultatet beskriver de effekter som aktiviteterna leder till.

För patienter, brukare och deras närstående är det naturligtvis insatsernas resultat som är viktigast. Om man inte följer upp resultaten går det inte heller att avgöra om insatserna eller verksamheterna leder till det man önskar uppnå. När hälso- och sjukvården och socialtjänsten tillhandahåller, utvecklar och utvärderar tjänster ska man utgå ifrån patienters och brukares förutsättningar och behov. Därför behöver även resultaten man väljer att följa upp återspegla patienters och brukares behov, preferenser och värderingar. Det är med andra ord viktigt att patienter och brukare inom missbruks- och beroendevården involveras i arbetet med att definiera vilka resultat som är särskilt viktiga. För att uppföljningen ska spegla ett helhetsperspektiv behövs också en samordning mellan de olika aktörer som patienterna och brukarna möter.

I dag saknas en gemensamt accepterad syn på vilka resultat som vården och omsorgen av personer med missbruks- och beroendeproblematik bör sträva

efter. Mycket tyder även på att uppföljningen främst fokuserar på strukturer och processer snarare än på de resultat som vården och omsorgen ska leda till.

VILKA RESULTAT ÄR VIKTIGA UR ETT PATIENT- OCH BRUKARPERSPEKTIV?

Den här studien syftar till att identifiera vilka resultat som personer med missbruks- och beroendeproblematik tycker är viktiga att uppnå. Den syftar också till att belysa förutsättningarna för att följa upp dessa resultat idag. Vi söker därmed besvara två övergripande frågor:

1. Vilka resultat är viktiga för personer med alkohol- och narkotikarelaterad problematik?
2. I vilken utsträckning finns en gemensam struktur för uppföljning av dessa resultat?

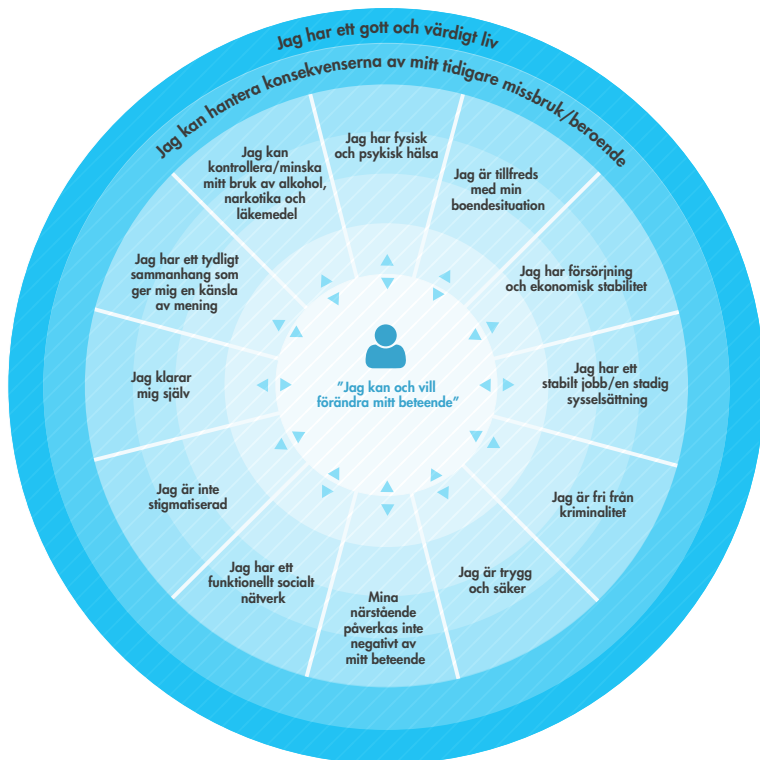
VI HAR ANVÄNT KVALITATIVA METODER

För att besvara frågorna har vi genomfört ett femtiotal intervjuer med företrädare från patient-, brukar- och närståendeföreningar samt företrädare från socialtjänsten, hälso- och sjukvården, myndigheter och akademien. Intervjuerna har kompletterats med en litteraturstudie över forskning, styrdokument, centrala uppföljningar och annan relevant litteratur, samt med en översiktlig kartläggning av datakällor. Vi har också träffat en referensgrupp med omkring tio brukar- och närståendeföreträdare vid ett antal tillfällen för att gemensamt diskutera och validera studiens resultat.



RESULTATUPPFÖLJNINGEN BÖR SPEGLA DEN SAMLADE LIVSSITUATIONEN

I ramverket nedan sammanfattas de resultat vi har identifierat som särskilt viktiga ur ett patient- och brukarperspektiv. Resultaten rör områden som hälsa, relationer och andra sociala och psykosociala faktorer.



De olika resultatområdena är grad av missbruk och beroende; fysisk och psykisk hälsa; boendesituation; försörjning och ekonomisk stabilitet; arbete och sysselsättning; kriminalitet; trygghet och säkerhet; närståendes situation; socialt nätverk; självständighet; stigmatisering och känsla av sammanhang.

En övergripande slutsats är att de olika resultatområdena i hög grad påverkar varandra. I vissa fall kan också ett resultatområde vara en förutsättning för att uppnå ett annat. Till exempel kan en tillfredsställande boendesituation både ge en ökad känsla av självständighet, trygghet och säkerhet, samtidigt som det är en förutsättning för att kunna ta del av vård och behandling som i sin tur påverkar graden av missbruk eller beroende.

Personer med missbruk och beroende utgör dock en heterogen grupp.

Exempelvis varierar förekomsten av sociala problem. De olika resultatområden vi har identifierat är därmed individuella – olika personer kan prioritera olika resultat. Prioriteringarna kan också förändras över tid. Den individuella brukarens eller patientens prioritering behöver inte heller stämma överens med professionens eller närståendes uppfattning. Majoriteten av resultatområdena har dock lyfts fram som viktiga av både patient- och brukarföreträdare, närståendeföreträdare, företrädare från socialtjänsten och sjukvården, myndighetsföreträdare och företrädare från akademien.

DET SAKNAS EN GEMENSAM STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING

En gemensam struktur för uppföljning av resultat innebär att aktörer på olika nivåer har en gemensam syn på vilka resultat som är viktiga ur ett patient- och brukarperspektiv, att de följs upp på individnivå och att relevanta uppgifter sammanställs och analyseras på lokal, regional och nationell nivå. Vi kan konstatera att det saknas en sådan gemensam struktur som utgår från ett patient- och brukarperspektiv. Även om en viss uppföljning av viktiga resultat görs på framför allt lokal och regional nivå framstår uppföljningen som splittrad. Den tenderar att utgå från enskilda verksamheters ansvarsområden snarare än personens samlade livssituation. Det är särskilt problematiskt eftersom en betydande andel av gruppen har komplexa behov, där olika delar i livssituationen påverkar varandra. Det medför även att det i dag inte är möjligt att på nationell nivå få en bild av hur vården och omsorgen för personer med missbruks- och beroendeproblematik fungerar.

Uppföljningen på nationell nivå utelämnar viktiga resultat

Den uppföljning av missbruks- och beroendevården som genomförs på nationell nivå i dag fokuserar främst på strukturer och processer. Det kan till exempel handla om rutiner för samverkan och om man använder standardiserade bedömningsmetoder. Uppföljningen inkluderar endast ett fåtal av de resultatområden som patienterna och brukarna tycker är viktiga. Statens Institutionsstyrelses (SiS) uppföljning av personer som behandlats inom tvångsvården är dock ett undantag, och omfattar i stort sett alla resultatområden som brukarna har lyft fram i vår studie. Uppgifter om flera viktiga resultatområden, till exempel arbetsmarknadsstatus, boendesituation, trygghet och säkerhet, finns också i register hos olika statliga myndigheter, men de sammanställs inte.



Förutsättningarna för uppföljning varierar mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten

På lokal och regional nivå varierar förutsättningarna för resultatuppföljning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Inom hälso- och sjukvården dokumenteras uppföljningen på ett relativt enhetligt sätt, och individuppgifter lämnas till Socialstyrelsens hälsodataregister för stora delar av vården. Däremot är det endast ett fåtal resultatområden som dokumenteras – fokus är på graden av missbruk och beroende samt fysisk och psykisk hälsa. Överlag saknas en bild av personernas relationer och andra sociala och psykosociala faktorer.

Även inom socialtjänsten brister uppföljningen. Endast 37 procent av alla kommuner uppger sig ha följt upp resultatet av sina insatser utifrån uppsatta mål för enskilda personer. Ännu färre, 20 procent av kommunerna, har sammanställt sina klienters behov och resultaten av insatserna på aggregerad nivå. Förutsättningarna för uppföljning är överlag sämre inom socialtjänsten. Den lagstiftning som reglerar behandlingen av personuppgifter innebär begränsningar för vad som får samlas in, IT-systemen är inte alltid utformade för systematisk uppföljning och man använder olika system som inte är kompatibla med varandra. Dessutom saknas i större utsträckning den tid, kunskap och kompetens som krävs för att arbeta med systematiska uppföljningar. Inom socialtjänsten finns vissa verktyg för uppföljning med stor potential, till exempel *Addiction Severity Index* (ASI), men de används inte i någon större utsträckning.

För patienter och brukare som får vård och omsorg av både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver uppföljningen samordnas. Det är viktigt för att undvika onödigt dubbeldokumentation och för att inte riskera att någon del av uppföljningen faller mellan stolarna. På övergripande nivå finns ett instrument för en sådan samordning i form av lagstadgade gemensamma överenskommelser om samarbete mellan kommuner och landsting. Våra intervjuer pekar dock på att de fått begränsat genomslag i praktiken. Även på individnivå finns ett instrument för samordning – samordnad individuell plan (SIP) – som ska upprättas när det finns behov av samordning mellan vårdens och omsorgens aktörer. Dock finns indikationer på att planerna inte används i tillräcklig utsträckning.

RÅDET FÖR STYRNING MED KUNSKAP BÖR TA INITIATIV TILL EN GEMENSAM STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING

För att stärka den nationella kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård och socialtjänst har regeringen inrättat Rådet för styrning med kunskap,

som består av nio olika myndigheter. Fokus för rådets arbete är att förbättra samordningen mellan de statliga myndigheterna och att utveckla dialogen med huvudmännen. Vår övergripande rekommendation är att Rådet för styrning med kunskap, i dialog med kommuner och landsting, bör ta initiativ till en gemensam struktur för uppföljning av resultat inom missbruks- och beroendevården. En sådan struktur behöver förtydliga vad som ska följas upp (det vill säga vilka resultat), vem som ska göra det, när det ska göras och på vilket sätt.

En gemensam struktur förenklar ett ömsesidigt lärande mellan olika verksamheter och ett systematiskt förbättringsarbete, och bidrar till att alla olika aktörer följer upp resultat som är viktiga ur ett patient- och brukarperspektiv. En gemensam struktur för uppföljning förbättrar också den nationella kunskapen och överblicken när det gäller en på många sätt utsatt grupp. En sådan förbättrad kunskap kan i sin tur ligga till grund för nationella prioriteringar och initiativ när det gäller forskning och utveckling.

Det är angeläget att uppföljningen av resultat har ett helhetsperspektiv och återspeglar det som patienter och brukare tycker är viktigt. I arbetet med att etablera en gemensam struktur behövs en fortsatt diskussion om definitioner, termer och begrepp och om vilken typ av uppgifter som bör användas vid uppföljningen. Resultatuppföljningen bör så långt som möjligt utgå från befintliga datakällor, och länkas till relevanta uppgifter om strukturer och processer. Det är också angeläget att etablera de juridiska förutsättningar som behövs för en ändamålsenlig resultatuppföljning, samtidigt som patienternas och brukarnas personliga integritet värnas.

Arbetet bör samordnas med de olika initiativ som pågår för att identifiera relevanta uppföljningsindikatorer inom missbruks- och beroendevården. Ett exempel är uppföljningen av den nationella ANDT-strategin som Folkhälsomyndigheten ansvarar för. Ett annat exempel är Socialstyrelsens (kommande) uppföljnings- och utvärderingsarbete utifrån de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Vidare sker en fortsatt utveckling av öppna jämförelser, som bland annat innebär ett ökat fokus på resultatindikatorer.

För att ytterligare förbättra möjligheterna till en gemensam uppföljning av resultat på längre sikt behöver vissa förutsättningar finnas på plats:

- *Kommunerna och landstingen bör stärka kompetensen på områdena systematisk uppföljning och förbättringsarbete*

I studien har det framkommit att kännedomen om datakällor och hur de kan användas i en uppföljning för att förbättra verksamheten varierar.



Vårdanalys bedömer därför att verksamheterna behöver kunskaps- och kompetenshöjande stöd kring datakällor och metoder för systematisk (resultat-)uppföljning.

► *Kommunerna bör verka för en mer enhetlig dokumentation*

En annan utmaning som framkommit är att dokumentationssystemen och IT-stöden inte alltid är utformade så att en systematisk uppföljning blir enkel, och att de IT-stöd som upphandlats i kommunernas olika verksamheter inte alltid är kompatibla med varandra. Kommunerna bör därför verka för en mer enhetlig dokumentation genom att exempelvis använda likartade kriterier vid upphandling av IT-stöd, eller genomföra gemensamma upphandlingar.

Innehåll

1. Resultatuppföljning – en förutsättning för att utveckla vården och omsorgen	19
Missbruk och beroende är ett utbrett problem i Sverige	19
Uppföljning av resultat är en förutsättning för en god vård och omsorg	20
Vilka resultat är viktiga ur ett patient- och brukarperspektiv?	22
Vi har använt kvalitativa metoder	25
Rapportens fortsatta disposition	26
2. Resultatuppföljningen bör spegla individens samlade livssituation ..	29
Ett ramverk som fokuserar på resultat	29
Ramverket består av tre delar	30
Tolv centrala resultatområden	31
Exempel på brukares olika prioriteringar	49
3. En gemensam struktur för uppföljning av resultat saknas	55
Uppföljningen på nationell nivå fokuserar främst på strukturer och processer	55
Förutsättningarna för uppföljning av resultat på lokal och regional nivå varierar	61
4. Rekommendationer	69
Rådet för styrning med kunskap bör ta initiativ till en gemensam struktur för uppföljning av resultat	69
5. Referenser	75
Bilagor	81
Bilaga 1 – Intervjuguide	81
Bilaga 2 – Intervjuade personer	83





Resultatuppföljning – en förutsättning för att utveckla vården och omsorgen

MISSBRUK OCH BEROENDE ÄR ETT UTBRETT PROBLEM I SVERIGE

Missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel orsakar stora negativa effekter för många personer i Sverige. Ofta påverkas såväl den fysiska och psykiska hälsan som den sociala situationen. Det finns också en hög grad av samsjuklighet bland personer med missbruks- och beroendeproblematik. Mellan 30 och 50 procent av dem som söker vård på grund av missbruk eller beroende lider samtidigt av psykisk sjukdom. Mellan 30 och 70 procent har andra medicinska kroniska sjukdomar eller riskfaktorer (SOU 2011:35 Volym 2 s. 532).

Uppskattningsvis 800 000 vuxna (över 18 år) har ett missbruk eller beroende av alkohol. Ungefär 55 000 personer har ett missbruk eller beroende av narkotika och cirka 29 500 personer har en problematisk narkotikaanvändning. Någonstans mellan 45 000 och 65 000 personer har ett läkemedelsrelaterat missbruk eller beroende (SOU 2011:35 Volym 2 s. 536, Ramstedt m.fl. 2014 s. 2–3). Om man dessutom inkluderar närstående blir det tydligt att många människor, direkt eller indirekt, påverkas och drabbas av missbrukets eller beroendets konsekvenser.

Utöver att ha stor inverkan på enskilda personer och deras närstående genererar missbruks- och beroendeproblematik omfattande negativa effekter för samhället i stort. Enligt missbruksutredningen uppgår samhällets årliga kostnader för missbruk till 150 miljarder kronor (SOU 2011:35 Volym 1 s. 166), vilket motsvarar omkring 17 procent av statens samlade budget för år 2015 (prop. 2014/15:1 s. 5).

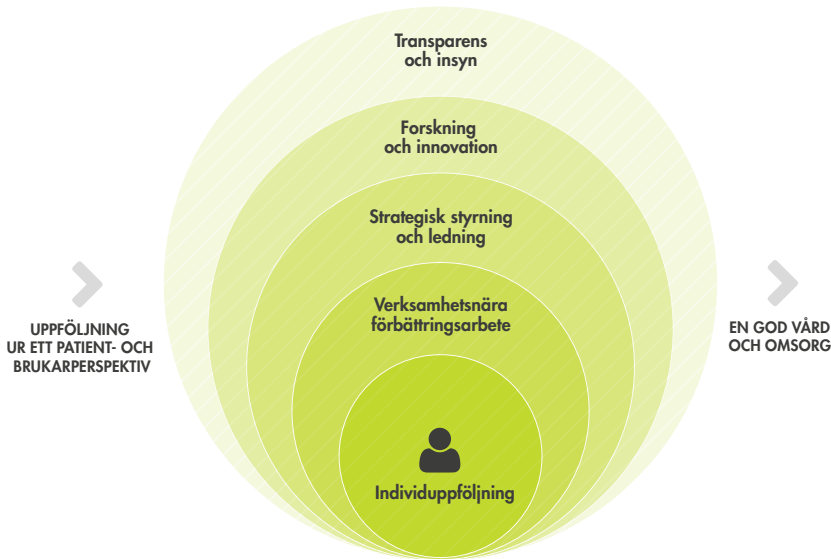
UPPFÖLJNING AV RESULTAT ÄR EN FÖRUTSÄTTNING FÖR EN GOD VÅRD OCH OMSORG

Mot bakgrund av ovanstående är det viktigt med en ändamålsenlig och systematisk uppföljning av missbruks- och beroendevården. En sådan uppföljning är en förutsättning för att kunna kvalitetssäkra och utveckla samhällets insatser och i förlängningen uppnå målsättningen om en god vård och omsorg, som i sin tur bidrar till en god och jämlik hälsa.

En systematisk uppföljning tjänar flera syften

En systematisk uppföljning innebär att man regelbundet och metodiskt dokumenterar behov, insatser och resultat för enskilda personer, och sedan sammanställer det på gruppnivå (Socialstyrelsen 2014c). En systematisk uppföljning kan ligga till grund både för ett lärande och för ett utkrävande av ansvar, och kan tjäna flera syften på olika nivåer. För det första är uppföljning avgörande för att över huvud taget veta om samhällets insatser är effektiva och leder till positiva förändringar. För det andra möjliggör det ett verksamhetsnära förbättringsarbete, till exempel ömsesidigt lärande mellan verksamheterna inom en kommun. För det tredje är uppföljning en förutsättning för strategisk styrning och ledning, på både lokal, regional och nationell nivå. Det kan exempelvis ge underlag för beslut om vilka insatser som bör prioriteras och information om vilka grupper behöver särskilt stöd. För det fjärde är uppföljning en förutsättning för forskning och innovation. Avslutningsvis möjliggör en ändamålsenlig uppföljning transparens och insyn i vården och omsorgen av personer med missbruks- och beroendeproblematik. Den är därmed en viktig grund för att upprätthålla befolkningens förtroende för samhällets insatser.

Figur 1. Uppföljning fyller flera viktiga funktioner.

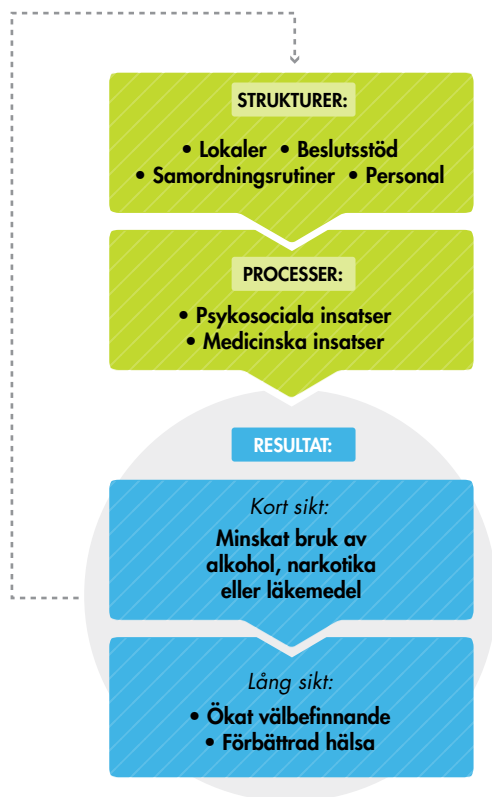


Uppföljningen behöver inkludera både strukturer, processer och resultat

En ändamålsenlig uppföljning behöver följa upp både strukturer, processer och resultat. Strukturerna är de resurser och förutsättningar som verksamheten har till sitt förfogande, till exempel lokaler, utrustning, rutiner, personal och dess kompetens. Strukturen är en förutsättning för att kunna genomföra olika aktiviteter och åtgärder. Processerna är de aktiviteter man genomför. Det kan både handla om vilka aktiviteter man genomför, och hur man genomför dem (Socialstyrelsen 2014b). Exempel på processer kan vara "behandling med läkemedlet Naltrexon" eller "bedömning av behov med hjälp av bedömningsinstrumentet ASI". Resultatet ska beskriva de effekter som aktiviteterna är tänkta att leda till. För patienter, brukare och deras närstående är det resultatet av insatserna som är det viktiga, och utan uppföljning kan man inte avgöra om insatserna eller verksamheterna leder till de resultat man önskar. Mycket tyder dock på att den uppföljning av missbruks- och beroendevården som görs i dag främst fokuserar på strukturer och processer, och inte på de resultat som vården och omsorgen ska leda till.



Figur 2. Exempel på strukturer, processer och resultat.



VILKA RESULTAT ÄR VIKTIGA UR ETT PATIENT- OCH BRUKARPERSPEKTIV?

I dag saknas en gemensamt accepterad syn på vilka resultat missbruks- och beroendevården bör sträva efter. All vård och omsorg ska utgå från individens behov, preferenser och förutsättningar, och den enskilde ska ges stort inflytande över vården och omsorgens utformning. Inom socialtjänsten, inklusive missbruksvården, befinner sig brukarna ofta i en beroendesituation gentemot profession och beslutsfattare, och kan ha svårt att bevaka och driva sina intressen (Socialstyrelsen 2004). Det är med andra ord mycket viktigt att patienter och brukare inom missbruks- och beroendevården involveras i arbetet med att definiera vilka resultat som är särskilt viktiga att följa upp.

Den här studien syftar därför till att identifiera vilka resultat personer med missbruks- och beroendeproblematik tycker är viktiga att uppnå. Studien syftar också till att belysa förutsättningarna för att följa upp resultaten i dag.

Vi söker besvara två övergripande frågor:

1. Vilka resultat är viktiga för personer med alkohol- och narkotikarelaterad problematik?
2. I vilken utsträckning finns en gemensam struktur för uppföljning av dessa resultat?

Studien är avgränsad till substansmissbruk och beroende bland vuxna

Missbruks- och beroendevård bör enligt den statliga missbruksutredningen (SOU 2011:35 Volym 1 s. 121–122) syfta till att ge vård, behandling och stöd åt människor som genom sin användning av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel eller andra liknande medel riskerar att skada sin hälsa eller sociala situation. Vi har i den här studien valt att avgränsa oss till att enbart undersöka substanserna *alkohol*, *narkotika* samt *läkemedel*, och har exkluderat dopningsmedel. Vi har också exkluderat missbruk eller beroende av annat än substanser, exempelvis spel, för att i större utsträckning kunna generalisera resultaten. Av samma skäl har vi valt att avgränsa studien till vuxna (18 år och äldre). Vi har också valt att fokusera på mer allvarliga problem och inkluderar därför inte riskbruk av alkohol, det vill säga ett omfattande bruk som ännu inte har lett till några medicinska eller sociala konsekvenser. I rapporten använder vi oss genomgående av begreppen *missbruk* och *beroende*.

Missbruk och beroende – vad är vad?

Det saknas en enhetlig syn på vilka begrepp som ska användas om alkohol- och narkotikaproblematik. Ansvaret för vård och omsorg av personer med missbruk och beroende delas av hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och de använder sig delvis av olika begrepp.

Inom hälso- och sjukvården finns två system för att klassificera och diagnosticera tillstånd – *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) och *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). ICD baseras på riktlinjer från WHO och är det system som huvudsakligen används (Socialstyrelsen 2010). Inom ICD används diagnoskoder för *skadligt bruk* och *beroende*. DSM används framför allt vid diagnosticering inom psykiatri. I tidigare versioner av DSM fanns diagnoserna *missbruk* och *beroende*, men i den senaste upplagan har de ersatts av diagnosen *substansbrukssyndrom*. Ett av motiven till sammanslagningen av diagnoserna var bedömningen att missbruk och beroende inte är helt fristående från varandra (Agerberg 2013).



Definitioner och kriterier av skadligt bruk och beroende enligt ICD-10

Skadligt bruk innebär enligt ICD-10 ett bruk av psychoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan, fysiskt eller psykiskt. Beroende enligt ICD-10 innebär att individen känner en stark längtan efter drogen, har svårigheter att kontrollera sitt intag, fortsätter använda substansen trots skadliga effekter, har en ökad tolerans, prioriterar användning av substansen framför andra aktiviteter och förpliktelser och i vissa fall fysiska abstinenssymptom. För att ställa diagnosen beroende krävs att minst tre kriterier ska ha varit uppfyllda det senaste året.

Definitioner och kriterier av missbruk och beroende enligt DSM

Missbruk enligt DSM-IV kräver minst ett av fyra uppfyllda kriterier under en och samma tolv månadersperiod. Kriterierna är upprepade användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet; upprepade användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer till exempel vid bilkörning eller i arbetslivet; upprepade kontakter med rättsväsendet till följd av missbruket och fortsatt användning trots återkommande problem. För beroende enligt DSM-IV krävs istället att tre av totalt sju kriterier uppfylls under en tolv månadersperiod. Beroendekriterierna är att individen har behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt; abstinensbesvär när bruket upphör; intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs; varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget; en betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika; att viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas och fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

I DSM-5 ersätts missbruks- och beroendediagnoserna med det samlade begreppet substansbrukssyndrom. Substansbrukssyndrom består av en kombination av de tidigare missbruks- och beroendekriterierna, där kriteriet om kontakter med rättsväsendet har ersatts av ett kriterium som handlar om "begär/sug". För diagnos enligt DSM-5 krävs att minst två kriterier är uppfyllda, och svårighetsgraden definieras utifrån antalet kriterier som är uppfyllda (2–3 uppfyllda kriterier innebär ett mildt substansbrukssyndrom och 4–5 uppfyllda kriterier innebär måttligt substansbrukssyndrom och mer än fem uppfyllda kriterier innebär svårt substansbrukssyndrom).

Inom den kommunala verksamheten ställer man inte diagnoser, och använder sig inte av diagnoskoder eller klassificeringssystem. I socialtjänstlagen (2001:453), SoL, framgår att socialnämnden aktivt ska sörja för att den enskilde *missbrukaren* får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån *missbruket* (5 kap 9 § SoL). Vidare ingår begreppet "*missbrukare*" i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Intervjuade företrädare som är verksamma inom socialtjänsten beskriver det överlag som att personen av tradition själv definierar sitt missbruk. Man menar att det är de negativa konsekvenserna för personen som är det centrala.

VI HAR ANVÄNT KVALITATIVA METODER

För att besvara frågorna om vilka resultat som är viktiga för personer med alkohol- och narkotikarelaterad problematik, samt i vilken utsträckning det finns en gemensam struktur för uppföljning av resultaten, har vi använt kvalitativa metoder. Studien bygger främst på intervjuer och vi har tillämpat en explorativ ansats. Den explorativa ansatsen innebär att de personer vi har intervjuat har getts möjlighet att själva uttrycka sina reflektioner och tankar, utöver att besvara på förhand formulerade frågor.

Sammanlagt har vi intervjuat ett femtiotal företrädare från patient-, brukar- och närståendeorganisationer, socialtjänsten, hälso- och sjukvården, myndigheter och akademien. Vi har också träffat en referensgrupp med omkring tio brukar- och närståendeföreträdare vid ett antal tillfällen under arbetets gång för att gemensamt diskutera och validera studiens resultat.

I ett första steg genomförde vi en litteraturstudie med en sammanställning av relevant forskning, styrdokument och annan central litteratur. Vi hittade en studie som innehöll en beskrivning av sex personers önskade mål med sin behandling (Mitchell m.fl. 2011). De övriga studierna rörde faktorer som påverkar förändringsprocesser och återhämtning vid missbruks- och beroendeproblem, snarare än vilka resultat personer med missbruk eller beroende önskar uppnå vid vård och behandling (Nordfjaern m.fl. 2010, von Grieff och Skogens 2012). Andra studier som legat till grund för litteratursammanställningen är en beskrivning av *Canadian Mental Health Associations* ramverk för personer med psykisk ohälsa (Trainor m.fl. 2004), och en studie om heroinmissbrukets kostnader och de samhällsekonomiska effekterna av framgångsrik metadonbehandling (Nilsson och Wadeskog 2008).

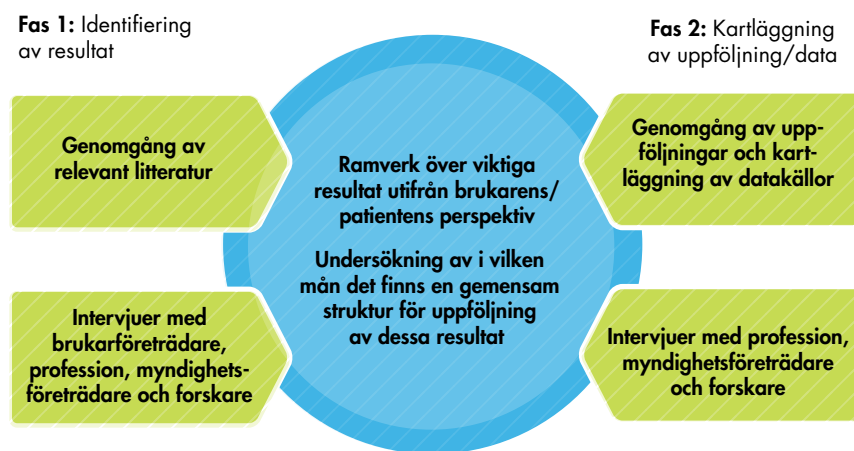
Utifrån litteratursammanställningen tog vi fram ett antal övergripande hypoteser om vilka resultatområden som sannolikt är viktiga för personer som möter missbruks- och beroendevården. Därefter tog vi fram en intervjuguide (se bilaga 1), som vi använde som underlag vid semistrukturerade intervjuer med företrädare från patient-, brukar- och närståendeorganisationer. Syftet med intervjuerna var att utifrån hypoteserna identifiera och kartlägga resultat som är centrala för personer med missbruks- eller beroendeproblematik. I den här fasen intervjuade vi även företrädare från socialtjänsten, hälso- och sjukvården (psykiatri, beroendevården och primärvården) samt myndigheter och akademien, för att få en bild av eventuella skillnader inom och mellan de olika perspektiven.

Intervjuerna med företrädare från profession, myndigheter och akademien



var också en del av studiens andra fas, som syftade till att ta reda på i vilken mån det nationella, regionala och lokala uppföljningsarbetet täcker in de resultat som är särskilt viktiga ur ett patient- och brukarperspektiv. I de intervjuerna ställde vi också frågor om datatillgång och om förutsättningar och hinder för insamling av relevanta uppgifter. Som komplement till intervjuerna gjorde vi även en översiktlig kartläggning av centrala uppföljningar och datakällor inom området.

Figur 3. Studien bygger på kvalitativ metod.



RAPPORTENS FORTSATTA DISPOSITION

I *kapitel två* besvarar vi studiens första fråga, det vill säga vilka resultat som är viktigast för personer med alkohol- och narkotikarelaterade problem.

I *kapitel tre* besvarar vi studiens andra fråga, det vill säga i vilken mån det finns en gemensam struktur för uppföljning av dessa resultat.

I *kapitel fyra* presenterar vi våra rekommendationer som syftar till att stärka förutsättningarna för att kunna följa upp viktiga resultat utifrån ett patient- och brukarperspektiv.



Resultatuppföljningen bör spegla individens samlade livssituation

I det här avsnittet besvarar vi rapportens första fråga om vilka resultat som är särskilt viktiga ur ett patient- och brukarperspektiv, och beskriver hur dessa resultat kan ordnas i ett ramverk. Vi inleder med att redovisa ramverkets olika delar. Därefter följer en mer noggrann genomgång av de olika resultatområdena.

ETT RAMVERK SOM FOKUSERAR PÅ RESULTAT

Ramverket fokuserar på *vad* patienter och brukare vill uppnå med sin behandling eller de insatser som de tar del av, och inte på *hur* resultatet ska uppnås. Vi kommer alltså inte att fördjupa oss i vilka insatser som är mest lämpliga eller effektiva för att uppnå de önskade resultaten. Vi kommer inte heller att uttala oss om vilka behandlingsmål som är mest ändamålsenliga.

Ramverket syftar till att ringa in prioriterade resultatområden för en bred och heterogen grupp, där olika personer har olika behov och förutsättningar. Exempelvis varierar förekomsten av sociala problem och är generellt mindre bland personer som har ett alkoholberoende än bland personer med narkotikamissbruk eller beroende (SOU 2011:6, SOU 2011:35). Inom gruppen kan det finnas olika bilder av vad man vill uppnå med vård och behandling, och vilka resultat som är mest prioriterade. Brukarens eller patientens perspektiv behöver inte heller stämma överens med exempelvis professionens eller närståendes uppfattning. Den här studien beskriver vad patienter och brukare själva prioriterar. Majoriteten av resultatområdena har dock lyfts fram som

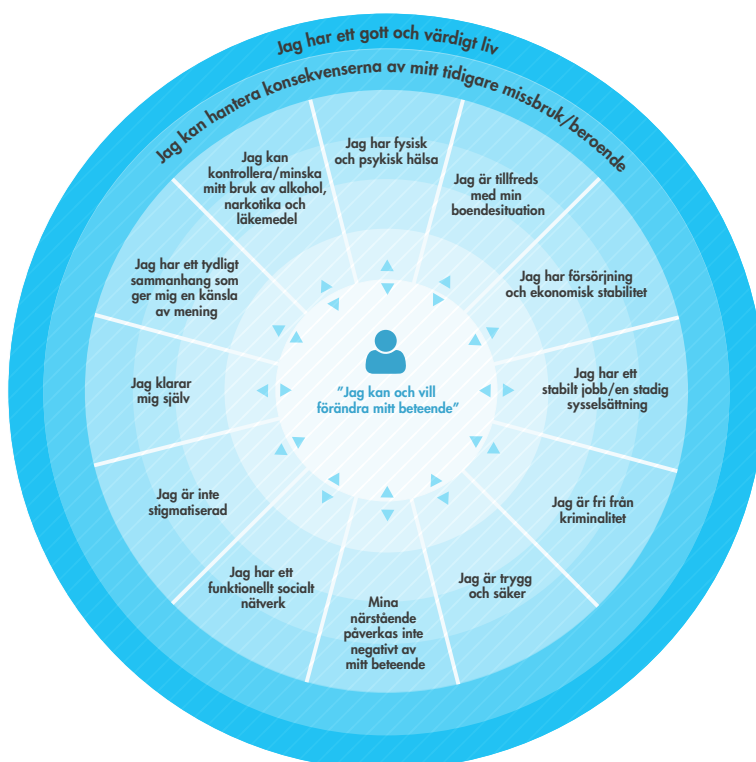


viktiga av både patient-, brukar- och närståendeföreträdare, företrädare från socialtjänsten och hälso- och sjukvården, myndighetsföreträdare och företrädare från akademien.

RAMVERKET BESTÅR AV TRE DELAR

Ramverket består sammantaget av tre olika delar. Man kan se det som att individen förflyttar sig inifrån och ut i ramverket – från ramverkets kärna, *motivation till förändring* (1), till *önskade resultat* (2) för att sedan uppnå de *övergripande målen* (3). Ramverkets olika delar kan variera över tid och påverka varandra på olika sätt. Till exempel kan olika resultatområden hänga samman med och påverka varandra, och uppnådda resultat kan öka motivationen till förändring. Ramverket illustreras i figuren nedan, och därefter följer en mer utförlig redovisning av ramverkets olika delar och deras innebörd.

Figur 4. Illustrativ framställning av resultatramverket.



Ramverkets kärna – motivation till förändring

Den första delen kan ses som ramverkets kärna och handlar om att vara motiverad till förändring. Många av brukarföreträdarna lyfter i intervjuerna att motivationen är ett första och nödvändigt steg för utvecklingen mot ett resultat. Man beskriver att viljan att förändra sitt beteende dels påverkas av individuella faktorer, dels av omgivande sociala faktorer. Liknande beskrivningar finns i litteraturen (von Grieff och Skogens 2012, Mitchell m.fl. 2011). Motivationen är inte statisk, utan kan variera över tid.

Viktiga resultatområden – övergripande ramar

Vi har identifierat tolv centrala resultatområden som särskilt viktiga för personer som möter missbruks- och beroendevården. Områdena ska ses som en övergripande ram för varje enskild persons specifika önskade resultat utifrån förutsättningar, behov och preferenser. Det rymmer alltså en mängd mer detaljerade resultat inom varje resultatområde. Olika personer kan prioritera olika resultatområden. Brukarens eller patientens prioriteringar kan också förändras över tid, och resultaten kan ta olika lång tid att uppnå. De olika resultatområdena kan dessutom hänga samman och därmed påverka varandra. I vissa fall kan också ett resultatområde vara en förutsättning för att uppnå resultat inom ett annat. Till exempel kan en tillfredsställande boendesituation ge en ökad känsla av självständighet, trygghet och säkerhet, samtidigt som det är en förutsättning för att kunna ta del av vård och behandling, vilket i sin tur påverkar graden av missbruk eller beroende.

Övergripande mål och delmål – ett gott och värdigt liv

De övergripande målen nås först när tillräckligt många av patientens eller brukarens prioriterade resultat uppnåtts. Det övergripande *delmålet* rör förmågan att på ett ändamålsenligt sätt hantera de negativa konsekvenser som det tidigare missbruket eller beroendet resulterat i. Det övergripande *målet* handlar om graden av upplevd livskvalitet. Vi gör antagandet att det är först när brukaren eller patienten själv upplever att de negativa konsekvenserna är hanterbara som en känsla av god livskvalitet infinner sig.

TOLV CENTRALA RESULTATOMRÅDEN

Som vi tidigare nämnt har vi identifierat tolv centrala resultatområden. Indelningen i tolv områden baseras på en genomgång av litteraturen och



Tabell 1. Samlad översikt av intervjuer om resultatområden som är särskilt viktiga för patienter och brukare.

Resultatområde	Beskrivning
 Grad av missbruk/beroende	Grad av missbruk/beroende beskriver hur en persons alkohol- eller narkotikavanor ser ut. Området lyfts överlag som viktigt, men olika företrädare förordar till viss del olika behandlingsmål – total drogfrihet eller minskat bruk. Den gemensamma nämnaren är vikten av att känna kontroll.
 Fysisk och psykisk hälsa	En god hälsa beskrivs som ett självklart prioriterat resultat, alla människor i allmänhet vill må bra. Hälsan är nära sammanlänkad med många av de andra resultatområdena, inte minst med grad av missbruk/beroende.
 Boendesituation	Utöver att vilja ha en boendesituation som man är nöjd med beskrivs boende som en övergripande och nödvändig trygghet, och som en förutsättning för många andra resultat. Önskemålen om specifik boendesituation kan dock variera utifrån den enskilda individens situation, förutsättningar och preferenser.
 Ekonomisk stabilitet/försörjning	Att ha en försörjning uppges vara viktig för självkänsla och integritet. En osäker ekonomi och låg försörjningsgrad beskrivs tvärtom kunna försämra den psykiska hälsan och öka risken för återfall och för kriminellt beteende.
 Arbete/sysselsättning	Arbete och sysselsättning kan handla både om en anställning, en utbildning eller någon annan form av regelbunden aktivitet. Det beskrivs skapa en regelbundenhet i vardagen och en känsla av sammanhang och mening, och är kopplat till bilden av "ett vanligt liv".
 Kriminalitet	Kriminellt beteende är relativt vanligt bland personer med missbruk och beroende. Utöver att användning av narkotika är kriminaliserat förekommer också andra brott med indirekt koppling till missbruket/beroendet, som exempelvis rattonykterhet eller våldsamt beteende. Många beskriver att det är viktigt att bli fri från kriminaliteten för att kunna gå vidare i livet och skapa en stabil tillvaro.
 Trygghet och säkerhet	Personer med missbruk och beroende har en högre risk att råka ut för olika typer av brottslighet och är överlag mer sårbara för brott. Trygghet och säkerhet lyfts fram som särskilt viktigt för kvinnor med missbruk och beroende, och för ungdomar och personer som valt att lämna en tidigare kriminell livsstil.
 Närstående	Med närstående avses personer som brukaren anser sig ha en nära relation till, som exempelvis barn, föräldrar, partner eller vänner. Många lyfter att man vill minska de negativa konsekvenserna för närstående och att man vill få tillbaka relationer man har förlorat på grund av sitt missbruk eller beroende.
 Socialt nätverk	Ett funktionellt socialt nätverk beskrivs vara viktigt både för det egna välmåendet och för återhämtningen. Man betonar också svårigheterna i att lämna tidigare umgängen som haft en negativ inverkan på återhämtningen.
 Självständighet	Att stå på egna ben och inte behöva vara en del av systemet på obestämmd tid, lyfts fram som ett önskat resultatområde. Man vill ha kontroll över sin livssituation. Samtidigt måste man få be om stöd när man behöver det.
 Stigmatisering	Stigmatisering inkluderar både omgivningens fördomar, diskriminering och stereotypa föreställningar, och personens egen upplevelse av skam och ångest. Att mötas av respekt och inte bli stämplad pga missbruks-/beroendeproblematiken beskrivs som viktigt. Man vill bli betraktad som en fungerande samhällsmedborgare.
 Sammanhang	En känsla av sammanhang som ger mening beskrivs dels ha ett egenvärde i sig, och dels hjälpa till att skapa hållbara resultat. Både sysselsättning och ett socialt nätverk kan bidra till att skapa en känsla av sammanhang.

på det som framkommit i våra intervjuer. Områdena rör hälsa, relationer samt sociala och psykosociala faktorer. Några av resultatområdena är delvis överlappande, och kan hänga samman och påverka varandra på olika sätt. Ovan redovisas en sammanställning av resultatet från intervjuerna (se tabell 1). Därefter presenterar vi respektive resultatområde mer detaljerat.

Grad av missbruk eller beroende

Det första resultatområdet rör graden av missbruk eller beroende, alltså en skattning av hur en persons alkohol- eller narkotikavanor ser ut. Resultatområdet tar med andra ord fasta på i vilken utsträckning personens konsumtionsmönster har förändrats (minskat eller helt avbrutits). Att graden av missbruk eller beroende är ett viktigt resultatområde för brukare och patienter bekräftas i intervjuerna. Åsikterna går däremot isär kring vad det specifika målet för behandlingen bör vara. Någon förespråkar total drogfrihet som ett önskat resultat medan andra lyfter minskat eller kontrollerat bruk. Den gemensamma nämnaren är vikten av att känna kontroll över sitt bruk och sin livssituation.

” Det finns ju de som inte vill sluta helt med sitt missbruk och dessa personer måste vi tänka på. Det är skillnad på om man är en tung missbrukare i hemlöshet eller om man använder en substans en gång i veckan i rekreationssyfte. Men här i Sverige är det samma förhållningssätt oavsett – det är knark alltihop.”

(Brukarföreträdare)

” Målet ska alltid vara att bli drogfri. Om man får läkemedelsbehandling för resten av sitt liv, då kommer man aldrig att nå det här målet.”

(Brukarföreträdare)

” Historiskt har vi haft en ganska moralistisk syn – målet har varit att bli helt drogfri och vara en god skattebetalare. Det finns människor som inte klarar det. Viktigt är att varje individ ska ha sina egna mål med behandlingen.”

(Brukarföreträdare)

I våra intervjuer med personer från professionen, myndigheter och akademien beskriver många graden av missbruk eller beroende som ett viktigt



resultatområde. Man betonar att det både kan vara ett enskilt resultatområde och ha betydelse för möjligheten att nå andra resultat, exempelvis en förbättrad psykisk och fysisk hälsa. Precis som brukarföreträdarna lyfter de fram problematiken i att avgöra vilket mål man ska ha för behandlingarna och insatserna när det gäller konsumtionsmönster. Flera av de intervjuade menar att total drogfrihet kanske inte är ett realistiskt alternativ för vissa brukare, utan snarare ett minskat bruk. En person lyfter särskilt fram bristen på konsensus i Sverige kring vad man ska ha för behandlingsmål för personer med både långvarigt och tungt missbruk eller beroende. Det finns med andra ord olika uppfattningar kring om total drogfrihet bör vara ett uttalat mål eller inte för den här gruppen.

” Nummer ett vad gäller resultat är minskad användning av själva drogen, det är det mest primära utfallsmåttet. [...] Det finns personer som aldrig kommer att kunna sluta helt och hållet men där hälsan blir bra. Det kanske handlar om habilitering eller good enough, det är inte nödvändigtvis allt eller inget.

(Företrädare akademien)

” Om vi tittar på missbruk överlag så mår de flesta bäst av att inte missbruka alls. Sedan finns det en grupp som man får jobba med hur mycket som helst och man kan inte ha målsättningen om total avhållsamhet. Det handlar om att få ordning på livet och om att vara realistisk.

(Företrädare socialtjänsten)

Fysisk och psykisk hälsa

Att missbruk och beroende kan ha skadliga effekter på hälsan är väl känt (Andréasson och Allebeck 2005). De negativa hälsoeffekterna kategoriseras ofta i *kroniska sjukdomstillstånd* (till exempel levercirros, hiv eller hepatit C) och *akuta skador eller tillstånd* (till exempel överdos eller olycka) (WHO 2004 s. 10–11). Av Missbruksutredningen framgår även att 30–50 procent av dem som vårdas för sitt missbruk också har en annan psykisk sjukdom. Missbruk och beroende är också vanligare bland personer med psykisk ohälsa än bland den övriga befolkningen (SOU 2011:35 Volym 2 s. 532). Eftersom en uppdelning av den fysiska och psykiska hälsan och den somatiska och psykiatriska vården i vissa fall kan vara kontraproduktiv (Vårdanalys 2014 s. 80–81) har vi valt att slå samman de delarna till ett enda resultatområde.

De intervjuade brukarföreträdarna lyfter fram den egna hälsan som ett centralt resultatområde. De beskriver att en god hälsa är ett självklart prioriterat resultat och att alla människor i allmänhet vill må bra. Vissa påpekar även att hälsotillståndet är nära sammanlänkat med andra resultatområden och att de påverkar varandra. Några påtalar också att missbruket eller beroendet i sig kan ha haft stora negativa effekter på hälsotillståndet – effekter som man vill minska. Exempelvis ökar risken för hepatit C bland några grupper, och vissa preparat har skadliga effekter på tandhälsan. Andra brukarföreträdare lyfter fram att många med missbruk och beroende också har en psykiatrisk samsjuklighet, till exempel adhd, depression och ångestsyndrom.

” Att ha fysisk och psykisk hälsa – det är det viktigaste. Alla vill må bra och vara psykiskt stabila och utifrån den egna förmågan vill man må bra fysiskt. Då måste vissa grundläggande behov vara uppfylla.

(Brukarföreträdare)

” Ett av mina långsiktiga mål när jag genomgick behandling var att få en god fysisk hälsa, framför allt bli av med min hepatit C-diagnos.

(Brukarföreträdare)

Även intervjuade företrädare från professionen, myndigheter och akademien beskriver att en god fysisk och psykisk hälsa är ett betydande resultatområde. De betonar att själva missbruket eller beroendet är nära sammanlänkat med hälsotillståndet, alltså att bruket av substansen i sig kan leda till ohälsa. Flera inom den medicinska professionen påpekar att överdödligheten är stor bland personer med beroendeproblematik. De påtalar också den förhållandevis höga graden av samsjuklighet, och några pekar på den förhöjda risken för psykisk ohälsa. En av de intervjuade menar att brukarna själva inte nödvändigtvis har god insikt om det egna hälsotillståndet. Det kan påverka hur pass prioriterat resultatområdet är bland dem.

” Det är hög grad av samsjuklighet i gruppen, men den egna insikten om hälsan är inte alltid så stor. Till del finns det personer som har självinsikt och som vet att om de får hjälp med nykterhet så kommer de att må bättre.

(Företrädare socialtjänsten)



Boendesituation

I Missbruksutredningen från 2011 konstateras att boendesituationen dels handlar om att individen har ett fungerande boende som man trivs med, men också att boende är en viktig förutsättning för andra vårdande eller stödjande insatser (SOU 2011:35 Volym 1 s. 247). Boendefrågan lyfts även fram i Socialstyrelsens nationella riktlinjer med rekommendationer kring boendeinsatser till och för personer med missbruk och beroende som är hemlösa (Socialstyrelsen 2015a s. 58–60).

I intervjuer med brukarföreträdare beskrivs boendesituationen överlag som särskilt viktig. Många beskriver resultatområdet som mångbottnat – det kan påverka en mängd andra resultat, till exempel ge en ökad känsla av självständighet, trygghet och förbättrad hälsa. En av de intervjuade beskriver att förhoppningen om ett eget och stabilt boende är särskilt stor bland de mest marginaliserade personerna. Andra uttrycker att ett boende innebär en övergripande och nödvändig trygghet. Brukarföreträdarna är även noga med att poängtera att önskemålen kring boendesituationen varierar och att det inte finns en generell boendestandard som är önskvärd för alla. För någon kan en bostad av enklare karaktär, till exempel en husvagn, vara ett prioriterat resultat. För andra kan det vara att flytta från ett kommunalt boende till en egen hyresrätt. Sammanfattningsvis kan det specifika önskade resultatet variera mellan olika personer utifrån situation, förutsättningar och preferenser.

”Boende är ett viktigt utfallsområde – det är en central del. Boendet innebär en dörr att stänga om sig och en trygghet.”

(Brukarföreträdare)

”Det går inte att ta tag i sin situation om man inte har boende.”

(Brukarföreträdare)

Boendet som ett viktigt resultatområde lyfts även fram i intervjuer med personer från professionen, myndigheter och akademien. Precis som brukarföreträdarna påpekar de att boendesituationen påverkar andra resultat. Att ha tillgång till ett tryggt boende beskrivs också som en grundläggande del i den sociala stabiliteten. De intervjuade lyfter många gånger fram att det varken går att genomföra en behandling eller uppnå hållbara resultat om personen inte har någonstans att bo. Vissa hänvisar också till svårigheterna som

ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget kan innebära. Trots att man i vården är medveten om vikten av att se till personens sociala situation vid en medicinsk behandling är det alltså svårt att ta ansvar för helheten.

” Man kan ju ge hur många behandlingar som helst och sjukvården har gjort sitt, men så finns det ingen bostad.”

(Företrädare socialtjänsten)

” Socialt stöd och boende är viktiga delar. Det kommer att göra individen till en riktig individ. En hemlös individ kan du aldrig göra nykter...”

(Företrädare hälso- och sjukvården)

Försörjning och ekonomisk stabilitet

I Missbruksutredningen påtalas att försörjning är viktigt för delar av målgruppen med missbruks- och beroendeproblematik (SOU 2011:35 Volym 1 s. 631). Även i en norsk studie från 2010, som belyser vad patienter som genomgår behandling för sitt missbruk eller beroende själva definierar som viktigt för att behandlingen ska bli framgångsrik, lyfts ekonomisk stabilitet fram (Nordenfjaern m.fl. 2010 s. 56).

I våra intervjuer med brukarföreträdare bekräftas att det här är ett viktigt område. Många pekar på att missbruk och beroende kan ha haft stora negativa effekter på den privata ekonomin, och att vissa blivit av med sin inkomstkälla. Man menar också att det är viktigt för självkänslan och integriteten att ha en dräglig försörjning. Ännu en gång bekräftas bilden av att olika resultatområden kan påverka varandra. Brukarföreträdarna påpekar att en osäker ekonomi och en låg försörjningsgrad kan ha stora negativa effekter på den psykiska hälsan och öka risken för kriminellt beteende.

” Försörjning är väldigt viktigt [...] Brist på försörjning leder dessutom ofta till kriminalitet.”

(Brukarföreträdare)

” Ekonomi är en viktig bit. Är den ekonomiska nivån väldigt låg så påverkar det den psykiska hälsan och risk för återfall.”

(Brukarföreträdare)



Bilden bekräftas även till viss del av intervjuade företrädare för profession, myndigheter och akademien. Många beskriver vikten av att uppnå social stabilitet där försörjning och tryggad ekonomi ingår som en del. De hänvisar även till utmaningar som rör det uppdelade ansvaret mellan sjukvården och socialtjänsten, alltså att landstinget inte kan förväntas ta ansvar för att resultat som rör patientens försörjning och ekonomiska situation uppnås.

” Vilka resultat som prioriteras varierar mellan olika individer. Vissa har en svag ekonomisk situation och utifrån individens perspektiv kan det vara viktigt, men där kan inte vi i sjukvården göra något.”

(Företrädare hälso- och sjukvården/akademien)

Arbete och sysselsättning

Missbruk och beroende kan leda till negativa sociala konsekvenser. Det finns till exempel ett samband mellan arbetslöshet och missbruk eller beroende. I många fall går sambandet i båda riktningar, det vill säga att arbetslöshet innebär en ökad risk för missbruk eller beroende, och att missbruk eller beroende innebär en ökad risk för arbetslöshet. Arbete kan också ha en positiv effekt på exempelvis alkoholkonsumtion eftersom arbetsplatser ställer krav på nykterhet (Janlert 2012 s. 10). Arbete och sysselsättning tycks också vara prioriterade resultatområden ur brukares perspektiv. Studier visar att personer med missbruks- och beroendeproblematik själva lyfter arbete och sysselsättning som viktiga faktorer både för att bryta ett negativt beteendemönster och för att upprätthålla en positiv förändring (von Grieff och Skogens 2012 s. 197, 202–203). En uppföljning från 2008 visar dock att möjligheterna till arbete och sysselsättning är begränsade bland individer som genomgått substitutionsbehandling, trots att behandlingen varit framgångsrik och risken för återfall har minskat (Nilsson och Wadeskog 2008 s. 21, 41–42).

I våra intervjuer med brukarföreträdare är det tydligt att arbete eller sysselsättning generellt utgör ett viktigt resultatområde. Det kan handla om en anställning, en utbildning eller en regelbunden daglig aktivitet. Vissa beskriver det som att ett arbete eller en sysselsättning bidrar till att skapa en viktig regelbundenhet i vardagen. Andra menar att ett stabilt jobb eller en stadig sysselsättning inger en känsla av sammanhang och mening, vilket bidrar till att upprätthålla motivationen till en positiv livsförändring. Många lyfter också att det är relativt vanligt för personer med tidigare missbruks- och beroendeproblem att engagera sig i verksamheter som hjälper och stöttar

personer med beroende. Det finns en vilja att fungera som en förebild för andra med likartade problem, och en önskan om att "återgälda" samhället. Att ha ett arbete eller en sysselsättning kopplas även till bilden av "ett vanligt liv", vilket beskrivs som viktigt när man återhämtar sig från missbruk och beroende. Vissa brukarföreträdare bekräftar dock att det kan vara svårt att få jobb efter en period med missbruk eller beroende. Omgivningen upplevs ha en negativ inställning, framför allt eftersom missbruket eller beroendet ses som brottsligt.

” Man vill bara leva ett vanligt liv – ha ett jobb och en bostad.”
(Brukarföreträdare)

” Ett av mina långsiktiga mål efter min behandling var att gå klart min utbildning.”
(Brukarföreträdare)

Våra intervjuer med forskare och företrädare för vården och omsorgen bekräftar att arbete eller sysselsättning är ett väsentligt resultatområde. Precis som brukarföreträdarna, talar man om vikten av att nå en social stabilitet. En intervjuad företrädare konstaterar att den sociala stabiliteten, där även arbete ingår, är viktig för alla målgrupper och betonar vikten av samverkan mellan och över organisatoriska gränser. Någon betonar vikten av att mäta och följa upp sjukskrivning i anslutning till behandling av missbruks- och beroendeproblematik. Sjukskrivningsfrekvensen är relevant utifrån ett samhällsperspektiv, och också för den enskilde patienten eller brukaren.

” Det finns ett stort batteri av prioriterade utfall och här är produktion en sådan del, det vill säga att vara mer produktiva på jobbet är ett viktigt resultat för många.”
(Företrädare hälso- och sjukvården/akademien)

” Att få ett arbete och en bostad är viktigt, framför allt för män – det sista mannen överger är jobbet.”
(Företrädare socialtjänsten)

Kriminalitet

Kriminellt beteende är relativt vanligt bland grupper med missbruk eller beroende, och brottslighet är i stor utsträckning missbruksrelaterat. All ickemedicinsk användning av narkotika är kriminaliserad i Sverige, vilket betyder att kopplingen mellan kriminellt beteende och missbruk eller beroende är stark. Narkotikabrott är den vanligaste orsaken till fängelse och narkotikabrottens andel av fängelsestraffen i Sverige ökade mellan åren 2000 och 2010. Andra brott med en indirekt koppling till missbruk eller beroende förekommer också. Vid misshandelsfall är gärningsmannen till exempel påverkad av alkohol eller andra droger i åttio procent av fallen (SOU 2011:35 Volym 1 s. 341). Samtidigt är relationen mellan missbruk eller beroende och brottslighet komplex på många sätt. Många olika faktorer kopplade till en persons ekonomiska och sociala situation påverkar benägenheten att såväl få missbruks- och beroendeproblem som att begå kriminella handlingar. I en svensk studie från 2009 beskriver personer som tidigare haft ett beroende och ägnat sig åt kriminell aktivitet att det finns en vilja och önskan om att bryta negativa och kriminella beteendemönster (Sarnecki och Sivertsson 2009 s. 19–21).

Även i våra intervjuer med brukarföreträdare framkommer att minskad kriminalitet är ett viktigt och prioriterat resultatområde. Många beskriver att det förekommer olika typer av brottslighet inom målgruppen som är direkt eller indirekt kopplat till missbruket eller beroendet. Även bland personer med en förhållandevis låg grad av missbruk eller beroende uppges det finnas en ökad risk för vissa kriminella aktiviteter, till exempel rattonykterhet eller våldsamt beteende. En av de intervjuade beskriver även att många ofta tidigt har ägnat sig åt olika regelbrott, till exempel skolk från undervisning. Det har sedan gradvis övergått i brottslighet. Den intervjuade vittnar om att det här beteendemönstret kan uppkomma redan innan personen drabbas av missbruks- och beroendeproblematik. Resonemanget synliggör svårigheterna i att avgöra hur orsakssambanden ser ut mellan missbruk eller beroende och kriminalitet. Många brukarföreträdare beskriver också att det är viktigt att bli fri från kriminaliteten för att kunna gå vidare i livet och skapa en stabil tillvaro, och att det på längre sikt är ett önskat resultat.

”Minskad risk för kriminalitet är viktigt för den enskilde, det är något man vill själv. Man vill helt enkelt slippa den biten.”

(Brukarföreträdare)

”Man vill inte vara kriminell, man vill till exempel inte prostituera sig.”
(Brukarföreträdare)

Att minskad kriminalitet är ett viktigt resultatområde lyfts även fram bland några personer i de övriga intervjuade grupperna. Vissa hänvisar till exempel till att området ingår som en del av det standardiserade bedömningsverktyget *Addiction Severity Index* (ASI). Man påtalar också att minskad brottslighet är värdefullt utifrån ett samhällsperspektiv, det vill säga att det gynnar både den enskilda individen och samhället i stort. Vissa beskriver även sambandet mellan vissa substansberoenden och våldsamt kriminellt beteende.

”Kriminalitet är också en sådan del – gynnar både den enskilde och samhället i stort.”
(Företrädare hälso- och sjukvården)

”Man vill komma ifrån olika typer av kriminellt beteende. Alkoholen är en stor bov i dramat när det kommer till våldsamma beteenden.”
(Företrädare socialtjänsten)

Trygghet och säkerhet

Enligt Brottsofferjouren har personer med missbruks- och beroendeproblematik en högre risk för att råka ut för olika typer av brottslighet (Brottsofferjouren 2015). De är överlag också mer sårbara för brott (Socialstyrelsen 2012 s. 11). Det finns ett tydligt samband mellan alkohol och våldsbrott. Till exempel är cirka 40 procent av alla brottsoffer som utsätts för misshandel påverkade av alkohol (BRÅ 2015a s. 4–8). Kvinnor med missbruks- och beroendeproblematik är särskilt utsatta. De befinner sig många gånger i livssituationer som ökar risken för att utsättas för våld. De verkar också generellt ha svårare att få stöd och hjälp (Socialstyrelsen 2011 s. 9). Det finns med andra ord en koppling mellan resultatområdet trygghet eller säkerhet och frågan om jämställdhet mellan kvinnor och män. En svensk studie som bygger på intervjuer med över 4 200 missbrukande kvinnor visar att tre fjärdedelar har varit utsatta för fysisk, psykisk eller sexuell misshandel medan en fjärdedel har utsatts för alla tre typerna av misshandel (Armeliuss och Armeliuss 2010 s. 8).

Några intervjuade brukarföreträdare lyfter fram trygghet och säkerhet



som ett centralt resultatområde. De beskriver det då framför allt som kopplat till kvinnors situation och den ökade risken för olika typer av övergrepp som kvinnor med missbruks- och beroendeproblematik har, men även ungdomar och personer som lämnat ett tidigare kriminellt liv nämns. I samlade diskussioner med flera brukarföreträdare bekräftas att trygghet och säkerhet ses som ett viktigt resultatområde.

”Trygghet och säkerhet är ett viktigt utfallsområde som ofta glöms bort.”

(Brukarföreträdare)

”Trygghet och säkerhet handlar inte bara om kvinnors situation utan också om att lämna till exempel gängkriminalitet.”

(Brukarföreträdare)

Närståendes situation

Närstående är personer som brukaren anser sig ha en nära relation till (Socialstyrelsens termbank 2015), som finns i brukarens närmaste omgivning och som direkt eller indirekt kan påverkas av missbruks- och beroendeproblematiken. Det kan till exempel vara barn, föräldrar, partner eller vänner. Närstående kan påverkas mycket, till exempel genom att känna skam, skuld och ett överdrivet stort ansvar för personen som har missbruks- och beroendeproblematik (Socialstyrelsen 2014a). Närstående kan i sin tur ha stor inverkan och vara en viktig förändringsfaktor för personen som lider av missbruks- och beroendeproblematik (Levälahti 2007).

I våra intervjuer med brukarföreträdare framkommer att relationen till närstående ses som ett viktigt resultatområde. Många lyfter fram en stabil familjerelation som ett centralt mål vid behandling och stöd, eftersom relationen är en del av en stabil social tillvaro. Flera brukarrepresentanter betonar även att de vill minska de negativa konsekvenser som missbruket eller beroendet får för närstående, och att de vill få tillbaka de relationer som gått förlorade. Ett exempel är föräldrar som vill få tillbaka sina omhändertagna barn. Vissa beskriver att missbruket eller beroendet gör att man blir självcentrerad och att man tenderar att bortse från personerna i den nära omgivningen.

Samtidigt är relationen till familj och vänner komplex. Vissa brukarrepresentanter lyfter att närstående kan bidra till att skapa en känsla av skuld

och skam hos den som tidigare haft missbruks- och beroendeproblem, vilket kan användas mot dem under en lång period i livet. Intervjuade närståendeföreträdare beskriver det som att personer som befinner sig i missbruk eller beroende ibland saknar förmågan att inse hur negativt de närstående påverkas. Samtidigt uppger både brukar- och närståendeföreträdare att personer med missbruks- och beroendeproblematik tycker att det är viktigt att den närmsta omgivningen mår bra och inte påverkas negativt av beteendet.

” Om jag har en familj och lever i en bra relation så vill jag att det ska fortsätta [...] I vissa fall skadas relationer som aldrig kommer kunna läka igen.”

(Brukarföreträdare)

” En av de viktigaste sakerna för mig är att min son ska må bra, jag vill inte att han ska drabbas av mitt beteende.”

(Brukarföreträdare)

” Personen med missbruk eller beroende vill ju inte att närstående ska drabbas på något sätt, sedan är man insnöad och när man är mitt uppe i det kan det vara svårt att se vilka effekter det har på närstående. Även som närstående vill man att de negativa effekterna ska minska och man tänker att bara den andra slutar så kommer livet att ordna sig.”

(Närståendeföreträdare)

De intervjuade företrädarna för vården och omsorgen och forskningen bekräftar att personer med missbruk eller beroende ofta prioriterar att värna sina familjerelationer – det är ett önskat resultat vid behandlingar eller insatser. Samtidigt lyfter några att det kan variera. Vissa menar exempelvis att de som har barn i regel prioriterar minskade negativa effekter för närstående i högre utsträckning än de som inte har barn. Andra menar att det generellt är vanligare bland kvinnor än bland män. Några intervjuade menar att goda relationer både är ett önskat resultat och en förutsättning för att kunna nå andra framgångar, till exempel en fungerande social situation.

” Viktiga resultat för en behandling är fungerande relationer och det behöver inte handla om att hitta en partner, utan bra relationer med barn, familjen med mera. Man blir tillfreds av det.”

(Företrädare akademien)



” Det är klart att om man är motiverad till att gå in i en behandling och vill ha en insats så finns det flera variabler som man vill att insatsen ska leda till [...] Många lyfter att man vill ha en bättre kontakt eller förnyad kontakt med sin familj.”

(Företrädare socialtjänst)

Socialt nätverk

Det nionde resultatområdet handlar om socialt nätverk och är tätt kopplat till det föregående området. I en finsk studie från 2007 beskrivs personers sociala nätverk, till exempel bekantskapskretsen, arbetskamraterna, församlingen eller arbetsgivaren, ha betydelse för missbruks- och beroendeproblematiken och för återhämtningen (Levälahti 2007). Ett personligt socialt nätverk har definierats som en uppsättning relationer som man upprätthåller sin sociala identitet genom. Genom det sociala nätverket får man både emotionellt och materiellt stöd samt information och sociala kontakter (Skårner 2009 s. 67). En amerikansk studie från 2011 pekar på att personer med missbruks- och beroendeproblematik själva prioriterar ett fungerande socialt nätverk som ett önskat behandlingsresultat (Mitchell m.fl. 2011). Men att ha ett socialt nätverk innebär inte att det per automatik är konstruktivt och stödjande – det kan också förstärka negativa beteendemönster. Det finns också studier som indikerar värdet av att bryta med vissa bekantskapskretsar och gamla vänner som förstärkt det egna negativa beteendet (von Grieff och Skogens 2012 s. 202).

I våra intervjuer med brukarföreträdare framkommer att ett fungerande socialt nätverk utgör ett viktigt resultatområde. Man beskriver relationer, både formella och informella, som viktiga för såväl det egna välmåendet som för själva återhämtningen. Många betonar också svårigheterna i att lämna tidigare sociala umgängen – umgängen som haft en negativ inverkan på återhämtningen. Man kan också, till följd av missbruks- och beroendeproblematiken, ha dragit sig undan från sitt sociala nätverk. Det sociala nätverket kopplas i hög grad till arbete och sysselsättning, det vill säga att när man har ett jobb kan man även upprätta fungerande sociala relationer. Vissa poängterar även att det mer formella sociala nätverket, alltså kontakten med sjukvården eller socialtjänsten, har varit betydelsefullt för den egna återhämtningen.

” Personer som uppnått nykterhet har tappat sitt sociala sammanhang. Heroinmissbruk till exempel är en sysselsättning som pågår 24 timmar om dygnet. Vännerna man hade har försvunnit och tillhörigheten har blivit sämre.”

(Brukarföreträdare)

” Det är många som är ensamma och som inte har någon social kontakt, de som hankar sig fram rent socialt. De kan ha ett arbete men det sociala är väldigt begränsat. Då behöver man komma tillbaka till ett socialt sammanhang.”

(Brukarföreträdare)

Även företrädare från professionen, myndigheter och akademien lyfter fram socialt nätverk som ett viktigt resultatområde. En av de intervjuade från den medicinska professionen beskriver att de som har stabila sociala band i regel får bättre hälsoresultat, och konstaterar därmed att de olika resultaten hänger ihop. Även företrädare från socialtjänsten beskriver att personer med socialt nätverk har bättre förutsättningar för att undvika återfall. Många intervjuade pekar även på att den sociala situationen kan variera mellan olika personer, vilket påverkar om de ser det som ett prioriterat resultatområde. Samtidigt uttrycker vissa att ett gemensamt önskemål ändå är att vara del av en grupp som man kan identifiera sig med och känna trygghet i.

” De personer som har de sociala banden de klarar sig generellt bättre. När man inte har ett sådant band är det viktigt att socialtjänsten säkerställer att det finns sociala sammanhang.”

(Företrädare hälso- och sjukvården)

” När man frågar personerna ser det olika ut. För de som har ett bra nätverk och som är stabila har lättare att nå resultat på något sätt [...] Personer som är ensamma har lättare för återfall och svårt för sociala situationer.”

(Företrädare socialtjänst)

Självständighet

Flera av de resultatområden vi redan presenterat, till exempel boendesituation, försörjning, arbete och sysselsättning, kan på olika sätt kopplas ihop med upplevelsen av att vara självständig och ha möjlighet att påverka sin situation. Ett närliggande begrepp är engelskans *empowerment*, som kan översättas till egenmakt (Carlberg 2005). Det handlar om att känna makt och kontroll över sin egen livssituation, och insatser för att stärka målgruppens egenmakt har visat sig vara framgångsrika (Carlberg 2005 s. 20–27). I många



av våra intervjuer beskrivs självständighet och egenmakt som ett viktigt resultatområde. Man vill nå en punkt där man kan stå på egna ben och inte vara beroende av det offentliga systemet. Man vill ha en övergripande kontroll över sin livssituation, där även andra resultatområden ingår. Vissa relaterar till begreppet maktlöshet och konstaterar att ingen människa vill hamna i ett läge där man inte kan hantera den egna livssituationen. En av de intervjuade konstaterar att självständighet är ett viktigt resultatområde men att den som har missbruks- och beroendeproblematik måste kunna be om och få stöd vid behov.

” Man vill komma ifrån samhällsrullarna, bort från insatserna från samhället och bli självständig.”

(Brukarföreträdare)

” Det är positivt om man klarar sig själv, men då vill man ha hjälp först. Man vill hellre ha lön än stöd.”

(Brukarföreträdare)

Självständighet lyfts också fram av vissa professions-, myndighets- och forskarföreträdare. En av de intervjuade från hälso- och sjukvården resonerar kring att patienter inte vill ta del av behandling för behandlingens skull, utan för att den ska leda till vissa resultat och att de flesta sannolikt vill vara självständiga. En företrädare från akademien känner i viss mån igen viljan att uppnå resultat som innebär en ökad grad av självständighet, men att det hänger samman med andra sociala faktorer, till exempel bostadssituationen. En myndighetsföreträdare menar att självständighet kan ta lång tid att uppnå, och att många personer med missbruk och beroende har behov av stödinsatser under lång tid för att säkerställa en balans i tillvaron.

” De flesta vill nog vara självständiga och inte vara beroende av vård och socialtjänsten.”

(Företrädare hälso- och sjukvården/akademien)

” Känner delvis igen bilden av önskan om att klara sig själv, men kopplat till andra sociala faktorer. Man klarar inte sig själv om man inte har bostad eller inkomst.”

(Företrädare akademien)

Stigmatisering

Att ha missbruks- och beroendeproblem är fortfarande belagt med social stigmatisering och skam för den enskilda individen (SOU 2011:35 Volym 1 s. 87). Internationella studier visar exempelvis att omgivningen i stort har negativa attityder till individer med alkoholmissbruk (Lundberg 2010 s. 20). Stigma kan ses som ett samlingsbegrepp som inkluderar såväl omgivningens fördomar, diskriminering och stereotypa föreställningar som individens egen upplevelse av skam, känsla av förnedring och ångest (Lundberg 2010 s. 18). Det finns även tecken på att skam och stigmatisering är vanligt förekommande bland närstående till personer med missbruks- och beroendeproblematik (NICE 2008 s. 73). I en ekonomisk utvärdering av metadonbehandling i Stockholm diskuteras effekterna av "stigmatiseringens onda cirkel", och det konstateras att personer med missbruks- och beroendeproblematik har svårt att ta sig in på arbetsmarknaden (Nilsson och Wadeskog 2008 s. 41–42, 79). Det har också påpekats att eftersom alkoholproblematik i allmänhet präglas av stigmatisering minskar benägenheten att söka den vård man egentligen är i behov av (Whålin och Andréasson 2015).

Majoriteten av de intervjuade brukarföreträdarna lyfter fram vikten av en minskad stigmatisering. Man är rädd för att mötas av fördomar, och man vill bli betraktad som en fungerande samhällsmedborgare. Vissa pekar på att kriminaliseringen av narkotikabruk ökar risken för att mötas av fördomar.

” Man är så rädd för fördomar och stigma [...] Man vill bli fri från stämpeln och bli den vanliga produktiva samhällsmedborgaren.”

(Brukarföreträdare)

” När man fått sin diagnos, då är det skam. Det är inte konstigt att personen på andra sidan bordet har förutfattade meningar. Man placeras i ett fack och man får ett behandlingsschema som beskriver hur allt ska gå till.”

(Brukarföreträdare)

Övriga intervjuade grupper instämmer i viss utsträckning i att minskad stigmatisering är ett viktigt resultatområde. Några företrädare från den medicinska professionen betonar att synen på personer med beroendeproblematik är förknippad med fördomar och att det synsättet måste minska för att de ska kunna erbjudas rätt behandling och stöd.



Sammanhang

Det sista resultatområdet rör individens upplevelse av att befinna sig i ett sammanhang som ger mening. Det kan på olika sätt kopplas ihop med flera av de andra resultatområdena, inte minst socialt nätverk. Sociologen Aaron Antonovsky myntade begreppet *KASAM*, känsla av sammanhang. Det beskriver i vilken grad man uppfattar världen som begriplig, hanterbar och meningsfull (Antonovsky 2005). Känslan av sammanhang kan påverka resultatet för personer med missbruksproblematik som genomgått olika typer av behandlingar. En norsk studie från 2001 påvisade exempelvis att det fanns ett samband mellan en högre dödlighet bland narkotikamissbrukare och en lägre känsla av sammanhang, samt mellan en lägre känsla av sammanhang och fler avbrutna behandlingar (Gassne 2008 s. 47–48).

I intervjuer med brukarföreträdare betonas upplevelsen av att ha ett sammanhang som ett viktigt resultatområde. En brukarföreträdare beskriver det som ett önskat resultat för samtliga grupper med missbruks- och beroendeproblematik. Oavsett hur allvarligt beroendet och de sociala konsekvenserna är, så är känslan av sammanhang central. Vissa beskriver att olika typer av kamratföreningar kan bidra till att skapa den känslan. Några poängterar att känslan av sammanhang är särskilt viktig för personer med missbruks- och beroendeproblematik och samtidig neuropsykiatrisk sjuklighet. Man beskriver att känslan av sammanhang dels har ett egenvärde för individen, dels hjälper till att skapa hållbara resultat. En företrädare betonar att när det gamla beteendemönstret bryts tappar man sitt tidigare sammanhang, och att den övergången kan vara svår för den enskilde. Därför är det nödvändigt att hitta ett nytt sammanhang som ger en känsla av mening.

” Jag tror att individer vill komma in i ett sammanhang. Många som lyfter sig ur beroendet hamnar i ett läge där man stannar upp och då är det en risk att man faller tillbaka. Även om man vill är det svårt att bygga upp ett nytt eget liv.”

(Brukarföreträdare)

” När man avbryter sitt missbruk så tappar man sitt sammanhang. Det är en skrämmande tanke och den är vi inte ens villiga att prova. Hellre ett känt helvete än en okänd himmel. [...] Man måste hitta ett annat sammanhang.”

(Brukarföreträdare)

Övriga intervjuade grupper, framför allt från akademien, lyfter också fram känslan av sammanhang som ett viktigt resultatområde. Beskrivningarna liknar i mångt och mycket brukarföreträdarnas, alltså att känslan av ett nytt sammanhang innebär ett alternativ till den tidigare livsstilen och därför är ett prioriterat resultat. Många hänvisar även till frivilligorganisationerna och konstaterar att ett viktigt skäl till att så många ansluter sig till dem är att de kan erbjuda ett tydligt sammanhang och en känsla av gemenskap.

” Sammanhang och meningsfullhet behövs för att individen ska kunna se vinster – det är jätteviktigt. Det handlar inte bara om att komma upp till en viss standard, utan det måste kännas viktig för den enskilda individen.”

(Företrädare akademien)

” Det viktigaste är att individerna kommer in i ett sammanhang [...] Det är många klienter som blir mentorer själva för att skapa ett sammanhang.”

(Myndighetsföreträdare)

EXEMPEL PÅ BRUKARES OLIKA PRIORITERINGAR

I den här studien använder vi resultatområdena i ramverket för att belysa uppföljningen av resultat inom missbruks- och beroendevården på en övergripande nivå. På individnivå kan de önskade resultaten se olika ut. För att illustrera hur specifika prioriterade resultat kan variera mellan olika personer med missbruks- och beroendeproblem redovisar vi tre tänkta exempel.

Brukarexempel 1

Monica har inte drabbats av några stora negativa sociala konsekvenser men mår på grund av sitt drickande allt sämre och är orolig för både sin hälsa och för sina barn

Monica är 52 år gammal och har ett chefsjobb på ett medelstort företag. Hon både har och tar ett stort ansvar på jobbet och tycker överlag att det är viktigt att göra bra ifrån sig. Monica är gift sedan länge och har två barn. Hon värdesätter familjens välmående högt. De senaste åren har Monica känt en allt större press och allt högre krav från omgivningen i det vardagliga livet. Hon känner sig i allmänhet stressad över att inte lyckas få ihop tillvaron på ett bra sätt och den senaste tiden har hon konstant känt sig otillräcklig. Det senaste halvåret har Monica druckit förhållandevis stora mängder alkohol och känner att hon börjat tappa kontrollen över sitt drickande. Det började med att hon tog



några glas vin på kvällarna efter jobbet, men nu dricker Monica minst en flaska själv varje kväll. Vissa dagar dricker hon ensam på sitt kontor när ingen märker.

Monicas familj har börjat uttrycka oro för hennes drickande och påpekat att hennes livsstil inte är hållbar på sikt. En av Monicas döttrar har berättat att hon skäms för sin mammas beteende och därför inte vill eller vågar ta hem kompisar längre. Även Monicas kollegor har påtalat att det inte verkar som att allt står rätt till och att de tycker att hennes arbetsinsats försämrats.

Monica känner själv att hon inte mår bra. Dels har hon börjat känna sig trött och har svårt att koncentrera sig, dels har hon en konstant känsla av oro och ångest. Hon har också dåligt samvete – både över att hon inte presterar till fullo på jobbet och för att hennes beteende påverkar hennes familj. Monica har nu själv insett att hon behöver behandling och stöd för att minska problemen. Helst av allt vill hon återställa relationen till sina närstående, och hon vill inte att hennes barn ska behöva skämmas över henne mer. Hon vill också må bättre både psykiskt och fysiskt. Monica vill minska sitt bruk av alkohol och därigenom återta kontrollen över sitt liv. Relationen till närstående, fysisk och psykisk hälsa och grad av missbruk eller beroende är relevanta resultatområden för Monica.

Brukarexempel 2

Stefan har kommit in i en ond spiral och börjat känna av sociala konsekvenser på grund av sin användning av alkohol och narkotika

Stefan är 27 år gammal och jobbar med försäljning. Han har en tillfällig anställning och arbetar oregelbundna tider. Vissa veckor får Stefan nästintill inga arbetstider alls. Stefan har under flera år känt sig lite villrådig och rastlös. Han vet inte riktigt vad han vill med sitt liv och känner själv att han inte har hamnat på helt rätt bana. Han har ingen egen lägenhet utan bor tillfälligt hemma hos en kompis. Det har funkat bra men eftersom han inte alltid vet att lönen kommer att räcka har det varit svårt att betala hyran. Stefans kompis har uttryckt att han börjar bli irriterad på att Stefan inte alltid betalar i tid, och att han inte kommer att låta Stefan bo kvar gratis hur länge som helst.

Stefan har alltid gillat att festa och han har ett stort kompisgäng som han umgås regelbundet med. Hans livsstil är en förklaring till att han inte får regelbundna arbetstider – hans chef är van vid att han inte dyker upp vissa dagar på grund av alltför intensivt festande. Stefan tycker om sina kompisar men känner själv att han blir påverkad att göra saker han egentligen inte borde göra. Under flera år har Stefan levt ett rätt intensivt liv med både alkohol och andra droger. Han gillar att dricka alkohol och använda kokain när han är ute och festar och på senare tid har det blivit mer och mer. Mycket pengar har gått åt och Stefan har varit tvungen att låna för att kunna betala för drogerna. Han har själv av och till funderat över sin livsstil. En kväll hamnar Stefan i slagsmål under en utekväll och får tillbringa en hel natt hos polisen. Efter det är Stefan övertygad om att han behöver stöd och hjälp för att bryta sitt negativa beteendemönster.

Stefan vill nu på olika sätt hamna på rätt köl. Framför allt vill han få en fast anställning. Han vill få ordning på sin ekonomi och få en egen bostad. På sikt skulle Stefan vilja studera för att hitta sin plats i livet. Slutligen vill Stefan också minska sitt drickande och

sin narkotikaanvändning. Arbete och sysselsättning, boendesituation, försörjning och ekonomisk stabilitet samt grad av missbruk eller beroende är relevanta resultatområden för Stefan.

Brukarexempel 3

Josefine har länge haft ett narkotikaberoende som har påverkat såväl hennes hälsa som hennes sociala tillvaro.

Josefine är i dag 31 år gammal och bor i en mindre kommun i södra Sverige. Josefine har under lång tid haft en tuff tillvaro. Redan som barn flyttade Josefine mellan olika fosterhem och hamnade tidigt i destruktiva kretsar och sammanhang. Efter att regelbundet ha druckit alkohol och använt cannabis provade Josefine heroin första gången som sjuttonåring. Sedan dess har Josefine varit beroende.

Josefine upplever att hon aldrig har haft en välfungerande relation. Hon har inte någon kontakt med sin biologiska familj och hon har vid flera tillfällen levt i våldsamma och destruktiva relationer. Josefine har aldrig haft ett riktigt jobb och hon bekymrar sig för att hon aldrig någonsin kommer att kunna bli en del av arbetsmarknaden på grund av sitt förflutna.

Josefine har på grund av sin missbruks- och beroendeproblematik regelbunden kontakt med socialtjänsten. Hennes hälsa har påverkats negativt av hennes livsstil, och hon har flera gånger haft kontakt med sjukvården. Josefine har lidit av depression i olika omgångar. Hon tycker själv att hon blir dåligt bemött av det omgivande samhället. Känslan av att människor har fördomar och tittar snett är påtaglig, både i kontakten med vården och omsorgen och i mötet med andra människor i det dagliga livet. Josefine är rädd för att hon, oavsett om hon lyckas förändra sin tillvaro eller inte, ska få leva med stämpeln att vara en missbrukare för resten av sitt liv. Hon ska nu påbörja substitutionsbehandling och hon har tydliga mål. Josefine vill genom behandlingen bryta sitt heroinmissbruk och få en bättre hälsa – både fysiskt och psykiskt. Hon vill skapa en ny social tillvaro med nya relationer. Josefine hoppas på att hon med hjälp av kommunen ska få plats på ett stödboende för att hamna rätt. På sikt skulle hon vilja sysselsätta sig med något meningsfullt för att skapa en regelbunden vardag. Mest av allt skulle hon vilja bli en del av ett sammanhang. Grad av missbruk eller beroende, fysisk och psykisk hälsa, socialt nätverk, boendesituation, arbete och sysselsättning och sammanhang är relevanta resultatområden för Josefine.





En gemensam struktur för uppföljning av resultat saknas

I det här avsnittet analyserar vi förutsättningarna för uppföljning av resultat inom missbruks- och beroendevården. Vi analyserar också i vilken mån det finns en gemensam struktur för uppföljning av resultat som är särskilt viktiga ur ett patient- och brukarperspektiv. Som en utgångspunkt för analysen har vi använt de resultatområden som beskrivs i ramverket i föregående avsnitt. En gemensam struktur för uppföljning av resultat innebär att aktörer på olika nivåer har en gemensam syn när det gäller vilka resultat man ska följa upp, att man följer upp dem på individnivå och sedan sammanställer och analyserar relevanta uppgifter på lokal, regional och nationell nivå. Uppgifter om resultat kan bygga både på självrapporterade uppgifter från patienter och brukare och på andra former av uppgifter, som exempelvis uppgifter om vårdkonsumtion från hälsodataregister.

UPPFÖLJNINGEN PÅ NATIONELL NIVÅ FOKUSERAR FRÄMST PÅ STRUKTURER OCH PROCESSER

Den uppföljning av missbruks- och beroendevården som genomförs på nationell nivå i dag fokuserar främst på strukturer och processer. Den omfattar därmed få av de resultatområden som brukarna tycker är viktiga. Nationella uppföljningar av missbruks- och beroendevården redovisas framför allt i Socialstyrelsens öppna jämförelser, lägesrapporter och statistikrapporter, i årsrapporter från Svenskt Beroenderegister (SBR) och i rapporter från Statens Institutionsstyrelse (SiS) om tvångsvård enligt LVM. Uppföljning görs även inom ramen för Folkhälsomyndighetens uppföljning av regeringens strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT-strategin).



Socialstyrelsen följer upp missbruks- och beroendevården

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa, analysera och rapportera om hälso- och sjukvård och socialtjänst, bland annat genom uppföljning och utvärdering (förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen). Missbruks- och beroendevårdens utveckling och kvalitet rapporteras årligen i öppna jämförelser, lägesrapporter och statistikrapporter. Öppna jämförelser för missbruks- och beroendevården bygger dels på uppgifter från olika hälsodataregister, dels på uppgifter som hämtas in från landsting och kommuner med hjälp av enkäter. Från patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret hämtas uppgifter som beskriver läkemedelsuttag, återinskrivning i vården, dödlighet samt självmord och självmordsförsök bland personer med missbruks- och beroendediagnoser. Dessa indikatorer belyser de resultatområden som handlar om grad av missbruk och beroende samt fysisk och psykisk hälsa. När det gäller de uppgifter som samlas in med hjälp av enkäter rör det sig hittills uteslutande om indikatorer som mäter strukturer och processer. Det handlar exempelvis om andelen verksamheter som har aktuella rutiner för samverkan, en aktuell plan för personalens kompetensutveckling eller som använder standardiserade bedömningsmetoder. I 2015 års öppna jämförelser ingår totalt 41 indikatorer baserade på enkätdata som berör kommunerna, 38 som berör gemensamt drivna beroendemottagningar och 11 som berör landstingen. Samtliga indikatorer är struktur- och processmått (Socialstyrelsen 2015d s.7; 24–81). Även Socialstyrelsens lägesrapporter har fokus på strukturer och processer (Socialstyrelsen 2015b), och statistikrapporterna för socialtjänstens insatser för vuxna personer med missbruk och beroende redovisar uppgifter om beslutade insatser och inte resultat (Socialstyrelsen 2015c).

Under 2015 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (Socialstyrelsen 2015a). Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur nationella riktlinjer används och påverkar praxis i verksamheterna. Riktlinjerna innehåller därför ett förslag på 24 nationella indikatorer som kan användas för att följa upp tillämpningen av riktlinjerna samt möjliggöra kvalitetsjämförelser av vården av personer med missbruk och beroende. De flesta av de föreslagna indikatorerna mäter strukturer och processer, men det finns några indikatorer som speglar resultatmått, till exempel dödlighet, återinläggningar och patienters och brukares upplevelser av vård och omsorg. Socialstyrelsen kommer under de närmaste åren att genomföra en nationell utvärdering av vården och omsorgen för personer med missbruk och beroende, med utgångspunkt från de föreslagna indikatorerna.

Svenskt Beroenderegister innehåller uppgifter från landstingens beroendevård

Svenskt Beroenderegister (SBR) är ett nationellt kvalitetsregister som omfattar uppgifter om patienter som behandlas i landstingens specialiserade beroendevård. Registret syftar bland annat till att analysera samband mellan insatser och resultat och att göra jämförelser inom och mellan vårdenheter, organisationer och vårdkedjor (Socialstyrelsen Svenskt beroenderegister 2015). Kvalitetsregistret innehåller uppgifter om grad av missbruk eller beroende samt fysisk och psykisk hälsostatus (till exempel grad av samsjuklighet). I registret ingår även indikatorer som täcker in delar av den sociala situationen, till exempel boendesituation, arbetsmarknadsstatus och utbildningsnivå (SBR och LAROS 2014 s. 13–21; 23, 32). SBR har med andra ord ett förhållandevis brett fokus och kan utgöra ett viktigt underlag för en systematisk uppföljning av resultat, inte minst på nationell nivå. Samtidigt påpekar intervjuade företrädare att det skulle vara önskvärt att i högre utsträckning inkludera uppgifter från den kommunala missbruksvården i kvalitetsregistret. Detta för att säkerställa en helhetsbild och förbättra förutsättningarna för en mer sammanhållen uppföljning.

”Beroenderegistret är en bra källa till information och det är bra mått. Det skulle vara bra att komplettera registret med socialtjänstbitarna – egenmakt, arbete eller försörjning med mera.”

(Företrädare hälso- och sjukvården)

Utöver att registret inte innehåller uppgifter om kommunernas missbruksvård så är täckningsgraden än så länge relativt låg. Andelen enheter som ingår i registret uppgår till omkring 41 procent, men fler och fler enheter har anslutit sig (Socialstyrelsen Svenskt beroenderegister 2015, SBR och LAROS 2014 s. 8). Det talar för att det finns en efterfrågan på och ett värde av ta del av sådana här uppgifter. Andelen patienter i totalpopulationen som är registrerade i SBR är okänd, men man uppskattar att täckningsgraden är omkring 47 procent baserat på en genomförd pilotundersökning i Dalarna (Socialstyrelsen Svenskt beroenderegister 2015).

”Nu finns ju SBR med moduler för inskrivning och uppföljning, men det görs inte. Det är inte svårt att göra det, men ansvaret för vem som ska göra det är otydligt. Hälso- och sjukvården gör det inte och socialtjänsten gör det absolut inte.”

(Företrädare akademien)



”Beroenderegistret är en relevant källa som är viktig men det har låg täckningsgrad i nuläget och i och med att det är så heterogent så är det svårt att bygga upp en stabil bas.”

(Företrädare hälso- och sjukvården)

Statens Institutionsstyrelse följer upp tvångsvården

Statens Institutionsstyrelse (SiS) bedriver tvångsvård för vuxna med missbruks- och beroendeproblem enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). SiS ansvarar också för metodutveckling, forskning och uppföljning av vårdresultat av sin egen verksamhet (förordning (2007: 1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse). SiS använder sig av utvärderings- och dokumentationssystemet DOK i sina verksamheter. DOK är en standardiserad metod som ger verksamheterna en gemensam grund för bedömning och dokumentation av klienternas problematik. Intervjuer genomförs med klienterna vid inskrivning och vid utskrivning. DOK omfattar i huvudsak åtta olika områden – alkohol och andra droger, hälsa, kriminalitet, uppväxt, relationer, boende, utbildning och försörjning, sysselsättning och fritid. Frågorna berör i stort sett alla resultatområden som lyfts fram som viktiga av patienter och brukare i den här studien. SiS har vid två tillfällen publicerat rapporter där man följt upp klienternas resultat sex månader efter avslutad vård och behandling (SiS 2005, SiS 2008). Bland annat redovisas uppgifter om boendeform, försörjning, sysselsättning, fysisk och psykisk hälsa. Den typen av uppföljning är dock inget som genomförs regelbundet.

Folkhälsomyndigheten följer upp regeringens ANDT-strategi

Folkhälsomyndigheten ansvarar för att följa upp regeringens strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT-strategin), och redovisade år 2015 en samlad uppföljning (Folkhälsomyndigheten 2015). De resultatindikatorer som redovisas i uppföljningen inkluderar dels vårdkonsumtion och dödlighet med koppling till alkohol och narkotika baserade på Socialstyrelsens hälsodataregister, dels självrapporterade uppgifter om användning av alkohol och narkotika inhämtade från olika enkätundersökningar. Det motsvarar med andra ord resultatområdet *grad av missbruk och beroende*. I uppföljningen ingår även mått på trygghet och säkerhet, till exempel självrapporterade fall av misshandel där gärningsmannen bedömts vara påverkad av alkohol eller någon annan drog samt

polisanmälda misshandelsbrott, baserat på uppgifter från Brottsförebyggande rådet (BRÅ).

Det finns uppgifter om resultat från andra delar av samhället

Även från andra delar av samhället än missbruks- och beroendevården finns uppgifter om flera viktiga resultatområden i register hos olika statliga myndigheter. Försäkringskassan tillhandahåller exempelvis statistik om arbetsmarknadsstatus och försörjningsstöd. Skatteverket tillhandahåller uppgifter om boendesituation. När det gäller uppgifter om kriminalitet samt trygghet och säkerhet tillhandahåller BRÅ data som skulle kunna användas vid uppföljning. BRÅ samlar till exempel systematiskt in uppgifter om anmälda brott och genomför regelbundet den så kallade nationella trygghetsundersökningen. Den kartlägger bland annat utsatthet för brott samt oro för brott och otrygghet, men har vissa representativitetsutmaningar som innebär att situationen för personer med missbruks- och beroendeproblematik inte kan redovisas (BRÅ 2015b s. 20). I tabell 2 nedan redovisas fler exempel på relevanta register.

Sammantaget finns det flera relevanta register, men det är olika aktörer som ansvarar för och tillhandahåller dem och någon helhetsbild av situationen för personer med missbruk och beroende ges därmed inte. Den här bilden bekräftas också av företrädare från profession, myndigheter och akademien. Flera intervjupersoner påpekar att befintliga datakällor skulle kunna användas i högre grad än vad som görs i dag, inte minst för att följa upp de resultatområden som identifierats som särskilt viktiga utifrån ett patient- och brukarperspektiv.

” Fick man vifta med trollspöet skulle vi ha datasystem där till exempel Socialstyrelsen bara kan gå in och hämta. Nationellt behöver man bestämma vad det är för typ av data man är i behov av”

(Företrädare hälso- och sjukvården)

” Det skulle vara att följa upp detta med olika undersökningar som görs av olika huvudmän. BRÅ följer upp brott och otrygghet, psykisk och fysisk ohälsa skattas på olika sätt – det finns en del undersökningar här och där [...] Det finns många intressanta kvalitetsregister, men det gäller att pussla lite för att få helheten”

(Företrädare akademien)



En gemensam struktur för uppföljning av resultat saknas

Tabell 2. Exempel på datakällor med relevans för missbruks- och beroendområdet.

Resultatområde	Register/Datakällor
 Grad av missbruk/ beroende	• Nationell folkhälsoenkät, Folkhälsomyndigheten
 Fysisk och psykisk hälsa	• Nationell folkhälsoenkät, Folkhälsomyndigheten • ULF/SILC-undersökningar, SCB
 Boendesituation	• Skatteverkets register • ULF/SILC-undersökningar, SCB • LISA-databasen, SCB
 Ekonomisk stabilitet/ försörjning	• Skatteverkets register • ULF/SILC-undersökningar, SCB • LISA-databasen, SCB
 Arbete/ sysselsättning	• Försäkringskassans officiella statistik • Midas, Försäkringskassan • LISA-databasen, SCB • RAKS, SCB
 Kriminalitet	• Statistikdatabasen över anmälda brott, BRÅ • Statistikdatabasen över misstänkta personer, BRÅ • Statistikdatabasen över lagförda brott, BRÅ • Belastningsregistret, RPS • NTU-undersökningen, BRÅ
 Trygghet och säkerhet	• Statistikdatabasen över anmälda brott, BRÅ • Statistikdatabasen över misstänkta personer, BRÅ • Statistikdatabasen över misstänkta personer, BRÅ • NTU-undersökningen, BRÅ

För vissa resultatområden saknas uppgifter

När det gäller de resultat som handlar om mer subjektivt upplevda områden, till exempel stigmatisering, självständighet och känsla av sammanhang, är tillgången till uppgifter mer begränsad. Det kan sannolikt förklaras av att sådana uppgifter är svårare att fånga och att analysera. Det kan också vara svårare att nå den aktuella målgruppen med traditionella verktyg, såsom enkätundersökningar.

” Vissa saker är svårare att samla in, till exempel om man är stigmatiserad. Det blir svårt att få en bild utifrån ett brukarperspektiv – svårt att ha en enkätstudie eller samla in data på det sättet – då man kanske inte är medveten om sitt eget stigma.”

(Företrädare hälso- och sjukvården)

FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR UPPFÖLJNING AV RESULTAT PÅ LOKAL OCH REGIONAL NIVÅ VARIERAR

En sammanhållen gemensam struktur för uppföljning av resultat förutsätter att det finns jämförbara uppgifter från missbruks- och beroendevården på lokal och regional nivå. De måste sedan kunna aggregeras för att analyseras och ge överblick på nationell nivå. De två huvudmän som har ansvar för vård och omsorg om personer med missbruks- och beroendeproblem, det vill säga landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst, har delvis olika förutsättningar för att på ett systematiskt sätt kunna dokumentera och följa upp resultat. Förutsättningarna att från nationell nivå ta del av uppgifter från hälso- och sjukvården och socialtjänsten skiljer sig också.

Hälso- och sjukvården följer inte upp patienternas samlade livssituation

Inom hälso- och sjukvården dokumenteras uppföljning av resultat på ett relativt enhetligt sätt, men det är endast ett fåtal resultatområden som dokumenteras. I första hand dokumenteras diagnoser (inklusive diagnoser med koppling till alkohol, narkotika och läkemedel) och åtgärder. Dokumentation bygger på fastställda koder för såväl diagnoser som åtgärder, och härmed relativt enhetlig mellan olika personer och verksamheter. Uppgifterna sammanställs som regel i regionala vårddatabaser. Hälso- och sjukvården har också en skyldighet att lämna individuppgifter till Socialstyrelsens hälsodataregister. Exempelvis rapporteras individuppgifter som rör vårdtillfällen i slutenvård och läkarbesök inom den specialiserade hälso- och sjukvården till patientregistret. För andra yrkesgrupper än läkare, och för primärvården, saknas motsvarande lagstöd för att samla in uppgifter på nationell nivå. För delar av hälso- och sjukvården finns alltså uppgifter om resultatområdena *grad av missbruk och beroende* samt *fysisk och psykisk hälsa*. I några av våra intervjuer beskrivs dock att kunskapen om missbruks- och beroendetillstånd delvis är begränsad, vilket påverkar benägenheten att registrera uppgifter om patientens missbruk eller beroende på ett systematiskt sätt.

”Beroendediagnoser måste registreras bättre, både inom psykiatri och inom primärvården. [...] Vi gjorde en kartläggning av vilka diagnoser som förekom under ett år, och på en enhet fanns inga beroendediagnoser registrerade alls”

(Företrädare hälso- och sjukvården)



Inom socialtjänsten är förutsättningarna för uppföljning av resultat sämre

Socialstyrelsens öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården visar att endast 37 procent av alla kommuner uppger sig ha följt upp resultatet av sina insatser utifrån uppsatta mål för enskilda individer, och att 20 procent av kommunerna har sammanställt sina klienters behov och resultaten av insatserna på aggregerad nivå (Socialstyrelsen 2015d). Även våra intervjuer bekräftar bilden att kommunala uppföljningar tenderar att fokusera på strukturer och processer.

”Ytterst är det önskvärt med ett tydligare utfallsperspektiv, det vill säga att titta på om utfall förbättrats i jämförelse med utgångsläget”

(Myndighetsföreträdare)

”Tror inte att vi med gott samvete kan säga att man följer upp detta på ett bra sätt. Det är svårt att följa upp denna typ av resultatmått eller frågeställningar, man måste ständigt jobba för detta”

(Företrädare socialtjänsten)

Många lyfter fram att den landstingsdrivna beroendevården i regel är bättre på att följa upp resultat. Det kopplas samman med de juridiska förutsättningarna och att traditionerna ser annorlunda ut i jämförelse med socialtjänsten. Möjligheten att samla in heltäckande och relevanta uppgifter av god kvalitet inom socialtjänsten påverkas delvis av de juridiska förutsättningarna för sammanställning av individbaserad registerdata. De är förhållandevis begränsade och skiljer sig från regleringen inom hälso- och sjukvården (SOU 2014:23 s. 666). Lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (2001:454) stipulerar ett generellt förbud mot att sammanställa personuppgifter inom socialtjänsten. Samtidigt finns undantag – sammanställning är tillåten om syftet är uppföljning, utvärdering eller kvalitetssäkring. Ur ett patient- och brukarperspektiv kan det dock finnas risker med att samla in känslig information. Nyttan av att samla in informationen måste vägas mot risken att enskilda personer upplever att informationen hanteras på sätt som är integritetskränkande. Att använda känsliga uppgifter för andra ändamål än vård och behandling förutsätter också att patienter och brukare är villiga att dela med sig av dem, trots att det i många fall är till större nytta för andra än dem själva.

I våra intervjuer framkommer att det finns en viss osäkerhet kring om

eller när det är tillåtet att registrera personuppgifter, även i uppföljningssyfte. Regleringen ser dessutom olika ut för myndigheter och privata utförare. En enskilt driven socialtjänstverksamhet får inte behandla personuppgifter för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av verksamheten, utan bara för dokumentation av till exempel vård eller omsorg och administration (SOU 2014:23 s. 653). Det finns dessutom sekretessgränser mellan olika myndigheter som bedriver socialtjänstverksamhet inom samma kommun, det vill säga mellan olika verksamhetsområden. Sekretessprövning krävs för att uppgifter ska kunna lämnas till den kommunala myndighet som ska genomföra uppföljningen, vilket kan begränsa möjligheterna till en gemensam och individbaserad uppföljning utifrån ett helhetsperspektiv (SOU 2014:23 s. 756–767). För att kunna följa upp resultat i större utsträckning på nationell nivå behövs också stöd för en utökad personnummerbaserad rapportering i socialtjänstens verksamhet. Socialstyrelsen har tidigare beskrivit dessa behov och lämnat förslag på förordningsändringar till regeringen.

Det finns dock exempel på bedömnings- och uppföljningsverktyg där uppgifter samlas in på ett enhetligt sätt på individnivå, och sedan samlas i databaser. Ett sådant verktyg är *Addiction Severity Index* (ASI).

Addiction Severity Index (ASI)

ASI är en metod för både utredning (ASI Grund) och uppföljning (ASI Uppföljning) inom missbruks- och beroendevården. Instrumentet är en standardiserad intervjuemetod som innehåller frågor inom totalt sju olika livsområden. Områdena är fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol- och narkotikaanvändning, rättsliga problem, missbruk, psykiska problem och kriminalitet i släkten, familj och umgänge samt psykisk hälsa. Frågorna berör i stort sett alla resultatområden som lyfts fram som viktiga av patienter och brukare i den här studien. Själva instrumentet förvaltas av Socialstyrelsen, medan ett privat företag erbjuder datastöd för att registrera grund- och uppföljningsintervjuerna (ASI-Net) och de åtgärder som klienterna erhåller (UBÅT). Lokal ASI-data samlas i en gemensam databas som kallas Net-Analys, som är tillgänglig för de verksamheter som använder ASI-Net. Av bland annat äganderättsliga skäl är det inte möjligt för Socialstyrelsen att självständigt inhämta data direkt från ASI-Net. Däremot är det möjligt att be kommunerna om aggregerade uppgifter från ASI-databasen.

I dag använder över 200 kommuner ASI. Verktöget används även av ett antal beroendeenheter, sjukhus och privata vårdgivare. Överlag är intervjuade företrädare mycket positiva till ASI och ser verktygets potential. Öppna jämförelser 2015 visar att många inom den kommunala missbruks- och beroendevården använder strukturerade bedömningsverktyg, varav ASI är ett exempel. Samtidigt visar samma undersökning att enbart ett fåtal använder



system eller metoder för att registrera uppföljande data (Socialstyrelsen 2015d s. 5). Den bilden bekräftas av våra intervjuer. Enligt intervjuade företrädare prioriteras datainsamling och registrering i varierande utsträckning inom olika kommuner, och flera personer lyfter att ASI i dag framför allt används för att göra bedömningar av tillstånd, snarare än för löpande uppföljning.

” Man samlar inte liknande, jämförbar information inom den kommunala missbruksvården – det finns inga enhetliga system”
(Myndighetsföreträdare)

” ASI har potential att bli motsvarigheten till landstingens vårddatabaser – ASI skulle kunna vara lösningen här. Det är drömmen”
(Företrädare socialtjänsten)

” Det som är det mest framgångsrika vi har är ASI. Det är ett unikt material och här finns det potential. Det som grumlar är att inte alla kommuner är med i den databasen och det finns flera aktörer här vilket gör att man inte matar in uppgifter i en gemensam databas.”
(Företrädare socialtjänsten)

Ett problem med uppföljning inom socialtjänsten som lyfts i våra intervjuer är att dokumentationssystemen och IT-stöden inte alltid är utformade så att det blir enkelt att göra systematiska uppföljningar. Många gånger används olika IT-stöd i olika delar av organisationen, och de system som tillämpas är inte alltid kompatibla med varandra. Det finns flera privata aktörer som har utvecklat och administrerar IT- och datasystem för insamling, registrering och uppföljning av data, och eftersom de olika företagen agerar på en konkurrerande marknad saknas incitament för att integrera de olika datakällorna på en övergripande systemnivå. Kommunerna har också svårt att byta till samma IT-system, eftersom upphandlingen görs lokalt eller regionalt och upphandlingsavtalen ofta sträcker sig över relativt långa och varierande tidsperioder.

Ytterligare en förutsättning som påverkar uppföljning inom socialtjänsten är personalens kompetens. I våra intervjuer framkommer att kompetensen vad gäller användning av data varierar och i vissa fall är begränsad. Det beskrivs som att man generellt är ovan vid statistisk hantering och analys av kvantitativa data inom den kommunala missbruks- och beroendevården, vilket kan hämma genomförandet av uppföljningar. Man betonar att användning av data, till exempel för uppföljning och utvärdering, kräver utbildning, tid och

resurser och kunskap om nyttan av uppföljning för den egna verksamheten. Många betonar också att det finns ett behov av att stärka länken mellan forskning och praktik, för att förbättra möjligheterna till kunskapsspridning och öka kvaliteten i de uppföljningar som görs.

” Man behöver stärka analyskompetensen lokalt och regionalt [...] Närheten till forskare förstärker verksamheten, men forskarna behöver också lära sig den praktisknära sidan”

(Företrädare akademien)

Samordningen av uppföljning kan förbättras

För patienter och brukare som får vård och omsorg av både hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver uppföljningen samordnas, både för att undvika onödigt dubbeldokumentation och för att inte riskera att någon del av uppföljningen faller mellan stolarna. På övergripande nivå finns ett möjligt verktyg för en sådan samordning. Sedan 2013 finns det krav på gemensamma överenskommelser om samarbete mellan kommuner och landsting i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel (se 8b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och 5 kap. 9a § SoL). Enligt öppna jämförelser 2015 är det endast 36 procent av kommunerna som uppger sig ha en överenskommelse om samarbete med landstinget. Det kan dock finnas överenskommelser på länsnivå, det vill säga mellan exempelvis kommunförbund och landsting. I våra intervjuer beskrivs emellertid att kravet på samarbetsöverenskommelser än så länge fått begränsat genomslag i den praktiska verkligheten.

” Vi har inte märkt av effekterna av lagändringen ännu [...] Någon samordnare kanske har kontakter med kommunen, men det är fortfarande svårt”

(Företrädare hälso- och sjukvård)

” Det finns massor med organisatoriska hinder, och beroendevården kan se hur olika ut som helst. På vissa ställen är det jättebra integrerat, men någon annanstans är det inte det. Det påverkar möjligheten att följa upp”

(Företrädare socialtjänst)



Även för samordning av vården och omsorgen om individuella patienter och brukare finns ett möjligt verktyg, i form av en samordnad individuell plan (SIP). Huvudmännen, det vill säga kommunerna och landstingen, är sedan 2010 skyldiga att upprätta samordnade individuella planer för personer som har behov av stöd från både socialtjänsten och sjukvården (se 3f § HSL och 2 kap. 7 § SoL). Den ska bland annat innehålla information om vilka insatser som behövs, vilken huvudman som ansvarar för vad, samt vem som har det övergripande ansvaret för planen. Beskrivningar om hur planen ska följas upp ska också ingå. SIP:en ska utgå från personens behov och önskemål. Detta betyder bland annat att den enskilde själv får formulera sina egna målsättningar om vad insatserna ska leda till. Den samordnade individuella planen kan bidra till en bättre samverkan mellan och inom den landstingsdrivna respektive kommunalt drivna missbruks- och beroendevården. Den kan också bidra till en uppföljning som utgår från individens behov och har ett helhetsperspektiv, men det finns indikationer på att planerna inte tas fram eller används på rätt sätt i dag (Region Jönköpings län 2015 s. 4, Esbjörnson och Hagqvist 2013). Möjligheten att använda de individuella planerna som underlag för systematisk uppföljning förutsätter också att de dokumenteras på ett enhetligt sätt i olika verksamheter. Det finns även vissa juridiska svårigheter med samordnad uppföljning. Till exempel saknas den juridiska möjligheten för direktåtkomst till dokumentation mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.



Rekommendationer

RÅDET FÖR STYRNING MED KUNSKAP BÖR TA INITIATIV TILL EN GEMENSAM STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING AV RESULTAT

Den nationella uppföljningen av vård och omsorg för personer med missbruk och beroende fokuserar i dag främst på strukturer och processer – inte på resultat. Det kan sannolikt delvis förklaras av att det inte finns en samsyn om vilka resultat som ska följas upp, och att det saknas jämförbara uppgifter från lokal och regional nivå. Den uppföljning som görs är även bristfälligt samordnad. Exempelvis finns viktiga uppgifter hos olika statliga myndigheter som inte sammanställs, och på lokal och regional nivå finns juridiska hinder för samordnad uppföljning.

Regeringen har genom att inrätta Rådet för styrning med kunskap tagit initiativ till att stärka den nationella kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Fokus ligger på att förbättra samordningen mellan de statliga myndigheterna och utveckla dialogen med huvudmännen. Vår övergripande rekommendation riktar sig därför till Rådet för styrning med kunskap. I dialog med kommunerna och landstingen, bör rådet ta initiativ till en gemensam struktur för uppföljning av resultat. En sådan struktur behöver förtydliga vad som ska följas upp (det vill säga vilka resultat), vem som ska göra det, när det ska göras och på vilket sätt.

En gemensam struktur förenklar ett ömsesidigt lärande mellan olika verksamheter och ett systematiskt förbättringsarbete, och bidrar till att alla olika aktörer följer upp resultat som är viktiga ur ett patient- och brukarperspektiv. En sammanhållen gemensam struktur för uppföljning förbättrar också den nationella kunskapen och överblicken när det gäller en på många sätt utsatt grupp. En sådan förbättrad kunskap kan i sin tur ligga till grund för nationella

prioriteringar och nationella initiativ när det gäller forskning och utveckling.

Det är angeläget att uppföljningen av resultat har ett helhetsperspektiv och återspeglar det som patienter och brukare tycker är viktigt. I arbetet med att etablera en gemensam struktur behövs en fortsatt diskussion om definitioner, termer och begrepp och om vilken typ av uppgifter som bör användas vid uppföljningen. Resultatuppföljningen bör så långt som möjligt utgå från befintliga datakällor, och länkas till relevanta uppgifter om strukturer och processer. Det är också angeläget att etablera de juridiska förutsättningar som behövs för att kunna genomföra en ändamålsenlig resultatuppföljning, samtidigt som patienternas och brukarnas personliga integritet värnas.

Arbetet bör samordnas med de olika initiativ som pågår för att identifiera relevanta uppföljningsindikatorer inom missbruks- och beroendevården. Ett exempel är uppföljningen av den nationella ANDT-strategin som Folkhälsomyndigheten ansvarar för. Ett annat exempel är Socialstyrelsens (kommande) uppföljnings- och utvärderingsarbete utifrån de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Vidare sker en fortsatt utveckling av öppna jämförelser, som bland annat innebär ett ökat fokus på resultatindikatorer (Nationella samrådsgruppen för öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården 2015). Exempel på datakällor som redan nu kan användas för att bredda den nationella uppföljningen inom ramen för dessa initiativ inkluderar ASI-data, uppgifter från SBR och uppgifter från olika myndigheter, till exempel Skatteverkets uppgifter om boendesituation och Försäkringskassans uppgifter om arbetsmarknadsstatus och försörjningsstöd.

För att ytterligare förbättra möjligheterna till en sammanhållen nationell uppföljning av resultat på längre sikt behöver vissa förutsättningar finnas på plats:

► *Kommunerna och landstingen bör stärka kompetensen på områdena systematisk uppföljning och förbättringsarbete*

Tillräcklig kännedom, kunskap och kompetens är avgörande för att resultatuppföljningar ska kunna göras på rätt sätt. I våra intervjuer har det framkommit att kännedomen om olika datakällor och kunskapen om hur data bäst kan användas i uppföljning för att förbättra verksamheten varierar, framför allt inom den kommunala missbruks- och beroendevården. Det har också framkommit att tillgängliga uppföljningsverktyg inte används i önskad omfattning. Vårdanalys bedömer därför att det behövs kunskaps- och kompetenshöjande stöd i verksamheterna. Stödet bör ha ett särskilt fokus på befintliga datakällor och rutiner för systematisk

(resultat-)uppföljning. Vi tror också att det är värdefullt att denna typ av stöd och insatser ges inom ramen för befintliga regionala samverkans- och stödstrukturer för kunskapsutveckling.

► *Kommunerna bör verka för en mer ändamålsenlig och enhetlig dokumentation*

En annan utmaning som särskilt lyfts i våra intervjuer med företrädare för kommunernas missbruksvård är att dokumentationssystemen och IT-stöden inte alltid är utformade så att en systematisk uppföljning kan blir enkel, och att de olika IT-stöd som upphandlats inte alltid är kompatibla med varandra. Det förklaras delvis av att konkurrerande aktörer utvecklar, administrerar och tillhandahåller de IT-baserade uppföljningsstöden inom den kommunala missbruksvården. En möjlig väg framåt är att kommunerna använder sig av mer likartade kvalitetskriterier vid upphandling. SKL har en referensgrupp inom upphandlingsfrågor bestående av upphandlingschefer från olika kommuner. Referensgruppen skulle sannolikt kunna fungera som en kanal för gemensamma kriterier och riktlinjer vid upphandling av IT-stöd för missbruksvården. En annan möjlig strategi är att verka för gemensamma upphandlingar av IT-stöd och system, men det kan enbart göras på längre sikt, eftersom kommunerna har olika tidsperspektiv på sina upphandlingar.





Referenser

- Agerberg, M (2013). DSM-5: Ny diagnos ersätter missbruk och beroende. *Läkartidningen* 2013;110: CHLR.
- Andréasson, S. och Allebeck, P. (red.) (2005). *Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa*. Statens Folkhälsoinstitut, Rapport 2005: 11.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium. 2:a upplagan*. Stockholm: Natur och kultur.
- Armeliuss, K., Armeliuss, B-Å. (2010). *Våldsutsatthet och misshandel hos missbrukande kvinnor – resultat från ASI-intervjuer med 4290 kvinnor. En rapport till Socialstyrelsens utredning om våldsutsatta kvinnor med missbruk*. Institutet för Klinisk Psykologi i Umeå AB.
- Brottsofferjouren (2015). *Fakta om brottsoffer. Begreppet brottsoffer. Särskilt utsatta*. www.brottsofferjouren.se/fakta-om-brottsoffer/begreppet-brottsoffer/sarskilt-utsatta/. Hämtad 2015-12-14.
- BRÅ – Brottsförebyggande rådet (2015a). *Kortanalys. Alkohol- och drogpåverkan vid misshandel, hot, personrån och sexualbrott*.
- BRÅ – Brottsförebyggande rådet (2015b). *Nationella trygghetsundersökningen 2014. Om utsatthet, otrygghet och förtroende. Rapport 2016:1*.
- Carlberg, A. (2005). *Ett bättre liv är möjligt. Om empowerment och social mobilisering*. NUTEK.
- Esbjörnsson, S., Hagqvist, A. (2013). *Individuell plan enligt SoL och HSL. Till nytta för brukarna? FoU Sjuhärad Välfärd Slutrapport*. Rapport nr. 29, 2013.

- Folkhälsomyndigheten (2015). *Samlad uppföljning av ANDT-strategin. En återrapportering av regeringsuppdraget att ansvara för en samlad uppföljning av ANDT-strategin och för det samordnade uppföljningssystemet för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken med en redovisning av utvecklingen med särskilt fokus på strategiperioden 2011–2014.* <http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/om-myndigheten/uppdrag-styrdokument/avslutade/uppfoljning-andt-strategin.pdf>. Hämtad 2016-03-24.
- Gassne, J. (2008). *Salutogenes, Kasam och socionomer*. Lund dissertations in Social Work 30.
- Janlert, U. (2012). *Arbetslöshet och hälsa – en kunskapsöversikt. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö.* http://malmo.se/download/18.6e1be7ef13514d6cfcc800036206/UrbanJanlert_underlag.pdf. Hämtad 2015-12-14.
- Levälahti, J. (2007). Sociala nätverk och socialt stöd i återhämtningsprocessen från alkoholmissbruk. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, vol. 24 2007.
- Lundberg, B. (2010). *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Department of Health Sciences, Faculty of Medicine, Lund University, Sweden, 2010.
- Nationella samrådsgruppen för öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården (2015). *Öppna jämförelser inom socialtjänsten och hemsjukvården. Handlingsplan 2015–2018*. Regeringskansliet, Socialdepartementet.
- NICE – National Institute for Health & Clinical Excellence (2008). *Drug misuse. Psychosocial interventions. National Clinical Practice Guideline Number 51. National Collaborating Centre for Mental Health*. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.
- Nilsson, I. och Wadeskog, A. (2008). *Varje drogfri dag en framgång. SocioEkonomiskt Bokslut för Metadonprogrammet i Stockholm.* <http://www.seeab.se/Metadon/Metadon2008.pdf>. Hämtad 2015-12-14.
- Nordfjaern, T., Rundmo, T., Hole R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2010 Feb; 17 (1):46–64.
- Mitchell, SG., Morioka, R., Reisinger, HS., Peterson, JA., Kelly, SM., Agar, MH., Brown, BS., O'Grady, KE., Schwartz, RP. (2011) Redefining Retention: Recovery from the Patient's Perspective. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2011; 43(2): 99–107.

- Prop. 2014/15:1 *Budgetpropositionen för 2015. Förslag till statens budget för 2015, finansplan och skattefrågor.*
- Ramstedt, M., Sundin, E., Landberg, J., Raninen, J. (2014). *ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013 - en studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak (rev 2014-02-17).* STADs rapportserie, 2014, Rapport nummer 55.
- Region Jönköpings län (2015). *Samordnad individuell plan (SIP). Slutrapport 2015-01-20.*
- Sarnecki, J., Sivertsson, F. (2009). *Att bryta en kriminell livsstil. Livshistorier från "The Stockholm Life-Course Project". Kriminalvården Projekt-nummer 2009:99.* <http://docplayer.se/5491662-Att-bryta-en-kriminell-livsstil.html>. Hämtad 2015-12-14.
- SBR – Svenskt Beroenderegister och LAROS – Behandlingsuppföljning vid opiatberoende (2014). *Årsrapport 2014. Kvalitetsregister för beroendevården.*
- SiS – Statens institutionsstyrelse (2005). *Uppföljning av SiS missbrukarvård. Från tvång till frihet.* Jonas Larsson och Vera Segraeus. SiS följer upp och utvecklar 1/05.
- SiS – Statens institutionsstyrelse (2008). *Ett kontrakt för livet Utvärdering av en särskild satsning på missbrukarvården.* SiS följer upp och utvecklar 3/08.
- Skårner, A. (2009). Skilda Världar? Missbruksbehandling ur ett relations- och nätverksperspektiv. I *Missbruk och behandling. Gamla problem – nya lösningar?* Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
- Socialstyrelsen (2004). *För en kunskapsbaserad socialtjänst. Redovisning av ett regeringsuppdrag åren 2001–2003.* Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning. Svensk version 2011 (ICD-10-SE). Inledningsbilaga.* http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18172/3_Inledning.pdf. Hämtad 2015-12-14.
- Socialstyrelsen (2011). *Skylla sig själv? Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med missbruks- eller beroendeproblem.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012). *Brottsoffer och deras närstående. Socialtjänstens ansvar för att ge stöd och hjälp.* Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2014a). *Anhörigstyrkan – stöd till anhöriga till personer med beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014b). *Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014c). *Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015a). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015b). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015c). *Vuxna personer med missbruk och beroende. Insatser år 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015d). *Öppna jämförelser 2015. Missbruks- och beroendevården. Guide för tolkning av resultaten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen Svenskt beroenderegister (2015). www.socialstyrelsen.se/register/register-service/nationellakvalitetsregister/svensktberoenderegister. Hämtad 2015-12-14.
- Socialstyrelsens termbank (2015) <http://termbank.socialstyrelsen.se/show-term.php?fTid=272>. Hämtad 2015-12-14.
- SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende: individen, kunskapen och ansvaret. Volym 1. Missbruksutredningens förslag*.
- SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende: individen, kunskapen och ansvaret. Volym 2. Missbruksutredningens analys*.
- SOU 2011:6 *Missbruket, kunskapen, vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga*.
- SOU 2014:23 *Rätt information på rätt plats i rätt tid*.
- Trainor, J., Pomeroy, E., Pape, B. (2004). *A Framework for Support: 3rd Edition. Canadian Mental Health Association, Toronto, 2004*.
- von Greiff, N. och Skogens, L. (2012). Förändringsprocesser i samband med missbruksbehandling – vilka faktorer beskriver klienter som viktiga för att initiera och bibehålla positiva förändringar? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 29.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014). *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Rapport 2014:7. Stockholm: Vårdanalys.
- WHO (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*.
- Wåhlin, S., Andréasson, S. (2015). Behandling av alkoholberoende i primärvård kan ge goda resultat *Läkartidningen*, 38/2015.



BILAGA 1 – INTERVJUGUIDE

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys genomför en studie i syfte att kartlägga/identifiera vilka resultat som är särskilt viktiga för personer (brukare/patienter) med missbruk och beroende, samt i vilken mån nationella, regionala och lokala uppföljningar täcker in dessa resultat. Health Navigator har bidragit i Vårdanalys arbete och har bland annat genomfört intervjuer med brukarorganisationer och experter (forskare, profession och myndighetsföreträdare).

Bakgrundsfrågor

1. Berätta gärna kort om din erfarenhet av missbruks- och beroendevården
2. Berätta gärna kort om organisationen/verksamheten som du arbetar inom
3. Vad är din definition av missbruk/beroende?

[Kommentar: I denna studie studerar vi framför allt personer som är beroende av substanser (d.v.s. exkluderar missbruk/beroende av spel, mat m.m.) och vi fokuserar på vuxna (över 18 år)]

Frågor om relevanta resultat

4. Det är väl känt att det finns individuella skillnader mellan enskilda brukare när det kommer till vilka resultat man prioriterar, men finns det några övergripande eller generella teman eller områden som utifrån brukarens perspektiv är särskilt relevanta att mäta och följa upp? Till exempel utfall kopplade till individens beroende, vården- och omsorgen som ges, livssituation (arbete/försörjning, socialt nätverk etc.)?
5. På vilket sätt kan dessa resultatområden mätas/följas upp?
6. Vilka resultatområden tror du generellt är särskilt relevanta att följa upp och studera utifrån samhällets perspektiv?

Frågor om uppföljningsarbete

7. Anser du att dessa av brukarna prioriterade resultat avspeglas i uppföljningar (på nationell, regional och/eller lokal nivå) i tillräcklig utsträckning?
 - a. Om ja, beskriv gärna på vilket sätt resultaten matchas i uppföljningarna
 - b. Om nej, beskriv gärna vilka typer av uppföljningar som behövs för att bättre avspegla brukarens perspektiv
8. Vilka datakällor kan användas/används för att följa upp denna typ av resultatmått idag? Finns det behov av ytterligare datakällor, och i sådana fall vilken typ av data bör undersökas?

Frågor om förutsättningar för datainsamling

9. Hur ser förutsättningarna respektive hindren ut för att samla in relevant data och genomföra uppföljningar i dag (t.ex. formella juridiska hinder, svårigheter att nå målgruppen etc.)? Hur kan dessa förutsättningar förbättras (lokalt, regionalt och nationellt)?

Avslutande reflekterande fråga [i mån av tid och relevans]

10. Anser/tror du att det finns någon avgörande faktor/ förändring som särskilt skulle förbättra situationen för personer med missbruk eller beroende i dag?

BILAGA 2 – INTERVJUADE PERSONER

Intervjuperson	Organisation	Funktion/titel
Patient-, brukar- och närstående-företrädare		
Företrädare	Anonyma alkoholister	
Greger Björklund	Brukarrådet LEVA, Norrbotten	Ordförande
Håkan Blom	Brukarrådet för Missbruksfrågor, Västra Götaland	Kontaktperson
Linn Brandelius	Maskrosbarn	Barnombud och coachhandledare
Inger Forsgren	RFHL	Förbundsordförande
Björn Fries	Rainbow Sweden	Ordförande
Claes Heibel	Convictus	Verksamhetschef
Vanja Holmgren	FMN Stockholm	Rådgivare/coach och administratör
Mikael Johansson	Skånes brukarförening (lokalförening inom Svenska Brukarföreningen)	Ordförande
Kjell Karlsson	Sällskapet Länkarna Stockholm	Ordförande
Jasmine Monmorgsdotter	QvinnoQulan Stockholm, RFHL	Verksamhetsansvarig
Isabell Mortensen	Brukarrådet Jönköpings Län	Ansvarig för brukarrevisionen
Anna Norrman	Riks Attention	Kanslichef
Jan Nyman	Brukarrådet Halland	Samordnare
Christina Paulsrud	Stockholms Brukarförening	Ordförande
Ann-Sofie Roberntz	SIMON (Svenskar och Invandrade Mot Narkotika)	Förbundssekreterare
Annika Rosengren	Svenska Brukarföreningens Anhöriga	Ordförande
Jimmie Trevett	RSMH, Riksförbundet för social och mental hälsa	Förbundsordförande
Germay Waldu	KRIS Stockholm (Kriminallas Revansch i samhället)	Verksamhetsledare
Professionsföreträdare		
Tord Berglind	VKL (Västmanlands Kommuner och Landsting)	Utbildare/Utvecklingsledare för Samordnad individuell plan (SIP)
Stefan Borg	RFMA (Riksförbundet mot alkohol och narkotikamissbruk)	Docent, ordförande
Jan Brännström	Västerbottens läns landsting/Umeå	Enhetschef
Åsa Claesson	Region Halland, Avdelningen för regional samverkan vård och socialtjänst	Utvecklare
Georg Fischer	Beroendemottagningen Munkedals kommun	1:e socialsekreterare
Gabriella Fransson	Region Halland/Falkenbergs kommun	Enhetschef för Klara Öppenvårds-mottagning i Falkenberg
Marco Fredin	Göteborgs stad, FoU Väst, Göteborgs-regionens kommunalförbund	
Carina Frelin	Landstinget Dalarna	Missbrukssamordnare
Karl Gudmundsson	Sveriges Socialchefer	Ordförande
Irène Josephson	Region Jönköpings län	FoU-ledare och brukarinflytandestrateg
Åsa Magnusson	Beroendecentrum Örebro	Verksamhetschef
Christina Persson	VKL (Västmanlands Kommuner och Landsting)	Utvecklingsstrateg
Stefan Sparring	Mälarsjukhuset, psykiatriska kliniken	Verksamhetschef
Cecilia Strandlund	Kommunal Utveckling, FoUrum, Region Jönköpings län	FoUledare Missbruk

Tabell, forts.

Intervjuperson	Organisation	Funktion/titel
Anna Thurang	SLSO vuxenpsykiatri, Beroendecentrum Stockholm	Projektleddare
Anna von Reis	Stadsdel Söder Malmö stad	Enhetschef
Mats Weström	Norrbottns läns landsting	Medicinskt sakkunnig för division Närsjukvård

Myndighetsföreträdare

Charlotta Fondén	Socialstyrelsen	Utredare
Anitta Litinov	Socialstyrelsen	Utredare
Sofie Mörner	Statens institutionsstyrelse	Utredningssekreterare
Lars-Håkan Nilsson	Kriminalvården	Medicinsk rådgivare
Therese Reitan	Statens institutionsstyrelse	Utredningssekreterare
Gunilla Ringbäck Weitoft	Socialstyrelsen	Utredare
Marie Risbäck	Folkhälsomyndigheten	Enhetschef ANDT-uppföljning
Nils Stenström	Socialstyrelsen	Forskare
Daniel Svensson	Socialstyrelsen	Utredare

Företrädare för akademien

Sven Andreasson	Karolinska Institutet/Beroendecentrum Stockholm	Professor/överläkare
Bengt-Åke Armelius	Umeå Universitet	Professor emeritus
Kerstin Armelius	Umeå Universitet	Professor emerita
Claudia Fahlke	Göteborgs Universitet	Professor i psykologi
Johan Franck	Karolinska institutet/Beroendecentrum Stockholm	Professor/överläkare
Håkan Leifman	Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)	Direktör, fil. dr. sociologi
Lars Oscarsson	Ersta Högskola	Professor socialt arbete
Maija Segle Konstenius	Beroendecentrum Stockholm	Enhetschef
Lisa Skogens	ISA, Socialhögskolan	Universitetslektor
Ingemar Thiblin	Uppsala Universitet	Professor/överläkare rättsmedicin
Ninive von Greiff	ISA, Socialhögskolan	Forskare

Missar vi målen med missbruks- och beroendevården?

Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv

Missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel har stora negativa effekter för många personer i Sverige. För att kunna kvalitetssäkra och utveckla samhällets insatser för dem är det viktigt med en ändamålsenlig och systematisk uppföljning av missbruks- och beroendevården. Dagens uppföljning fokuserar främst på strukturer och processer snarare än på de resultat som vården och omsorgen ska leda till. Den tenderar också att utgå från enskilda verksamheters ansvarsområden snarare än från personens samlade livssituation. Den här rapporten syftar till att beskriva vilka resultat personer med missbruks- och beroendeproblem tycker är viktiga att följa upp, och förutsättningarna för att följa upp resultaten i dag.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

