

Vårdöverenskommelsen
– stimulansmedel till
bättre vård och
behandling av personer
med tungt missbruk

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-86301-71-2
Artikelnr 2009-12-3

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2009

Förord

Den här rapporten innehåller en utvärdering av statliga stimulansmedel riktade till kommunerna, med syfte att stödja utvecklingen inom missbruks- och beroendevården. Under åren 2006 och 2007 fördelade länsstyrelserna 340 miljoner kronor till kommunerna med syfte att öka specialisering och integrering, öka tillgängligheten samt stärka arbetet med individuella vårdplaner. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att biträda länsstyrelserna med kunskapsstöd, bland annat vad gäller effektiva metoder i missbruks- och beroendevården, samt att nationellt samordna, följa upp och utvärdera satsningen. För utvärderingen har Socialstyrelsen anlitat ett forskarteam vid Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete vid Örebro universitet. Rapportens författare är Christian Kullberg (projektledare), Karin Alexanderson, Anna Henriksen, Lars Oscarsson och Anna Petersén. Projektledare vid Socialstyrelsen har varit Daniel Svensson.

Åsa Börjesson
Avdelningschef
Socialtjänstavdelningen
Socialstyrelsen

Innehåll

Förord	3
1. Inledning	7
1. 1 Regeringsuppdrag och utvärderingsdirektiv	7
1. 2 Syfte och övergripande frågeställningar	8
1. 3 Rapportens disposition	9
2. Problemområde samt tidigare utredningar och studier på området	10
2. 1 Missbruksvården i Sverige – från 1980-talet till i dag	10
2. 1. 1 Missbruksvården under 1980-talet	10
2. 1. 2 Missbruksvården under 1990-talet	12
2. 1. 3 Missbruksvården under 2000-talet	13
2. 1. 4 Missbruk och missbruksvården i ett nordiskt perspektiv	14
2. 2 Vårdöverenskommelsens bakgrund	16
2. 3 Genomförandet av utredningen av vårdöverenskommelsen	18
2. 4 Vårdöverenskommelsens innehåll – stödja utvecklingen av vården för personer med tungt missbruk	19
2. 4. 1 Specialiserad och integrerad missbrukarvård	20
2. 4. 2 Behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser	21
2. 4. 3 Individuella vårdplaner för att sätta individen i centrum	22
2. 5 Vårdöverenskommelsens implementering	24
2. 5. 1 Fördelningen av medel till alkohol- och narkotikaförebyggande åtgärder inom ungdoms- och missbruksvård (STUV)	24
2. 5. 2 STUV-gruppens arbete	25
2. 5. 3 Länsstyrelserna och ansökningsförfarandet	26
2. 6 Studier av implementering	27
2. 6. 1 Ett teoretiskt raster	27
2. 6. 2 Tidigare studier	29
3. Metod och genomförande	37
3. 1 Socialstyrelsens förberedande insatser	37
3. 2 Utvärderingen	37
3. 2. 1 Utvärderingens design	37
3. 2. 2 Population och urval	38
3. 2. 3 Genomförandet	43
3. 2. 4 Det empiriska materialet	46
3. 3 Några metodkommentarer	46
3. 4 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet	47
4. Resultat	49
4. 1 Organisationsperspektivet	49
4. 1. 1 Erhållet medel för utveckling av missbruksvården och inrättande av missbruksenhet	50
4. 1. 2 Öppenvårdsmottagning och samverkan kring missbruksenhet	63

4. 1. 3 Införande och användande av bedömningsinstrument	76
4. 1. 4 Övriga insatser för att stärka vårdkedjan	86
4. 1. 5 Analys och diskussion, organisationsperspektivet	87
4. 2 Implementeringsperspektiv på lokala behandlingsgarantier	90
4. 2. 1 Redovisning av svaren i den nationella enkäten med avseende på behandlingsgarantin	90
4. 2. 2 Djupstudie av åtta kommuner	96
4. 2. 3 Lokala programteorier i åtta kommuner	97
4. 2. 4 Hur länsstyrelserna tänkte och gjorde	131
4. 2. 5 Analys och diskussion, implementeringsperspektivet	135
4. 3 Implementeringsperspektivet: kompletterande data	141
4. 3. 1 Totalundersökningen	141
4. 3. 2 Urvalsundersökningen	142
4. 4 Brukarperspektivet	145
4. 4. 1. Totalundersökningen (top-down-perspektivet)	145
4. 5 Brukarstudien	147
4. 5. 1 Tillgänglighet och bemötande	147
4. 5. 2 Användning av bedömningsinstrument	148
4. 5. 3 Vårdplan och ärendegång	149
4. 5. 4 Analys och diskussion, brukarperspektivet	151
5. Slutsatser av utvärderingen av vårdöverenskommelsen	153
5. 1 Resultat och slutsatser i förhållande till regeringens angivna utvecklingsområden	153
5. 1. 1 Specialiserad och integrerad missbruksvård	153
5. 1. 2 Behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser	155
5. 1. 3 Individuella vårdplaner för att sätta individen i centrum	156
5. 1. 4 Andra insatser som bidrar till en stärkt vårdkedja för personer med tungt missbruk	157
5. 2 Brukarperspektivet	157
5. 3 Övergripande slutsatser	157
5. 4 Några generella slutsatser och implikationer för framtida satsningar	158
Referenser	161
Bilagor	167
Bilaga 1. Inbjudan Länsstyrelsen	167
Bilaga 2. Enkät vårdöverenskommelsen 2008	173
Bilaga 3. Intervjuguide urvalsstudien	185
Bilaga 4. Intervjuguide brukarstudien	197
Bilaga 5. Intervjuguide implementeringsstudien	200
Bilaga 6. Redovisning av bortfall implementeringsstudien	203
Bilaga 7. Källhänvisningar implementeringsstudien	204
Bilaga 8. Intervjuguide Länsstyrelsen	209

1. Inledning

1. 1 Regeringsuppdrag och utvärderingsdirektiv

I direktivet 2004:164 ”En vårdöverenskommelse om missbrukarvården” gav Socialdepartementet uppdraget till en särskild utredare att ”i nära samråd med Svenska Kommunförbundet och företrädare för enskilda kommuner föreslå en modell för fördelning till kommunerna av det riktade statsbidraget som regeringen har föreslagit i budgetpropositionen för 2005” (Socialdepartementet, 2004). Uppdraget resulterade i betänkandet ”Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling” (SOU 2005:82).

På basis av och i överensstämmelse med detta betänkande avsatte regeringen stimulansmedel i form av statsbidrag för insatser som syftar till att utveckla vården för personer med tungt alkohol- och narkotikamissbruk i kommunerna. Regeringen gav länsstyrelserna i uppdrag att under 2006–2007 fördela dessa medel.

Socialstyrelsen gavs uppdraget att biträda länsstyrelserna med kunskap och metoder vid utvärderingen av de insatser som görs. Institutionen för beteende-, social- och rättsvetenskap vid Örebro universitet fick i konkurrens uppdraget av Socialstyrelsen att genomföra utvärderingen. I det anbudsunderlag som Socialstyrelsen ansvarat för anges att utvärderingen ska ”utvärdera effekterna av regeringens stimulansmedel” (Socialstyrelsen, 2007b:1). Vidare sägs att ”utredningen skall innehålla en redovisning av huruvida satsningen har fått önskade effekter inom vården av personer med tungt alkohol- och narkotikamissbruk” (a. a.). I bilaga till anbudsunderlaget specificeras uppdraget i tre punkter. Dessa anger att utvärderingen ska:

- ”beskriva effekter av satsningen utifrån ett organisationsperspektiv, dvs. effekter i form av verksamheter och utveckling av kommunernas missbruks- och beroendevård” (detta ska ske i enlighet med de utvecklingsområden som kommunerna haft möjlighet att söka medel för)¹

¹ De utvecklingsområden som anges i anbudsunderlagets bilaga är följande: 1. Införa en specialiserad missbruksenhet inom kommunen i syfte att erhålla effektivare handläggning, högre kompetens och tydligare ansvar. 2. Organisera en gemensam missbruksenhet med andra kommuner för att få tillgång till mer och specialiserade resurser. 3. Inrätta lokala öppenvårdsmottagningar tillsammans med landstingens beroendevård/psykiatri för samtida och integrerade insatser för målgruppen. 4. Införa och tillämpa lokala behandlingsgarantier med riktmärke att en person med tungt missbruk som ansöker om vård och behandling ska få ett första samtal inom 2–3 dagar och en individuell vårdplan inom 4 veckor. 5. Införa individuella vårdplaner för personer med ett tungt missbruk. Stimulansmedel kan i samband med införandet av vårdplaner också användas för att utveckla och införa systematiska klientbedömningsinstrument (t.ex. ASI eller DOK). Detta gäller också nödvändiga utbildningsinsatser samt resurser för analys och uppföljning av uppgifter av klientbedömningsinstrument. 6. Införa andra insatser om de bedöms kunna bidra till att stärka vårdkedjan för personer med tungt missbruk.

- ”belysa implementeringen av lokala behandlingsgarantier samt identifiera betydelsefulla faktorer för implementering på lokalplanet”
- ”beskriva vilka grupper av missbrukare som kommit att ta del av den särskilda satsningen samt vilka effekter satsningen fått utifrån ett brukarperspektiv (bl.a. ska ålder, kön- och mångfaldsaspekter beaktas)”.

Föreliggande text är utvärderingens slutrapport.

1. 2 Syfte och övergripande frågeställningar

Syftet är utvärdera effekterna samt implementeringen av det statsbidrag för insatser med syfte att utveckla vården för personer med tungt alkohol- och narkotikamissbruk i kommunerna som avsattes av regeringen för åren 2006 och 2007. Dessutom syftar utvärderingen till att belysa brukar- och klientperspektiv på de insatser som har genomförts i kommunerna.

I utvärderingen ska följande frågeställningar belysas:

1. Leder stimulansmedlen till införandet av specialiserade missbruksenheter inom kommunerna i syfte att erhålla effektivare handläggning, högre kompetens och tydligare ansvar?
2. Leder stimulansmedlen till att det organiseras gemensamma missbruksenheter med andra kommuner för att få tillgång till mer och specialiserade resurser?
3. Leder stimulansmedlen till att det inrättas lokala öppenvårdsmottagningar tillsammans med landstingens specialiserade beroendevård/psykiatri för samtidiga och integrerade insatser för målgruppen?
4. Leder stimulansmedlen till införandet och tillämpningen av lokala behandlingsgarantier med riktmärke att en person med tungt missbruk som ansöker om vård och behandling ska få ett första samtal inom 2–3 dagar och en individuell vårdplan inom 4 veckor?
5. Leder stimulansmedlen till införandet av individuella vårdplaner för personer med ett tungt missbruk?
6. Leder stimulansmedlen till att systematiska klientbedömningsinstrument (t.ex. ASI eller DOK) införs och utvecklas?
7. Leder stimulansmedlen till att utbildningsinsatser genomförs eller att resurser för analys och uppföljning av uppgifter från klientbedömningsinstrument tillskapas?
8. Leder stimulansmedlen till att andra insatser som kan bedömas kunna bidra till att stärka vårdkedjan för personer med tungt missbruk införs?

1. 3 Rapportens disposition

Rapporten är disponerad på följande sätt: I kapitel 1 redogörs för utvärderingens bakgrund, syfte och frågeställningar. Kapitel 2 ger en bakgrund till det aktuella problemområdet samt sådana tidigare genomförda utredningar och andra studier som har relevans för det aktuella problemområdet. I kapitel 3 redogörs för utvärderingens metod. I kapitel 4 redovisas utvärderingens resultat. I kapitel 5, slutligen, dras slutsatserna från utvärderingen. I denna del görs också några reflektioner om implikationer för framtida satsningar för att stimulera missbruksvården.

2. Problemområde samt tidigare utredningar och studier på området

2. 1 Missbruksvården i Sverige – från 1980-talet till i dag

Ur ett internationellt perspektiv är vården av personer med missbruksproblematik omfattande i Sverige (Takala m.fl., 1992). Den bedrivs av tre huvudmän: staten, landstingen och kommunerna. Staten svarar för tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) samt missbruksbehandling inom kriminalvården. Landstingen svarar huvudsakligen för den läkemedelsassisterade behandlingen som utövas vid beroende- och psykiatriska kliniker och även för abstinensbehandling (avgiftning). Genom socialtjänsten ansvarar kommunerna för vård i både öppna och slutna former. Vården kan vara behandlingsinriktad, men även psykosocialt stödjande. Socialtjänsten ansvarar också för insatser gällande boende, försörjning och sysselsättning.

Svensk missbruksvård kännetecknas, till skillnad från den i många andra västländer, av att merparten av behandlingen och vården är ålagd kommunerna och inte hälso- och sjukvården. Bergmark och Oscarsson (1990) har, som en följd av den socialtjänstbaserade missbruksvårdens självständighet visavi det medicinska fältet, myntat uttrycket ”ett professionellt fält utan professionella”. Med detta menas att det inom den socialtjänstbaserade missbruksvården, trots att området karakteriseras av en hög grad av samhällelig reglering och institutionalisering i övrigt, saknas en tydligt definierad profession som med kunskapsmässig och allmän legitimitet ansvarar för vården av personer med missbruk.

Sett till statistiken rörande missbruksvården under den aktuella perioden bör framhållas att de uppgifterna bör tolkas med försiktighet, då de innehåller stora osäkerheter. Vidare kom den öppna missbruksvården med i statistiken först från och med 1998, och det har skett vissa förändringar i definitionerna av insatserna vilket ibland försvårar jämförelser över tid. Statistiken kan därför för vissa perioder snarare betraktas som en indikator på trender än som källa för kvantitativa uppgifter om faktiska förhållanden (SOU 2000:38) – undantaget uppgifter rörande tvångsvård enligt LVM.

2. 1. 1 Missbruksvården under 1980-talet

1980-talet innebar flera stora förändringar för missbruksvården, både ekonomiskt, professionellt och policy- och lagstiftningsmässigt. Bland annat trädde socialtjänstlagen (SoL) i kraft 1982 och ersatte nykterhetsvårdslagen (NvL). Nykterhetsvårdslagen var direkt föreskrivande till sin karaktär, medan socialtjänstlagens skrivningar beträffande missbruksarbete gav kommunerna större frihet att själva utforma insatserna. I socialtjänstlagen inklude-

ras också narkomanvården, vilken inte reglerades i nykterhetsvårdslagen. Nya målgrupper för socialtjänstens insatser såsom ”högkonsumenter” eller ”problemdrinkare” uppmärksammades också (SOU 2000:38).² Vården av personer med missbruk skulle bedrivas i enlighet med normaliserings- och närhetsprincipen, det vill säga i öppnare former nära den enskildes hemmiljö. Trots fokus på öppenvård tog utvecklingen en annan vändning under 1980-talet och de hittillsvarande formerna för vården konserverades i stället (Riksrevisionsverket, 1993:2).

Under 1980-talet skedde också en decentralisering innefattande flera av de offentliga tjänsterna från stat och landsting till kommunerna. I samband med detta övertog kommunerna även ansvaret för nykterhetsvårdsanstalterna (prop. 1979/80:172). Ansvarsförändringen minskade statens styrning av hur samhällets tjänster inom välfärdssystemet skulle produceras och förvaltas, och i stället för riktade statsbidrag formulerades mer generella mål- och resultatorienterade statsbidrag. Förändringarna påverkade dock missbruksvården i påfallande liten utsträckning. Den mest iögonfallande förändringen innebar att antalet institutioner (”hem för vård och boende”) ökade från 214 till 360 mellan 1983 och 1989. Platserna för frivillig institutionsvård ökade också med nästan 80 procent under samma period (Bergmark & Oscarsson, 1994). Systemet med statsbidrag kom också att främja institutionsplacering och gick därmed stick i stäv med propositionen och förarbetena till socialtjänstlagen där det förespråkades vård under öppnare former (SOU 1992:18). Orsaken till att konstruktionen med statsbidrag tenderade att gynna de gamla vårdformerna var att merparten av bidraget gick till själva institutionerna och endast en mindre del tillföll de kommuner som gjorde placeringarna. 1986 ändrades dock förfarandet så att kommunerna i stället erhöll ett generellt statsbidrag för all missbrukarvård, med befogenhet att själva välja hur detta skulle fördelas (prop. 1984/85:151). Härvidlag fick institutionsvården och öppenvården samma finansiella förutsättningar och kommunerna stimulerades till att arrangera vården i öppnare former (SOU 1994:139). Bidragets storlek baserades dock fortfarande på kommunernas institutionsanvändning (SOU 2000:38).

En uppföljningsstudie av Socialstyrelsen (1989) visar att de förväntade effekterna av statsbidraget uteblev mellan 1986 och 1989. Efterfrågan på institutionsplatser ökade, företrädesvis för personer med tungt missbruk. Den nya konstruktionen med ett generellt statsbidrag verkade därmed ha försämrat villkoren för dem med störst vårdbehov inom missbruksvården.

En annan viktig faktor som påverkade missbruksvården under slutet av 1980-talet var introduktionen i Sverige av den så kallade Minnesotamodellen (Stenius, 1991). Minnesotamodellen har ett välstrukturerat behandlingsinnehåll med behandlingsperioder om cirka fyra till fem veckor på institution. Detta gav en positiv bild av den slutna vården och bidrog dessutom till att kommunerna kunde sänka kostnaden för varje klient och vårdtillfälle utan att byta från institutionsvård till öppenvård.

² ”Högkonsumenter” och ”problemdrinkare” definieras som personer som i större omfattning är socialt integrerade i samhället än de personer som nykterhetsvårdslagen benämnde som ”utslagna” och ”avvikare” (Socialstyrelsen, 1978:4, 1987:5; Reg prop 1979/80:1; Rosenqvist & Stenius, 1986).

Sammanfattningsvis kan konstateras att det under 1980-talet fanns flera bidragande orsaker till en fortsatt användning av slutna vårdformer. Dessutom präglades årtiondet av en relativt god ekonomisk situation med överhettade statsfinanser. I avsaknad av professionella och verkningsfulla ekonomiska styrmekanismer köpte kommunerna i stor utsträckning tjänster för missbruksvård utan hänsyn till prislapp, form eller resultat.

2. 1. 2 Missbruksvården under 1990-talet

Sedan början av 1990-talet har missbruksvården genomgått stora strukturförändringar i samband med den ekonomiska krisen som då slog igenom. Statsbidragen till kommunerna minskade parallellt med växande arbetslöshet, kommunalt skattestopp, vikande skatteunderlag och ökade sociala kostnader för bland annat socialbidrag (SOU 2000:38). 1990-talets kris var den djupaste recessionen i Sverige sedan krisåren under 1930-talet (SOU 2000:3). Kommunerna tvingades till besparingar och omstruktureringar, och mot bakgrund av detta skedde en förskjutning i insatserna från institutionsvården av personer med missbruk till vård i öppnare former – i enlighet med de politisk-ideologiska intentionerna under 1980-talet. För att verka enligt en ”kostnadseffektiv” modell beställde eller upphandlade kommunerna missbruksvård av både privata och offentliga producenter, vilket skapade konkurrens mellan olika vårdproducenter. Devisen var ”mera vård för pengarna” (Socialstyrelsen, 1994). Överlag prioriterades dock inte missbruksvården i jämförelse med exempelvis barn- och ungdomsvård (Bergmark, 1995; SOU 2004:3). Många kommuner prioriterade bort delar av verksamheten såsom aktivt uppsökande av narkomaner och missbruksvården framställdes av kritikerna såsom otillräcklig.

1993 reformerades statsbidragssystemet ytterligare en gång. Dessutom inrättades Statens institutionsstyrelse (SiS) som ny central förvaltningsmyndighet för den sociala tvångsvården. SiS disponerade ungefär hälften av statsbidraget för missbruksvården medan kommunerna fick disponera resten utifrån egna överväganden (SOU 1991:98; prop. 1991/92:150). Tanken var att det generella statsbidraget skulle skapa förutsättningar för ett mer effektivt resursutnyttjande, anpassat efter de lokala villkoren samt bidra till utveckling och förnyelse (Svenska Kommunförbundet, 1995). Systemet minskade åter statens inflytande över missbruksvården, men mot slutet av 1990-talet återkom de riktade bidragen avsedda för särskilda ändamål och verksamheter (Riksdagens revisorer, 2003). Andelen riktade bidrag ökade också, trots att den grundläggande principen var att statsbidragen skulle vara generella (prop. 2002/03:1).

Antalet vårdplatser och institutioner inom den frivilliga vården steg först under 1990-talet för att sjunka efter 1994. Även antalet personer med alkoholmissbruk som erhöll frivillig institutionsvård eller vård enligt LVM minskade kraftigt under 1990-talet. En viss dag år 1990 var antalet personer i frivillig institutionsvård cirka 3 800 jämfört med 3 250 stycken 1999,³ och i vård enligt LVM cirka 700 respektive 250. Antalet personer med bland-

³ Mät dagen ändrades 1998 från 31 december till 1 november och definitionen av vuxna från 18 år och äldre till 21 år och äldre, vilket inte gör siffrorna helt jämförbara.

eller narkotikamissbruk var konstant eller möjligtvis något ökande mot slutet.

2. 1. 3 Missbruksvården under 2000-talet

Under de första åren av det nya millenniet förbättrades kommunernas ekonomi (Svenska Kommunförbundet, 2003), men efter 2002 försämrades situationen åter och cirka 70 procent av kommunerna hade ett budgetunderskott 2003 (SOU 2004:3). Svenska Kommunförbundet (a.a.) förordade då att kommunerna skulle sänka ambitionsnivån gällande flera områden inom verksamheten. Vid tillsynen av kommunernas sociala verksamheter som länsstyrelserna genomförde 2004 konstaterades att de ekonomiska ramarna för socialtjänstens verksamhet var krympande samt att det fattades personal inom vissa områden. Bedömningen var att detta kunde leda till att människor som efterfrågade socialtjänstens hjälp inte skulle kunna få sina behov tillgodosedda. I budgetpropositionen för 2004 redovisade dock regeringen en annan bedömning av den ekonomiska utvecklingen i kommunerna (prop 2003/04:1, bilaga 2). Under andra hälften av innevarande decennium har kommunerna drabbats hårt av finanskrisen. Under slutet av sommaren 2009 presenterade SCB statistik som visade att 255 av kommunernas ekonomichefer räknade med minusresultat under året. Detta påverkar naturligtvis också det sociala verksamhetsområdet negativt. Bland annat tros sysselsättningen minska också fortsättningsvis, vilket på sikt har visat sig leda till fler bidragstagare och fler personer med psykisk ohälsa och begynnande eller utvecklade missbruksproblem (SKL, 2009).

Under åren 2003 till 2007 ökade kommunernas kostnader för insatser för vuxna missbrukare med cirka 15 procent. Det var framför allt kostnaderna för insatser i öppenvård som ökade, medan de för institutionsvård endast ökade marginellt. Också sett till antalet insatser ökade de öppna med närmare 20 procent, från 23 357 år 2003 till 27 935 år 2008, speciellt märkbart mellan 2007 och 2008, medan antalet vård dygn i frivillig institutionsvård sjönk med 14 procent mellan 2003 och 2007 för att åter öka markant 2008. Om vi ser till tvångsvården ökade såväl det totala antalet personer som skrevs ut från LVM-vård som det genomsnittliga antalet vård dygn mellan 2003 och 2008; antalet personer ökade med drygt 23 procent från 877 till 1 081 och antalet vård dygn från knappt 130 till drygt 140. Gemensamt för statistiken är att när det gäller frivilliga insatser skedde en markant ökning mellan 2007 och 2008 och för tvångsvården har de ökat sedan 2006.

Kännetecknande för missbruksvården under det första decenniet av 2000-talet har varit dels Socialstyrelsens arbete med att formulera riktlinjer för missbruks- och beroendevården med syfte att förbättra insatsernas kvalitet och öka förutsägbarheten i tillsynen (Socialstyrelsen 2007), dels genomförandet av flera större statliga satsningar inom området såsom "Ett kontrakt för livet", "Vårdkedjeprojektet" och "vårdöverenskommelsen". Till detta kan läggas att läkemedelsassisterad behandling vid såväl alkohol- som opi-atmissbruk har ökat och i dag utgör etablerade vårdalternativ, men där avsaknaden av läkare med forskrivningsrätt i vissa regioner begränsar användningen av det senare.

”Ett kontrakt för livet” innebar en treårig satsning 2005–2007 för att förstärka missbrukarvården. Främst riktade sig satsningen som omfattade cirka 820 miljoner kronor till LVM-vården, men cirka 350 miljoner kronor avsattes till att utveckla innehållet i vården i övrigt. Dessa riktade medel har senare kommit att benämnas som ”vårdöverenskommelsen”. ”Vårdkedjeprojektet” som pågick 2004 till 2006 hade sin bakgrund i LVM-utredningen (SOU 2004:3) och syftade till att förbättra vården av vuxna personer som tvångsvårdas enligt LVM. Denna satsning innebar att Statens institutionsstyrelse, på uppdrag av Socialdepartementet, skulle utforma en modell för att stärka vårdkedjan för personer med missbruk. Projektet syftade till ökad vårdkvalitet samt bättre eftervård och samverkan mellan vårdgivare (Fäldt m.fl., 2007).

2. 1. 4 Missbruk och missbruksvården i ett nordiskt perspektiv

Alkoholen är ett stort folkhälsoproblem i flertalet europeiska länder (Social- och hälsovårdsministeriet, 2002:18) och det pågår med varierande intensitet en diskussion inom Europa och EU om drogpolitik och missbruksvård. Nedan följer en kort översikt av situationen i några av de nordiska länderna.

Till skillnad från övriga nordiska länder har alkoholpolitiken i Danmark aldrig varit central i den politiska eller offentliga debatten (Elmeland & Villumsen, 2007). Tvärtom är dansk alkoholpolitik internationellt känd som liberal, trots att den sedan mitten av 1990-talet har blivit mer restriktiv. Bland annat har danskarna sänkt sin promillegräns för att få framföra motordrivet fordon (från 0,8 till 0,5 promille) och höjt gränsen för att få köpa alkohol från butik (från 15 år till 16 år) (a.a.).

I Danmark anses inte ett narkotikafritt samhälle som ett realistiskt mål, utan i stället inriktas insatserna på att begränsa spridningen av narkotika samt minska de skador som följer av missbruket (Olsson & Stymne, 1997). Parallellt med detta arbetar Danmark också utifrån att insatserna mot missbruk inte ska skada mer än de gagnar, varken samhället eller personen som missbrukar.

Fram till 1996 hade kommun och landsting (landsting benämns amtskommun i Danmark) gemensamt ansvar för behandlingen av personer med drogmissbruk, men senare övergick det helt till landstingen. 2003 ändrades lagen om social service i Danmark, vilket bland annat innebar en garanti för social behandling av personer som missbrukar narkotika. För personer med alkoholmissbruk infördes motsvarande garanti 2005. Lagen betyder att landstingen är skyldiga att erbjuda en social behandlingsinsats, vilken ska inledas inom fjorton dagar från det att individen har begärt behandling hos kommunen. Systemet tillåter den enskilde att i princip kunna välja fritt var i Danmark som hon eller han vill genomgå behandlingen.

I internationella sammanhang är narkotikaproblematiken i Norge förhållandevis liten. Andra europeiska länder och USA har en högre andel personer med drogmissbruk och också fler som experimenterar med narkotika. En möjlig orsak till Norges relativt små narkotikaproblem kan vara att invånarna också har en lägre förbrukning av alkohol jämfört med andra länder i Europa. Dessutom är användningen av beroendeframkallande läkemedel också låg (Skretting, 1997). Forskningsresultat visar dock en ökad tendens

bland ungdomar att bruka cannabis och amfetamin samt att narkotika har blivit allt mer tillgängligt i samhället.

Norge har en restriktiv narkotikapolitik samtidigt som debatten har ökat under senare år genom att nya aktörer har trätt in på arenan. Diskussionen har främst knutit an till tvång i behandling, behandling med metadon, liberalisering av narkotikapolitiken samt avkriminalisering av innehav av narkotika för eget bruk (a.a.). 1993 lagstodgades behandlingen av personer med alkohol- och/eller drogmissbruk i den norska motsvarigheten till socialtjänstlagen. Staten fick då den övergripande tillsynen av behandling, vilken bedrevs av landstingen medan kommunerna beredde den sociala servicen och omsorgen (Stenius & Edman, 2007). Därtill har det växt upp ett flertal privata institutioner som bedriver behandling utanför det legala statliga systemet. Till synes har kopplingen mellan somatisk och psykiatrisk vård och missbruksbehandling varit tätare i Norge än i övriga nordiska länder som exempelvis Sverige och Finland.

2004 förflyttades ansvaret för all behandling av personer med substansmissbruk till staten och de statligt ägda hälsoföretagen som upprättades för detta syfte 2002. Reformen innebar att läkarna nu kunde remittera en person med missbruksproblematik till specialiserade behandlingsinstitutioner (Skretting, 2007). Wigzell skriver i betänkandet till utredningen om en vårdöverenskommelse att hon finner den norska modellen mycket intressant, då man organisatoriskt har försökt lösa problem som rör samverkan och samarbete mellan sjukvården och socialtjänsten (SOU 2005:82). I likhet med Sverige har svårigheterna med samverkan varit ett hinder för att bedriva effektiv missbruksvård.

Under 1990-talets början visade insamlade uppgifter i Finland att missbruket av cannabis ökade, och denna utveckling fortsatte under hela decenniet i än mer ökad omfattning. Siffrorna är dock lägre än i både Sverige och Danmark. Till sin karaktär har den finska narkotikapolitiken varit genuint kriminalpolitisk. Behandling och vårdbehov har fått stå åt sidan till förmån för förebyggande av narkotikamissbruk samt kriminalisering av hantering av narkotika (Hakkarainen, 1997). Finland har de senaste tio åren uppmärksammat narkotikaproblematiken i högre utsträckning än tidigare, vilket torde ha sin bakgrund i att problemet kan sägas ha fått definitivt fäste i landet under samma period. På central nivå ansvarar Social- och hälsovårdsministeriet för att bedriva narkotikapolitiken, medan kommunerna i likhet med Sverige har vårdkostnadsansvar för missbruksvården.

Alla de nordiska länderna har genomgått relativt stora förändringar inom missbruksområdet de senaste 10–15 åren. Den främsta orsaken till detta är troligen det ökade missbruket av såväl alkohol som narkotika, samt medföljande samhälleliga skador och ökad dödlighet. För att kunna bemöta narkotikabrukets omfattning och nya positionering i samhället har myndigheter och andra narkotikapolitiska aktörer tvingats söka nya vägar. Förändringen kan betraktas som ett trendbrott, dock inte endast ur ett nordiskt perspektiv utan också internationellt. Flera europeiska länder har kunnat påvisa ökat narkotikamissbruk, särskilt bland den yngre befolkningen (Hakkarainen, 2001).

Generellt har de nordiska länderna en restriktiv narkotikapolitik, där kontrollåtgärder balanseras med förebyggande insatser och behandling. Narko-

tikalagstiftningen har endast genomgått smärre förändringar, som till exempel att nya droger har gjorts illegala. Den mest framträdande utvecklingen har skett inom behandlingsfältet, där i princip alla de nordiska länderna (Island inte inräknat) har omorganiserat eller ökat satsningarna. Därtill har skadereduktion blivit ett mer centralt begrepp och diverse åtgärder har initierats för att förebygga smitta och förbättra det allmänna hälsotillståndet bland dem som inte kan eller inte är motiverade att sluta missbruka.

I Danmark, Norge och Finland har användandet av metadon i behandling länge varit omdiskuterat och etablerandet av metadon som en av flera behandlingsinsatser kan ses som en symbol för de senaste årens reform inom narkomanvården i dessa länder. I Sverige, som sedan en längre tid tillbaka har brukat metadon i behandlingen av personer med opiatmissbruk och under senare år också preparat som Subutex och Suboxone, har någon motsvarande radikal förändring inte skett inom behandlingsfältet. Sverige har också negligerat de andra ländernas åsikter gällande skadereduktion, och tvärtemot övriga Norden inte arbetat aktivt för att förmedla rena sprutor till injektionsmissbrukare. Sedan 2006 kan dock landsting, efter att beviljats tillstånd från Socialstyrelsen, inrätta en verksamhet som innebär att personer med intravenöst missbruk under vissa förutsättningar kan få byta använda sprutor och kanyler mot rena (SFS nr 2006:323).

Gemensamt för de nordiska länderna är att koordineringsansvaret inom missbruksområdet främst finns hos staten, medan själva insatserna sker på det lokala planet. Det tredelade huvudmannaskapet verkar skapa vissa samverkansproblem i både Sverige, Norge, Danmark och Finland, men lösningarna skiljer sig åt – allt från Norges organisatoriska samarbetsmodell mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården till Sveriges vårdöverenskommelse mellan staten och kommunerna.

2. 2 Vårdöverenskommelsens bakgrund

Mot bakgrund av en ökning av det tunga missbruket under 1990-talet samt unga människors ökade erfarenheter av att pröva narkotika tillkallade regeringen 2004 en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag till en vårdöverenskommelse mellan kommunerna och staten. Uppdraget innebar mer specifikt att utredaren i nära samråd med Svenska Kommunförbundet och representanter från de enskilda kommunerna skulle föreslå en modell för fördelningen av det riktade statsbidraget till kommunerna. Olika intressenter inom missbruksområdet, bland annat myndigheter, organisationer och enskilda, har i allt större utsträckning påvisat att människor med omfattande missbruksproblematik inte får nödvändig hjälp i sådan omfattning att de kan leva ett drägligt liv. Härvidlag har det visat sig vara särskilt svårt för personer med så kallad samsjuklighet, det vill säga med både missbruksproblem och psykiska problem, att få stöd och behandling.

I direktiven (Dir 2004:164) formulerade regeringen vissa riktlinjer som utgångspunkt för uppdraget. En punkt var att kommunernas åtagande tydligt skulle framgå, vilket avser en statlig styrning av missbruksvården som sträcker sig längre än lagstiftningen. Vidare står det angivet i direktiven att förslaget ska utgå från befintlig kunskap om effektiva behandlingsmetoder, diagnosinstrument och bedömning av vårdbehov, och att andra centrala

kunskapskällor är expertunderlagen inom ramen för Socialstyrelsens pågående arbete med att ta fram riktlinjer för missbruksvården.

Den särskilda utredaren, Kerstin Wigzell, kommenterar i sitt betänkande (SOU 2005:82) direktiven om styrning som en möjlighet för staten att påverka kommunernas arbete på en övergripande nivå, och att överenskommelsen mellan staten och kommunerna ska kunna innebära en utveckling av relevanta delar av vårdkedjan.

Wigzell anser vidare att det i direktiven använda uttrycket ”vårdkedja” bör ersättas med ”vårdprocess” som bättre speglar ett komplex samspel mellan behov, insats och behandlare. Hon anger också tre grundförutsättningar för en framgångsrik vårdprocess, utifrån vilka hon delvis baserar vårdöverenskommelsen. Den första av dessa rör personkontinuitet, vilket i betänkandet definieras som ”en långvarig kontakt mellan den enskilde och en särskilt ansvarig behandlare/stödperson – kanske en av de viktigaste enskilda framgångsfaktorerna för ett framgångsrikt resultat” (a.a., s. 17). Den andra grundförutsättningen är att varje individ med missbruksproblematik måste betraktas som unik med individuella förutsättningar, vilket innebär att en flexibel planering samt mångfald i insatserna är en essentiell del av hanteringen. För det tredje, slutligen, betonas även att olika insatser, exempelvis för missbruk och psykiatriska problem, bör ske samtidigt och integrerat, och att i nuläget följer snarare dessa insatser varandra i turordning.

Grundförutsättningarna är vidare nära förknippade med förslagets syfte ”att utveckla missbrukarvården och skapa bättre förutsättningar för fler kvalificerade och långsiktiga insatser” (Dir 2004:164). Denna målsättning kopplar utredaren samman med att finna sätt att med fokus på den enskilde göra individuella bedömningar och ge hjälp, samverka, öka tillgängligheten och utveckla kunskap och kompetens – snarare än att lämna förslag på metoder och vårdformer till kommunerna. Förslaget till vårdöverenskommelsen har sin utgångspunkt i att rehabiliteringen av personer med tung missbruksproblematik är ett långsiktigt arbete där individens behov och förutsättningar är centrala. Wigzell påpekar också att målet med behandling för missbruk måste vara individuellt, då det inte är rimligt att förvänta sig att total nykterhet och/eller drogfrihet ska gälla alla. I stället kan målsättningen vara förbättrad livskvalitet, vilken kan ta sig uttryck i längre nyktra och/eller drogfria perioder, sysselsättning, boende med stöd och omvårdnad eller eget boende med boendestöd och tillgång till psykiatrisk öppenvård eller beroendevård.

Förslaget till vårdöverenskommelse får enligt direktiven inte innebära en förändring av kommunernas yttersta ansvar för missbruksvården, och inte heller innebära några ökade kostnader för den offentliga sektorn (Dir 2004:164). Wigzell menar här att även om kommunen har det yttersta ansvaret (SoL 2:2) måste överenskommelsen omfatta även stat och landsting för att lyckas med att förbättra missbruksvården – i annat fall riskerar syftet gå förlorat. Wigzell säger också att genomförandet av de förbättringar som efterfrågas troligen kommer att öka samhällets totala kostnader för missbruksvården – åtminstone inledningsvis.

2. 3 Genomförandet av utredningen av vårdöverenskommelsen

Under utredningen har det genomförts tre hearingar med diverse berörda parter för att uppmärksamma vilka behov de ansåg vara viktiga att ta i beaktande. I den första hearingen deltog representanter från följande brukar- och frivilligorganisationer: Länkarna, Rainbow, arbetskooperativet Basta, Kriminellas Revansch i Samhället (KRIS), Stadsmissionen, Föräldraföreningen Mot Narkotika (FMN), Hela Människan/RIA, FAMNA/LP-stiftelsen och Frälsningsarmén. Dessa organisationer förde sammanfattningsvis fram bland annat följande vägledande kommentarer:

- Personer med tungt missbruk kan inte endast definieras i medicinska termer av missbruk eller beroende utan missbruket ska även ha föranlett social exkludering och utsatthet.
- De viktigaste komponenterna i en bra missbruksvård är *tillgänglighet* – det måste gå snabbt att få vård då motivationen kan vara snabbt övergående; *flexibilitet och valmöjlighet* – den enskilde är unik vilket kräver mångfald i utbudet av vård; och slutligen *långsiktighet* – långvarigt missbruk ställer krav på en långvarig rehabilitering som också kan inkludera återfall.
- Brukar- och frivilligorganisationerna vill främst utgöra ett komplement till socialtjänsten i avseenden som tillgänglighet, flexibilitet samt kamratstöd i eftervård och rehabilitering.

Den andra hearingen var med verksamhetsansvariga och företrädare för stat, kommun och landsting samt representanter för tillsynen och forskningen inom området. Dessa framförde följande kommentarer:

- De personer med tungt missbruk som bör prioriteras är företrädesvis de med alkohol- och/eller drogberoende som har ett särskilt riskfyllt missbruk och i kombination med andra problem såsom hemlöshet, somatiska hälsoproblem, kriminalitet, prostitution, psykiatriska problem med flera.
- Statsbidrag bör användas till metodiska och långsiktiga syften.
- Det framstår som särskilt viktigt att skapa en nationell struktur för systematisk kunskap. Detta ska ske med hjälp av ett planerings-, dokumentations- och utvärderingssystem som till exempel ASI eller DOK och med ett nationellt organ, vilket det finns behov av, som ska ansvara för progressionen och den långsiktiga skötseln av instrumenten.
- Strukturerade behandlingsinsatser som fokuserar direkt på missbruket har visat god evidens, medan ospecifikt stöd inte har uppvisat några positiva effekter.
- Utöver missbruk måste det också tas hänsyn till personens livssituation i övrigt, exempelvis, somatisk och psykisk hälsa, boende, försörjning, familj, nätverk etcetera.
- Långsiktighet och uthållighet bör vara ledorden då det gäller insatserna. Eftervård är nödvändigt och den bör präglas av en tydlig strävan efter

drogfrihet, den måste få ta tid och det måste finnas möjlighet att hantera återfall.

- Den enskilde måste bedömas individuellt, vilket kräver ett stort behandlingsutbud och många rehabiliteringsalternativ.
- Missbruksvårdens organisation, personalens utbildning och kompetens samt kommunernas, statens och landstingens samverkan är betydelsefulla framgångsfaktorer.
- Kvinnor med tungt missbruk, speciellt gravida kvinnor, kvinnor med barn och kvinnor som prostituerar sig, måste få tillgång till könssegregerad behandling, åtminstone i akuta skeden.

Vid tredje och sista hearingen deltog länsstyrelsernas socialdirektörer. Länsstyrelserna har ansvaret för den regionala tillsynen av kommunernas verksamheter (SoL 13:2). De synpunkter som framfördes vid denna hearing var bland annat att socialdirektörerna önskade en större nationell likformighet i kommunernas prioriteringar och utbud. För att uppnå detta efterlyser socialdirektörerna ”en mer övergripande och tydlig politisk styrning av missbrukarvården” (SOU 2005:82, s. 20). För att främja den efterfrågade utvecklingen menar man att det krävs långsiktiga strategier och bättre koordinering av riktade stats- och stimulansbidrag inom missbruksvården.

2. 4 Vårdöverenskommelsens innehåll – stödja utvecklingen av vården för personer med tungt missbruk

Vårdöverenskommelsen är enligt direktiven (Dir 2004:164) tänkt som ett avtal mellan staten och kommunerna, vilket syftar till att utveckla missbruksvården och skapa fördelaktigare premisser för ytterligare kvalificerade och långsiktiga insatser. I betänkandet av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbruksvården ger Wigzell (SOU 2005:82) förslag till utvecklingsinsatser inom tre angelägna områden. Förslagen ligger i linje med innehållet i Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer och riktlinjer för missbruksvård och kom även att utgöra tre av de fyra områden inom vilka kommunerna kunde söka stimulansmedel (se punkterna 1–4 nedan). Det fjärde området diskuteras inte i betänkandet av utredningen utan tillkom i regeringsbeslutet: ”Utöver de områden som är utvecklade i betänkandet får stöd också lämnas till andra insatser om de bedöms kunna bidra till att stärka vårdkedja för personer med tungt missbruk” (regeringsbeslut 8, 2006-01-12, dnr S2006/962). De fyra områdena kom att bli:

- specialiserad och integrerad missbrukarvård
- behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser
- individuella vårdplaner för att sätta individen i centrum
- andra insatser som bidrar till en stärkt vårdkedja för personer med tungt missbruk.

2. 4. 1 Specialiserad och integrerad missbrukarvård

Personer med tungt missbruk, många gånger i förening med psykiatrisk och/eller medicinsk problematik, har ofta svårigheter i kontakten med missbruksvården samt andra verksamheter eller myndigheter som är relevanta för deras problematik och rehabilitering. Wigzell (SOU 2005:82) illustrerar omfattningen av problemet genom att konstatera att en person med tungt missbruk vanligen behöver kontakt med cirka 15–20 professionella, vilka företräder olika synsätt på behandling, vård- och omsorgsbehov, budgetar och tidsperspektiv och som har svårigheter att ha ett helhetsperspektiv. Under dessa förhållanden hänvisas personer med tungt missbruk runt i vårdsystemet.

För att komma tillrätta med det ovan beskrivna problemet rekommenderar Wigzell tydligare kommunala organisationer, med en ingång i socialtjänsten. För att undvika att försämra tillgängligheten för den enskilde och även för samverkanspartner som kan ha svårt att orientera sig i den kommunala organisationen, ska kommuner genom stimulansmedlen stödjas i arbetet mot en tydlig, funktionell struktur. Specialiserade verksamheter betyder enligt Socialstyrelsen (2003) vinster i företrädesvis professionellt avseende, men likaledes ger det anseende till överblick och planering. 40 procent av kommunerna med färre än 40 000 invånare saknade år 2005 specialiserade missbruksenheter, liksom en tredjedel av landstingen. Dessa brister uppmärksammades även vid den tidigare nämnda hearing med forskare och verksamhetsansvariga, vilka starkt rekommenderade förbättringar på området.

Vidare anser Wigzell att kommunens missbruksvård och landstingets beroendevård och psykiatri borde integreras med bibehållna huvudmannaskap. Ett sådant förfarande skulle centralisera den enskildes behov samt effektivisera användningen av samhällets resurser. I betänkandet föreslås att kommunens missbruksvård och landstingets beroendevård organiseras tillsammans *eller* att kommunens missbruksvård och lokala psykiatri eller primärvård organiserar en enhet tillsammans. Det primära är dock att enheten förfogar över den kompetens och andra förutsättningar som är relevant för vården av personer med tungt missbruk. Det är önskvärt att integrerade verksamheter av det här slaget erbjuder öppen mottagning för psykosocial behandlingsmotivation och medicinsk vård, gör sociala såväl som medicinska utredningar och bedömningar, utvecklar och bedriver avgiftning i öppen vård samt erbjuder stödjande inslag vid återfall.

Samarbetet mellan kommun och landsting ska regleras av lokala avtal, där varje huvudman svarar för sina egna kostnader och parterna avtalar om gemensamma utgifter. Den integrerade enheten leds lämpligen gemensamt (KSL & HSN, 1998). Sammanfattningsvis har kommunerna kunnat söka stimulansmedel för följande inom området specialiserad och integrerad missbruksvård: införande av en specialiserad missbruksenhet, organisering eller införande av en gemensam samlad missbruksenhet med andra kommuner, samt införande av en lokal öppenvårdsmottagning där kommunens missbruksvård och landstingets specialiserade beroendevård eller psykiatri arbetar integrerat med särskild inriktning på personer med tungt missbruk.

Statsbidraget är tänkt att användas till att täcka kostnaderna i en kommun eller i flera samverkande kommuner för att få till stånd en specialisering av

vården av personer med missbruk. Statsbidraget ska också motsvara kostnaderna för åtgärder med ändamål att identifiera och reglera förutsättningar och former för samverkan kring arbetet med personer med tungt missbruk. Exempel på olika ändamål är kommun- och landstingsgemensam utbildning för att huvudmännen skall kunna fullfölja sina uppdrag. Ytterligare ändamål som medlen ska användas till är bland annat kompetens-, och metodutveckling. Vidare är det tänkt att engångskostnader i anknytning till omvandlingen till en integrerad mottagning ska uppfyllas av statsbidraget.

2. 4. 2 Behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser

Vid de tidigare nämnda hearingarna som genomfördes inom ramen för vårdöverenskommelsen (SOU 2005:82) framkom från såväl brukarrepresentanter som forskare och övriga berörda att socialtjänstens tid och möjligheter att ta emot en hjälpsökande med tungt missbruk kan vara avgörande för framtida kontakt och behandlingspotential. Motivation betraktas som flyktig och kräver uppmärksamhet och stimulans. Wigzell (a.a.) betonar därför vikten av skyndsamhet i vägen fram till den första kontakten. Övriga viktiga faktorer är öppenhet och tillgänglighet som kan främja förtroendet parterna emellan och möjliggöra framgång i vårdprocessen. Noteras kan att det i både Danmark och Norge finns lagstiftning som slår fast att personer med tungt missbruk har rätt till utredning och/eller vård inom en tidsbestämd period (se vidare avsnittet 2. 1. 4 Vården av personer med tungt missbruk i övriga Europa).

I betänkandet av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbruksvården föreslår Wigzell (a.a.) att kommuner ska kunna få statsbidrag för att implementera behandlingsgarantier för personer med tungt missbruk och omsätta dessa i praktiken. De garantier Wigzell avser rör längsta väntetid som klienten får, dels till att ett första samtal eller möte med vården kommer till stånd, dels till att en individuell vårdplan upprättas. I betänkandet anges också riktmärken för sådan väntetid: 2–3 dagar till ett första samtal och cirka 4 veckor till dess att en individuell vårdplan har upprättats. Mer preciserat innebär förslaget att statsbidraget ska kunna ges till kommuner för att de ska införa lokala behandlingsgarantier, vilkas innehåll kan variera utifrån regionala förutsättningar. Det framkommer också i betänkandet att det finns vissa begränsningar med en kommunal behandlingsgaranti, såsom att insatserna endast omfattar kommunal verksamhet. Som tidigare konstaterats förutsätter en framgångsrik missbruksvård integrerade insatser från huvudmännen, och Wigzell (a.a.) menar att införandet av behandlingsgarantier skulle underlättas om socialtjänsten och hälso- och sjukvården är samordnade i enlighet med vårdöverenskommelsens förslag.

Under det mer övergripande området behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser beskrivs det i SOU 2005:82 mer specifiserat att statsbidraget ska kunna användas till engångskostnader för eventuella utbildningsinsatser som krävs i anknytning till införandet av behandlingsgarantier; detsamma gäller för organisatoriska och metodologiska anpassningar. Likaså är statsbidraget avsett för motsvarande omställningar och gemensam kompetensutveckling tillsammans med landstingets beroendevård och

psykiatri för att skapa gynnsammare förutsättningar för införandet av behandlingsgarantin. Slutligen ska statsbidraget kunna utgöra en ekonomisk engångskompensation till kommunen för dels en eventuell ökad tillströmning av klienter, i likhet med vad som skedde i Danmark vid införandet av vårdgaranti (se avsnittet 2. 1. 4 Missbruk och missbruksvård i ett nordiskt perspektiv), dels uppsökande arbete och erbjudande om kontakt, samtal samt individuella vårdplaner till personer med tungt missbruk som inte söker på eget initiativ. I avsnitt 2.4.2.1 nedan beskrivs intentionerna med behandlingsgarantin närmare.

2. 4. 3 Individuella vårdplaner för att sätta individen i centrum

I betänkandet (SOU 2005:82) föreslår Wigzell slutligen att kommuner ska kunna få statsbidrag för att ”införa, använda och följa upp individuella vårdplaner för personer med tungt missbruk” (s. 60). Förslaget grundar sig i att för den enskilde individen ska missbruksvården lämpligen kännetecknas av tydlighet i fråga om inflytande, krav och förutsättningar, förutsägbarhet beträffande konsekvenser av handlingar, samt kunskap och objektivitet med avseende på bedömningar av vårdbehov och erbjudande om behandlingsinsatser. För att kunna motsvara detta menar Wigzell att den kommunala missbruksvården måste vara baserad på individuella vårdplaner som har formulerats i samråd med den enskilde och som också har integrerats med andra huvudmän.

Socialtjänsten och den enskilde ansvarar tillsammans för vårdplanen som bör ge övergripande, långsiktiga direktiv för mål, innehåll och förutsättningar för vårdprocessen och eftervården. I betänkandet finns också tydliga riktlinjer för vad utredaren anser att en individuell vårdplan bör innehålla. Inledningsvis bör den omfatta en kartläggning som bygger på en strukturerad intervju med klienten. Kartläggningen ska innehålla relevanta områden som till exempel familjesituation, barn, umgänge, bostadsförhållanden, utbildning, arbete, fysisk och psykisk hälsa, ekonomi, missbruk (drogtyp, beroendediagnoser och mönster av riskbruk), kriminalitet samt eventuell tidigare behandling mot missbruk och resultat och erfarenheter av dessa. Facit av kartläggningen ska sedan användas för utredning och kvalificerad vårdbedömning. Vidare ska vårdplanen ange hur olika insatser ska genomföras och följas upp, vem som ansvarar för vad, när insatsen ska ges och vad den ska resultera i på kort och lång sikt, den enskildes ålägganden samt uppföljning. Alla dessa faktorer ska ha sin grund i den enskildes sociala situation och resurser, eventuella psykiska och fysiska sjukdomar eller funktionsnedsättningar, missbrukets svårighetsgrad samt personens motivation och behov av struktur. Wigzell betonar att en vårdplan inte ska förväxlas med en behandlingsplan. En behandlingsplan är mer flexibel för att beakta de svårigheter som är förknippade med processen och även mer konkret och utförlig än en individuell vårdplan. En behandlingsplan är också kortsiktig och avgränsad till själva behandlingsinsatsen.

För att tillämpa individuella vårdplaner för personer med tungt missbruk anges i betänkandet att detta med största sannolikhet är beroende av ett utprovat instrument (till exempel ASI eller DOK) för systematisk bedömning av uppgifter som inhämtas i samband med klientärenden. Intentionen med

användningen av denna typ av instrument är att försöka skapa så goda förutsättningar som möjligt för vård och behandling för individen, men också att möjliggöra sammanställning av uppgifter. Dessa kan i sin tur leda till en utveckling av den nationella statistiken och forskningen på missbruksområdet.

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen, 2007a) framgår ytterligare fördelar med dokumentation, såsom att kunna följa effekterna av insatserna för enskilda klienter som är aktuella inom socialtjänsten och/eller hälso- och sjukvården, och att socialtjänsten ska kunna konstruera en bank av dokumenterad kunskap som kan förmedlas inom eller mellan olika grupper av yrkesverksamma. Enligt uppgift finns det för närvarande två system som uppfyller de svenska kraven när det gäller kvalitet och vetenskaplig legitimitet. Dessa är Addiction Severity Index (ASI) och Dokumentation och utvärdering inom missbrukarvården (DOK). Utöver dessa förekommer Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) som en ungdomsversion av ASI, och Monitoring Area and Phase System (MAPS) som kan användas som ett komplement till ASI och EuroADAD. Dock framgår att det ännu inte har genomförts något fullständig ”kvalitetstestning” av MAPS (a.a., s. 90). Utöver de nämnda instrumenten tillkommer flera andra instrument som används ute i kommunerna, till exempel AUDIT och DUDIT.

Redan innan Wigzell la fram förslaget om att kommunerna ska kunna få statliga medel för individuella vårdplaner förekom lagstöd för att socialtjänsten ska tillämpa en vårdplanering som påminner om den ovan nämnda. I socialtjänstlagen står det att socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen (3 kap, 1 §) och att socialnämndens insatser för den enskilde ska sammanställas och utföras i samråd med denne (3 kap, 5 §). Vidare står det att insatserna från socialtjänsten ska vara av god kvalitet och utföras av personal med relevant utbildning och erfarenhet samt att kvaliteten i verksamheten systematiskt och kontinuerligt ska utvecklas och säkras (3 kap, 3 §⁴). Socialnämnden ska också utan dröjsmål inleda en utredning av vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Det som har framkommit vid utredning och som är av betydelse för avgörandet av ärendet ska tillvaratas på ett betryggande sätt (11 kap, 1 §). Wigzell (SOU 2005:82) skriver dock att det i åtskilliga kommuner förekommer stora brister i praktiken när det gäller arbetet med personer med missbruk. Bland annat hänvisas till rapporten ”Social tillsyn 2004. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn” (Socialstyrelsen, 2005) i vilken det konstateras att handläggning och dokumentation verkar vara ett problemområde när det gäller missbruk. Genom bristerna riskerar den enskildes behov av insatser att inte bli tillgodosedda.

Allt som allt har kommunerna kunnat söka statsbidrag för att täcka följande kostnader relaterade till individuella vårdplaner: för utveckling av ett tillvägagångssätt att implementera individuella vårdplaner med stöd av systematiska bedömningsinstrument, inbegripet förankringen av ett programstöd för processen, för utbildning av handläggare och arbetsledare i hur in-

⁴ Paragrafen infördes i socialtjänstlagen i januari 1998 och kallas för kvalitetsparagrafen.

dividuella vårdplaner upprättas utifrån ASI och DOK, samt för analys och uppföljning av de uppgifter om personer med tungt missbruk, enskilda och i grupp, som den strukturerade dokumentationen genererar.

I samband med förslaget lyfter Wigzell fram Socialstyrelsens riktlinjer och kvalitetsindikatorer för missbruksvård,⁵ vilka hon då trodde skulle komma att vara kommunerna till hjälp för att utveckla missbrukarvården. Implementeringen av riktlinjerna skulle kunna betraktas som ett hjälpmedel för kommunerna i utvecklingen av de individuella vårdplanerna.

2. 5 Vårdöverenskommelsens implementering

2. 5. 1 Fördelningen av medel till alkohol- och narkotikaförebyggande åtgärder inom ungdoms- och missbruksvård (STUV)

Betänkandet av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbruksvården publicerades 2005-10-01, och ett regeringsbeslutet om implementeringen av vårdöverenskommelsen togs i januari 2006 (Regeringen 2006) för att ”stödja utvecklingen av vården av personer med ett tungt missbruk”. En smärre förändring gjordes sedan 2006-02-16, men denna rörde endast rättelse av två belopp. Enligt det aktuella regeringsbeslutet fick länsstyrelserna uppdraget att fördela de aktuella medlen till kommunerna.

Enligt ett regeringsuppdrag har Socialstyrelsen som uppgift att följa och redovisa fördelningen av medel till alkohol- och narkotikaförebyggande åtgärder inom ungdoms- och missbruksvård (STUV). Av denna redovisning framgår hur många kommuner som har erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen men även av andra satsningar på missbruksområdet. STUV har redovisats i två rapporter. För året 2006 fördelades 90 miljoner kronor till landets kommuner för att stödja arbetet med att utveckla vård och omsorg för personer med ett tungt missbruk. Totalt fick 165 olika projekt medel om totalt 93 miljoner kronor, vilket innebär att projekten i genomsnitt erhöll 560 000 kronor vardera. Fördelningen av 2007 års projektmedel visar att 242 miljoner kronor fördelades till 277 projekt. Det ger ett högre snitt, drygt 870 000 kronor per projekt, jämfört med de projekt som erhöll medel år 2006. Fördelningen på projekt som tillhör satsningen enligt vårdöverenskommelsen ser ut enligt följande (se tabell 1). För 2006 avsattes 90 miljoner och för 2007 avsattes 250 miljoner. Redan 2005 utbetalades dock 49,1 miljoner från ramanslag 18:1. Dessa medel fördelades till kommunerna av länsstyrelserna i syfte att utveckla en sammanhållen och heltäckande vårdkedja inom missbruksvården i avvaktan på en vårdöverenskommelse mellan staten och kommunerna (regeringsbeslut 10, 2005-03-10, dnr S2005/2197/FH m.fl.). Såsom det är skrivet i regeringsbeslutet (a.a.) tolkar vi det som utvärderare att dessa 49,1 miljoner är åtskilda från vårdöverenskommelsen och således *inte* ingår i denna satsning. En viss begreppsförvirring tycks dock finnas kring hur medlen för 2005 ska kategoriseras. Ibland förekommer nämligen medlen från år 2005 i samma redovisningar som rör fördelningen

⁵ Vid tidpunkten då betänkandet av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbruksvården skrevs fanns inga publicerade riktlinjer eller kvalitetsindikatorer, utan ett faktaunderlag till dessa publicerades först 2006 (SOU 2005:82).

av medlen för vårdöverenskommelsen (så sker till exempel i skrivelse 2007-107-3 och skrivelse 2008-107-2 från Socialstyrelsen samt STUV 2006).

Tabell 1. Fördelade medel enligt vårdöverenskommelsen (i miljoner kr)

	2006	2007	Totalt
Fördelade utvecklingsmedel	90	250	340

I länsstyrelserna redovisning av medlen för vårdöverenskommelsen (STUV-flikarna) går inte urskilja hur stor del av summan en kommun har erhållit för respektive kategori, då varje projekt eller insats kan ingå i flera kategorier (exempelvis för både ”utbildning i bedömningsinstrument” och ”övriga insatser för att stärka vårdkedjan”). Därför finns det inte möjlighet att uttala sig om inom vilka kategorier störst summor har erhållits.

För administrationen av bidragen tillföll 7 miljoner kronor länsstyrelserna. Vidare tillföll 3 miljoner kronor Socialstyrelsen för att bistå länsstyrelserna med kunskapsstöd och nationellt samordna, följa upp och utvärdera satsningen och effekterna av de insatser som blir en följd av medlen.

2. 5. 2 STUV-gruppens arbete

I samband med fördelning och uppföljning av statliga utvecklingsmedel hänvisar handläggare på Socialstyrelsen och på länsstyrelserna ibland till ”STUV-gruppen” – Beredningsgruppen för statliga utvecklingsmedel. Det hänvisas också till den i Socialstyrelsens redogörelser om utvecklingsmedlens användning till regeringen (2007, 2008, 2009). I ett internt arbetsmaterial på Socialstyrelsen (Malmström, 2007) står följande om gruppens tre uppdrag:

- 1) Beredningsgruppen är ett diskussionsforum med utgångspunkt i det uppdrag regeringen gett. Det handlar både om att uttolka uppdraget och precisera det i de anvisningar som länsstyrelserna går ut med till kommunerna.
- 2) Beredningsgruppen utgör ett informationsorgan för berörda myndigheter vad gäller frågor av betydelse för medelsfördelningen. Det är angeläget att de initiativ och förändringar som sker inom berörda myndigheter och som kan få betydelse för medelsfördelningen kommuniceras. Detsamma gäller även särskilda regeringsuppdrag.
- 3) Beredningsgruppen bör också genom en fortlöpande diskussion utveckla och förbättra rapporteringen till regeringen. Den ska vara en informativ redovisning av hur de statliga medlen fördelas.

I samma arbetsmaterial (Malmström, 2007) framgår att STUV-gruppen är ett beredningsorgan som har funnits sedan 1993. Beredningsgruppens huvuduppgift är att följa upp och till regeringen årligen avrapportera de utvecklingsmedel som regeringen beslutar om för ungdoms- och missbruksvården och som länsstyrelserna ska fördela till kommunerna. Utvecklingsmedlens inriktning har varierat med avseende både på inriktning och på

medlens storlek, och Socialstyrelsen har med utgångspunkt från regeringsbeslut lagt fast riktlinjer för hur utvecklingsmedlen ska användas. Enligt dessa riktlinjer ska de lokala behoven och förutsättningarna styra användningen av medlen (vid 1998 års fördelning fastlade beredningsgruppen ett antal rekommendationer för fördelningen).

STUV-gruppen bestod från början av företrädare för Svenska Kommunförbundet (numera SKL), Statens institutionsstyrelse, Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen med den sistnämnda som ordförande. Sedan 2003 har motsvarigheten till dagens SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) av sagt sig vidare deltagande. Under 2008 bestod gruppen av, förutom tre representanter från Socialstyrelsen, representanter för sex länsstyrelser samt en vardera från Statens folkhälsoinstitut (FHI) och Statens institutionsstyrelse (SiS). Representanter från Socialdepartementet deltar vid behov. 2006 och 2007 fanns även Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika representerade i gruppen.

Länsstyrelsernas uppgift har varit att handlägga ansökningar från kommunerna och fördela utvecklingsmedlen. Socialstyrelsens uppgifter har varit uppföljning, utvärdering och analys av effekterna på nationell nivå av hur kommunerna använder utvecklingsmedlen. Länsstyrelsernas arbete med ansökningarna har reviderats och likformats i STUV-gruppen. Länsstyrelsernas erfarenheter av utlysning, utdelning, bedömning m.m. och innehåll i utvecklingsarbeten och projekten har delgivits kollegor emellan genom årliga erfarenhetskonferenser. Beredningsgruppen har kommit att ägna allt större utrymme åt informationsutbyte – om aktiviteter, projekt och uppdrag med koppling till missbruks- och beroendevård av betydelse för fördelningen av medel.

Inom STUV-gruppen har arbetet med medlen inom vårdöverenskommelsen samordnats. Gemensamma anvisningar och blanketter har utarbetats som mallar. Dessa mallar har gällt inbjudningar att söka medel, avtal, krav på innehåll i ansökningar, del- och slutrapporter med mera. Vägledande för arbetet har varit regeringsbrevet och utredningen (Regeringsbeslut 2006; SoU 2005:82). Med regionala avvikelser ser rutinerna ut i enlighet med nedanstående beskrivning (2.5.3).

2. 5. 3 Länsstyrelserna och ansökningsförfarandet

Länsstyrelserna har en förmedlande roll visavi de medel för missbruksvård som betalas ut till kommunerna. När länsstyrelserna får det regeringsbeslut som rör vårdöverenskommelsen gör de inbjudningar till kommunstyrelserna i länet. Regeringsbeslutet som anger inriktningen för de satsningar som görs kommer i allmänhet under årets två första månader. Inbjudan till kommunerna skickas vanligtvis ut under april och maj under det år för vilket pengarna är ämnade. Vissa länsstyrelser går ut med information tidigare på året för att ge mer tid till kommunerna att planera för och genomföra en ansökan om utvecklingsmedel. De brukar dock i sådana fall gardera sig för att regering *kan* komma att besluta på annat sätt rörande de aktuella medlen. Förutom skriftliga inbjudningar informerar länsstyrelserna också om de tillgängliga medlen vid olika typer av träffar där chefer för individ- och familjeomsorgen (eller motsvarande) alternativt socialchefer finns närvarande.

Den innehållsliga strukturen på inbjudningarna ser i allmänhet mycket lika ut i de olika länen eftersom länsstyrelserna i hög utsträckning använder sig av STUV-gruppen framarbetade mallar rörande de medel som tilldelas. Inbjudningarna brukar ha en struktur som ser ut enligt följande:

1. Medlens syfte.
2. Bakgrund.
3. Områden som omfattas och vad som avses.
4. Vilka kostnader kommunen kan få medel till.
5. Närmare anvisningar.
6. Hur handläggningen av ansökan ska ske.
7. Kontakten med länsstyrelsen.
8. Anvisningar för ansökans innehåll.
9. Krav på del- och slutrapporter.
10. Ekonomisk redovisning.

Ett exempel på en av de inbjudningar som länsstyrelserna utformade i samband med vårdöverenskommelsen återfinns i bilaga 1 Inbjudan Länsstyrelsen.

Utvecklingsmedel kunde sökas för ett år i taget under två år. Ansökningarna skulle vara beslutade i socialnämnd eller motsvarande. Det fanns inga krav på medfinansiering från kommunerna när det gällde medel för vårdöverenskommelsen. Stödet var avsett att ges på ett sådant sätt att förändringsarbetet skulle kunna bedrivas inom ordinarie verksamhet. Utbetalningarna av medel är ofta uppdelade och kopplade till krav på kommunerna om olika typer av redovisningar, till exempel uppgift om när projektet startade, delrapporter, slutrapporter och ekonomisk redovisning.

2. 6 Studier av implementering

2. 6. 1 Ett teoretiskt raster

Implementering har studerats på många olika sätt av flera forskare inom skilda discipliner (Matland 1995; Vedung 1998; 2009; Fixsen 2005; Alexanderson 2006; Gullbrandsen 2007, Roselius & Sundell, 2008). Det är inte ovanligt att använda figurerna top-down alternativt bottom-up för att karaktärisera det sätt som implementeringsfrågan vanligtvis studeras på. I många studier kombineras dessutom de båda ansatserna. Top-down-forskningen fokuserar på frågor som rör hur insatser ska utformas för att de ska ha störst chans att implementeras på för ledningen önskat sätt. Bottom-up-perspektivet tenderar att uppmärksamma "irrationella" faktorer i själva implementeringsprocessen.

Bland den första typen av studier återfinns till exempel sådana som uppmärksammar betydelsen av tydligt utformade mål och en tydlig strategi för genomförande av en lyckad implementering. Ett exempel på forskning med top-down-perspektiv är sådan som uppmärksammar organisationers beredskap för förändring (eng. "readiness for change") för att goda resultat ska uppnås. Exempel på forskning med ett mer uttalat bottom-up-perspektiv är sådan som uppmärksammar i vilken mån och i vilken grad till exempel de

anställda som är en del av en policykedja har en egen handlingsfrihet och hur denna formas i och formar det vardagliga arbete som implementeringsinsatserna var avsedda att påverka (jfr. Lipsky, 1980; Hazenfeldt 1983; Alexanderson, 2006). Bottom-up-forskningen studerar inte sällan förhållanden under själva implementeringen som kan störa eller hindra respektive främja genomförandet. I denna typ av forskning är det inte ovanligt att sådana förhållanden som användarnas förståelse, förmåga och vilja studeras (se t.ex. Vedung 1998; Alexanderson, 2006), liksom genomtruffande av personliga målsättningar som går stick i stäv med de officiella målen som i större eller mindre utsträckning alltid förekommer i implementeringssammanhang.

Enligt Matland (1995) tenderar top-down- respektive bottom-up-perspektiven att användas vid olika typer av studier. De förra studerar oftast sådana fall i vilka programmet eller policyn är relativt tydlig, medan bottom-up-studier oftast ägnas sådana fall i vilka det finns en stor osäkerhet om innehållet i programmet. Matland (1995) presenterar också en annan modell för att förstå implementeringsprocessen. Han framhåller begreppen mål (goal) och medel (means) som centrala i relation till begreppen tvetydighet (ambiguity) respektive konflikt (conflict) för att belysa implementeringsprocessen. Det kan tolkas så att om målen och medlen är tvetydigt eller tydligt formulerade kan detta försvåra respektive underlätta implementeringsprocessen. Samma sak gäller huruvida det kan sägas råda konsensus eller inte kring angivna mål och kring hur dessa ska nås.

Matlands tankar om mål och medel kan fördjupas med hjälp av Rothsteins (1994, s. 87) distinktion mellan *substantiell* och *processuell* analys. Med dessa båda begrepp avser Rothstein att skilja på analys av de innehållsliga faktorerna respektive de dynamiska aspekterna av en policys genomförande. Enligt Rothstein kan implementering studeras dels utifrån en mer innehållslig eller substantiell dimension som har att göra med "sakfrågor" kring det som ska implementeras (till exempel vad som är problemet och hur detta problem bör åtgärdas), dels utifrån en mer dynamisk eller processuell dimension som har med den konkreta implementeringsprocessen att göra och hur olika aktörer inom olika domäner och i olika skeden av policykedjan agerar vid själva genomförandet av programmet.

Andra (t.ex. Johansson, 2004) utvecklar frågan om osäkerhet (ambiguity) genom att införa de båda dimensionerna vertikal respektive horisontell osäkerhet. Med den vertikala dimensionen avses "de hierarkiska villkoren" (a.a., s. 69), det vill säga vilken kontroll och styrning som de insatser som ska genomföras har, medan den horisontella osäkerheten har att göra med "villkoren för arbetsprocessens operativa genomförande" (a.a., s. 69), alltså hur väl förändringarna kan integreras i de arbetssätt som redan finns i organisationen. Poängen med de båda senare begreppen är att lyckad respektive misslyckad implementering kan förklaras med hur vertikala respektive horisontella strukturer eller processer fungerar.

Ett antal förhållanden återkommer i litteraturen som viktiga för en lyckosam implementering – förhållanden som operationaliseras till frågor vid empiriska studier av implementeringsprocesser (se t.ex. (Matland 1995; Vedung 1998; 2009; Fixsen 2005; Alexanderson 2006; Gullbrandsen 2007; Roselius & Sundell 2008):

- Planering, föreberedelser och förankring av interventionen.
- Utbildning – före och under interventionen och fortsättningsvis.
- Handledning – coachning – stöd före, under och efter implementeringen.
- Administration – tekniskt stöd - dokumentation, ledarskap, resurser, nytta.
- Metodernas eller insatsens tydlighet – relevans.
- Mottagarnas, brukarnas eller klienternas vilja och förståelse.
- Den implementerande organisationen – placering och vidmakthållande.
- Andra samtidiga interventioner i den egna organisationen och närliggande sådana.
- Reformbärare och andra intresseorganisationer.
- Det omgivande samhället – medborgarnas attityder.

Vedung (1998) pekar på användbarheten av programteori och ser den som en del av implementeringsteorin. Implementeringsteori kan användas för att planera en implementering, men också för att utvärdera implementeringen av ett program, en metod eller ett arbetssätt eller en policy. Kortfattat kan sägas att en programteori beskriver hur genomförandet av ett projekt är tänkt att gå till, hur och när olika steg eller interventioner ska genomföras, och vad dessa var och en för sig förväntas leda till på kort och lång sikt i form av resultat och effekter (Vedung, 2009; Alexanderson, 2006, 2008). En programteori kan även bestå av flera delprogram. Utgångspunkten kan vara projektägarens egen projektbeskrivning, men man kan också som utvärderare bidra till en utveckling av projektets programteori i syfte att utveckla kunskapsbasen för det tänkta arbetet. I föreliggande utvärdering kan staten sägas ha en programteori gällande vårdöverenskommelsen, men sedan finns ett antal lokala programteorier som återger hur varje kommun har tänkt sig att arbeta.

I denna studie utgår vi från kommunernas egen beskrivning av hur projektet var tänkt att genomföras. En jämförelse görs i efterhand mellan hur interventionen var tänkt att gå till och hur den faktiskt gick till och med vilket resultat. Lokala resultat jämförs med statens intentioner och statens programteori. Med hjälp av den implementeringsteori som här redovisas har empiriska data samlats in och analyserats. Det betyder att – tvärtemot vad Vedung (1998) föreslår – utgångspunkten är programteori och att implementeringsteoretiska begrepp blir ett redskap för att förstå resultaten (se även Alexanderson, 2008).

2. 6. 2 Tidigare studier

Tidigare utvärderingar som har relevans för frågan om förändringar som följd av tilldelning av statliga utvecklingsmedel kan sägas innefatta tre olika typer implementeringsprojektet. För det första sådana som sker på missbruksområdet specifikt, för det andra sådana som sker på det sociala området i sin helhet, och för det tredje implementeringar på andra områden.

De flesta studier som finns på området är av den karaktären att de inte i första hand berör frågan om de direkta effekterna av avsatta statliga medel, utan snarare diskuterar olika aspekter av implementeringen. Dessutom går det att finna fler studier om man inte begränsar sig till just missbruksområdet utan vidgar perspektivet till att innefatta hela det sociala området. Nedan refereras några studier med relevans för den här aktuella utvärderingen.

2. 6. 2. 1 Implementering av statliga medel på missbruksområdet

Mot bakgrund av det växande hiv- och aids-problemet bland intravenösa missbrukare och inom narkomanvården fördelade Socialstyrelsen under budgetåren 1986/87 till 1991/92 totalt 165 miljoner kronor till kommunerna för att utveckla narkomanvården. Satsningen kom att kallas Offensiv narkomanvård och hade fyra delmål: den öppna narkomanvården skulle nå alla narkotikamissbrukare, alla injektionsmissbrukare skulle hiv-testas, alla missbrukare som socialtjänsten kom i kontakt med skulle erbjudas vård och behandling, och vården skulle resultera i att missbrukarna upphörde med sitt missbruk.

I en sammanfattande bedömning av i vilken utsträckning delmålen uppnåddes (Socialstyrelsen 1993) konstateras att när det gäller det första delmålet, att den öppna narkomanvården ska nå alla narkotikamissbrukare, nådde narkomanvården i kommunerna troligen huvuddelen av injektionsmissbrukande narkomaner och andra personer med tungt missbruk. Det andra delmålet, att alla injektionsmissbrukare ska hiv-testas, bedöms ha uppnåtts i mycket hög eller hög utsträckning. Det tredje delmålet, att alla missbrukare som socialtjänsten kom i kontakt med ska erbjudas vård och behandling, sägs ha lett till en utveckling av resurser, metoder och kompetens när det gäller att motivera missbrukare till vård och behandling, och till att nya missbrukare nåddes eller uppmärksammades. För missbrukare med psykiska störningar saknades dock behandlingshemsplatser, och generellt efterfrågades en efter klienternas behov och förutsättningar mer differentierad öppenvård. Beträffande det sista delmålet, att vården ska resultera i att missbrukarna upphörde med sitt missbruk, konstateras att kommunernas narkomanvård i mycket liten utsträckning kartlade vilka resultat vården gav.

En möjlig tolkning av satsningen Offensiv narkomanvård ur ett implementeringsperspektiv är att satsningen var framgångsrik i så måtto att tre av fyra delmål, inklusive det med tanke på hiv- och aids-problematiken viktiga att alla injektionsmissbrukare skulle hiv-testas, uppnåddes i hög eller relativt stor omfattning. Frågan om det fjärde delmålet, att vården skulle resultera i att missbrukarna upphörde med sitt missbruk, som också kan ses som ett slutmål i sig för de övriga delmålen, kan dock inte besvaras på grund av kommunernas bristande dokumentation som troligen berodde på att de inte hade undersökt saken.

I en delstudie från utvärderingen av det så kallade Vårdkedjeprojektet (se även avsnitt 2. 1. 3 Missbruksvården under 2000-talet, ovan), som syftade till att skapa en individuellt anpassad sammanhållen vårdkedja som inkluderade såväl LVM-vården som efterföljande insatser inom socialtjänsten för klienter i tvångsvård, gör Fäldt och Oscarsson (2007) en programutvärdering av införandet av den tänkta organisationen med tillhörande arbetsmeto-

der. Resultaten pekar på ett antal svårigheter i implementeringen av den tänkta vårdkedjeprocessen. Speciellt tre områden eller faktorer kan lyftas fram. Den utbildning som de anställda skulle få för att genomföra vårdkedjekonceptet genomfördes först när verksamheten hade satt igång och de första klienterna kommit in i projektet, något som hämmade insatsernas genomförande. De som arbetade med det faktiska klientarbetet hade mindre kunskap om projektet och upplevde det inte som lika högprioriterat som de som ansvarade för genomförandet av projektet och som var utbildare i arbetsmetoderna. Tidsbrist, låg bemanning och andra praktiska hinder upplevdes också finnas för genomförandet. Detta gällde främst sådana enheter där personalen hade förhållandevis bristande förkunskaper om projektet och/eller låg utbildning, och där det fanns andra strukturella hinder som till exempel låg bemanning och att det behandlingskoncept och de metoder som användes låg långt ifrån vårdkedjeprosjektets arbetssätt och metoder.

Med användning av Johanssons (2004) begrepp innebär detta att vårdkedjetänkandet hade en låg grad av ”integrering” i den ordinarie verksamheten. De metoder och bedömningsinstrument som inkluderades i vårdkedjeprosjektet användes i varierande grad på de inblandade institutionerna och i kommunerna. Många av de inblandade upplevde att det fanns konkurrens om tid och uppmärksamhet från ett annat snarligt projekt med benämningen ”Ett kontrakt för livet” som staten samtidigt sökte implementera på missbruksområdet. Graden av legitimitet och förankring av det koncept och de metoder som skulle implementeras i Vårdkedjeprosjektet i den egna organisationen och bland omgivande aktörer visade sig också variera. I förhållande till dessa variationer menar sig författarna kunna skönja att i de enheter där implementeringen av Vårdkedjeprosjektet lyckades bäst var den kontextuella osäkerheten för projektet också som lägst. Dessa resultat stämmer också överens med annan forskning som tyder på att i projekt med lyckade resultat av implementering är osäkerheten kring såväl vertikala (som rör styrningen och kontrollen av arbetet) som horisontella (som rör de operativa formerna för arbetets genomförande) aspekter av arbetets genomförande låg (se t.ex. Johansson, 2004).

De slutsatser som författarna drar med anledning av de nämnda tillkortakommandena är att bristen på integrering i den egna verksamheten samt graden av inflytandet eller konkurrens från liknande projekt förmodligen har varit avgörande för den bristande grad av genomförande av de statliga intentionerna som de studerade enheterna uppvisade.

I en sammanfattning för hela utvärderingen av vårdkedjeprosjektet gör Oscarsson och Stenius (2007) några reflektioner över implementeringen av statliga reformer. Där sägs att det är alltför vanligt att reformer i dag genomförs med så korta ledtider mellan politisk idé och krav på uppföljning av genomförandet att både planering och utvärdering äventyras. Detta, menar författarna, riskerar att på sikt leda till att såväl politikens som forskningens (utvärderingsverksamhetens) legitimitet undermineras.

2. 6. 2. 2 Implementering av statliga riktlinjer och medel på det sociala området

Rapporten "En utvärdering av statsbidragsmodellen till ideella organisationer inom det sociala området" (Johansson, 2003) är en utvärdering av tillämpningen av statsbidrag till berörda organisationer. Syftet med studien är att "undersöka vilka effekter de nuvarande stödformerna har på de stödda organisationernas inre verksamhet", samt att "jämföra tillämpningen av förordningen (SFS 1998:1814) och regleringsbrev med statsmakternas mål för organisationsstödet." (a.a., s. 55). I utvärderingen lämnas, i enlighet med de direktiv som regeringen gav i ett regleringsbrev, också vissa förslag till förändringar av det system som studeras.

Sammanfattningsvis konstaterar utvärderaren att statsbidragssystemet i stora drag har avsedda effekter och att representanterna för de aktuella frivilligorganisationerna inte upplever att stödformen leder till otillbörlig styrning av deras arbete. Det förekommer dock att organisationerna ifrågasätter om inte de prioriteringar mellan verksamhets- och insatsområden som Socialstyrelsen gör är för långtgående och att grunderna för hur prioriteringar görs är för otydliga. Något som också framkommer är att representanter för vissa organisationer upplever att organisationsstödet är för snävt och missgynnar en mer samhällskritisk socialpolitisk verksamhet. Organisationerna uttrycker dock förståelse för de politiska intentionerna med den styrning som finns och accepterar därför de villkor och kriterier för att få statsbidrag som finns. I detta avseende riktas dock kritik mot kravet på att ha en treårsplan för sitt arbete eftersom det upplevs som svårförenligt med organisationernas egna demokratiska processer – en kritik som också utvärderaren i viss mån instämmer i. Utvärderaren frågar sig också om inte kravet på detaljering i planerna kan mjukas upp något.

En intressant punkt som diskuteras i utvärderingen är den begreppsförbistring som lätt uppstår i den statliga styrningskedjan när det gäller beteckningen på den stödform som ges. I vissa dokument som representanterna för organisationerna har tagit del av nämns "resultat-/målstyrning" medan stödet i förordningen (SFS 1998:1814) får benämningen "verksamhetsstöd". Med anledning av detta konstaterar utvärderaren att "visserligen tillämpas inte resultat-/målstyrning på det sätt som föreskrivs i förarbetena, men beteckningen medför ändå en risk för missförstånd, som att staten skall formulera eller godkänna organisationernas uppsatta mål" (Johansson, 2003, s. 9).

Avslutningsvis aktualiserar utvärderaren två problem med det aktuella statliga stödsystemet. Det första är den brist på legitimitet som representanterna för organisationerna ger berednings- och beslutsprocessen av bidraget. Det andra är den skillnad mellan de principer och föreskrifter som finns för bidraget och den praxis som finns i tillämpning av det.

Det första problemet handlar om att de tillfrågade upplever att hela bidragsprocessen har för låg genomskinlighet och att det därför är svårt att avgöra om den följer de intentioner som lagstiftarna har. Det andra problemet handlar om att det är (för stor) skillnad mellan de mål som regeringen har satt upp för fördelningen av statsbidraget och hur det sedan tillämpas i praktiken. Här kommer Johansson (2003) in på frågan om det överhuvudtaget är möjligt att tillämpa en strikt rationalistisk mål- och resultatstyrning på det sociala området eftersom målen inom denna sektor sällan är så tydliga

och enkla att de på ett okomplicerat sätt kan utvärderas. Johansson tycks här luta mot att andra typer av styrning än just mål- och resultatstyrning vore att föredra. Man kan anta att den typ av begreppsförvirring i den statliga styrprocessen som nämns ovan förmodligen inte är försumbar för existensen av de båda ovan nämnda problemen.

I betänkandet "Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukarna" (SOU 2008:18), vilken liksom Vårdöverenskommelsen har Kers-tin Wigzell som särskild utredare, behandlas det statliga utvecklingsstödet till kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Med förbehåll för att det är svårt att få fram säkra siffror på statens transfereringar när det gäller just kunskapsutveckling och utvecklingsarbete inom socialtjänstområdet uppskattar utredarna att ungefär 2 miljarder kronor under år 2006 fördelades till det aktuella området. Detta bedömer utredarna vara en summa som också bör kunna spegla medelstilldelningen under de övriga enskilda åren under 2000-talet.

När det gäller frågan om hur implementeringen av medel kopplade till just kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten sker, samt vilken effekt med-len har på den kommunala verksamheten, görs vissa reflektioner i utredningen. Dessa grundas främst på uppgifter som framkommit i dialog med företrädare för Föreningen Sveriges Socialchefer, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt ett antal (icke namngivna) kommuner. I detta avsnitt av utredningen görs bedömningen att de medel som staten fördelar till särskilda satsningar i kommunerna är viktiga. Detta görs på basis av att de uppskattningsvis utgör en förhållandevis stor andel (cirka 10 procent) av de medel som inte är låsta för mer eller mindre "fasta" åtaganden.

Företrädarna för kommunerna hävdar att de medel som är av mer långsiktig karaktär och även innefattar något större belopp fungerar bättre än de mer kortsiktiga satsningarna som innefattar mindre belopp (vad detta innebär i tidsrymd och kronor specificeras dock inte närmare). Beträffande kommunernas möjligheter att söka medel från staten framhålls att de större kommunerna gynnas eftersom de kan avsätta handläggare som har specialiserat sig på just ansökningsförfarandet. Andra kritiska punkter som framkommer från kommunerna är att man uppfattar att ansökningsförfarandet är för detaljstyrt. Kommunerna menar att denna detaljstyrning tvingar dem att anpassa sin verksamhet "så att den kan "passa in" i de för tillfället aktuella satsningarna, något som man uppfattar som olyckligt (SOU 2008:18, s. 75). Det sägs också i utredningen att kommunerna uppfattar att "det finns en risk att viktiga kärnverksamheter ges lägre prioritet än projektverksamheter när det erbjuds möjligheter till särskild finansiering" (s. 75).

Kommunrepresentanterna menar också att den statliga uppföljningen av de medel som delas ut ofta är bristfällig. Detta får till konsekvens att erfarenheter från kommunerna sällan tas till vara och att satsningar avslutas utan att det är möjligt att dra några slutsatser om insatsernas värde.

På basis av bland annat det som framkommer i diskussionen om hur implementeringen av statliga medel på kunskapsutvecklingsområdet går till, konstateras i utredningen att det statliga stödet på det aktuella området "till stora delar är projektbaserat, kortsiktigt och sker utan tydlig samordning mellan forskning, praktik, utbildning och implementering" (SOU 2008:18, s. 75). Med anledning av detta konstaterande föreslås att regering och riks-

dag använder de medel som avsätts på ett mer ”ändamålsenligt, mer strategiskt, samordnat och långsiktigt” sätt (s. 75). I utredningen föreslås bland annat att detta bör kunna uppnås om regeringen och SKL träffar överenskommelser om ”gemensamma mål och insatser för att stödja kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten” (a.a., s. 102) – något som utredaren menar är i linje med de intentioner som regeringen uttalade i budgetpropositionen för 2008. I utredningen anför också att regeringen i budgetpropositionen anser att ”det är angeläget att främja en mer långsiktig finansiering av kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten i nära samverkan med huvudmännen” (SOU 2008:18, s. 104). Vidare säger utredaren att förslaget är i linje med synpunkter som Socialstyrelsen och SKL framförde i en skrivelse till äldre- och folkhälsoministern 2007-01-26 och även Sveriges Socialchefer hade som förslag 2004. Det framgår också att liknade avtal redan finns på flera områden, bland annat när det gäller utvecklandet av storstadspolitiken som utreds i SOU 2005:29.

I betänkandet berörs även helt kort statens möjligheter att styra socialtjänstens kunskapsutveckling, så kallad ”kunskapsstyrning”. I betänkandet hänvisas bland annat till den offentliga utredningen ”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft” (SOU 2007:10), i vilken det argumenteras för att statens kunskapsstyrning över välfärdsområdet bör stärkas. Här konstateras också att kunskapsstyrningen kan ha många former och att statens styrning av den kommunala socialtjänsten är av en mindre tvingande form. Staten styrning hävdas här skilja sig från en mer strikt och tvingande form av styrning, så kallad ”reglering”, i vilken också innehållet i arbete, handläggning, rutiner, planering m.m. är föremål för styrning. Den är inte heller av typen ”direkt” eller indirekt ”innehållsstyrning”, ”utförandeansvar”, i vilket staten tydligt anger målen för verksamheten samt vad som ska uppnås med verksamheten. En mer korrekt beskrivning av statens roll för den kommunala socialtjänsten är ”annan styrning” i form av insatser av mer ”strukturskapande” karaktär samt ”styrning genom form- och handläggningskrav”. Den senare formen handlar om att ange vilket ansvar olika aktörer har, samt ange hur ramarna ser ut för de ärenden som handläggs (SOU 2007:10, s. 64–65).

I linje med denna mindre tvingande form av styrning som Wigzell i SOU 2008:18 finner att staten utövar över den kommunala socialtjänsten formuleras också målen för statens kunskapsstyrning av socialtjänsten i relativt allmänna ordalag snarare än att låsas fast vid en mer direkt eller tvingande form. I utredningen föreslås nämligen att kunskapsstyrning av socialtjänsten handlar om att socialtjänsten dokumenterar, följer upp samt tillägnar sig kunskap på det sociala området samt att staten ”bidra(r) till utvecklingen av en evidensbaserad praktik” (s. 63). Detta kan uppnås genom ett gemensamt och långsiktigt engagemang från alla berörda parter på alla nivåer.

2. 6. 2. 3 Statliga insatser på missbruksområdet utifrån ett brukarperspektiv

I en studie av två lokala öppenvårdsmottagningar i vilka samverkan sker mellan kommunernas missbruksvård och landstingets beroendevård, Brofästet i Mölndal och Järntorgsmottagningen i Göteborg, har Beijer (2009) stu-

derat brukarnas syn på denna typ av integrerade former för vård som samverkansmottagningar utgör. Båda de studerade mottagningarna är sådana som fått bidrag från Vårdöverenskommelsen. Besökarna vid Brofästet och Järntorgsmottagningen är en heterogen grupp av relativt unga människor (43 procent vid Brofästet och 36 procent vid Järntorgsmottagningen har t.ex. försörjningsplikt gentemot barn) och många av dem har en omfattande problematik. Resultaten visar att en god tillgänglighet uppskattas av brukarna, att det är lätt att nå och få en tid för samtal hos de professionella. Anledningen är att självförtroendet är lågt och telefonköer eller väntetider kan vara avskräckande i kontakten. Brukarna uppger också att det faktum att det finns någon att tala med när deras motivation är som störst kan vara avgörande för att de påbörjar vård. Vilken profession de möter i dessa kontakter lyfts inte fram som lika viktigt. Användandet av systematiska bedömningsinstrument i vården upplevs som meningsfull och den interna och externa samverkan mellan myndigheter och professioner uppskattades också.

I en utvärdering av den statliga satsningen "Ett kontrakt för livet" (se även avsnitt 2. 1. 3 Missbruksvården under 2000-talet, ovan) redovisas bland annat de effekter som insatserna har haft för brukarna, i det här fallet klienter som vårdats enligt LVM (Hajighasemi, 2008). Syftet med utvärderingen var att "beskriva, analysera och värdera uppdragets genomförande samt vilka effekter det har haft på missbrukare och vården av dem" (a.a., s. 9). I utvärderingen redovisas klientperspektivet indirekt genom att insatsernas effekter på variablerna klienternas boende, sysselsättning, försörjning, fysisk och psykisk hälsa samt kriminalitet redovisas. Brukarperspektivet redovisas också genom direkta klientintervjuer.

Av utvärderingen framkommer att de klienter som har genomgått vård på SiS-institutioner generellt sett hade en positiv syn på den vård de erhållit. Av dem som svarade (52 av 81, dvs. 54 procent) ansåg ungefär tre fjärdedelar att de får tillräckligt god vård. Över 80 procent ansåg att de hade varit involverade i planeringen av vården och att den skett i samverkan med institution och kommunal socialtjänst. Något fler än hälften av de 19 klienter som hade tidigare erfarenheter av LVM-vård tyckte att insatserna enligt "Ett kontrakt för livet" var bättre än det de tidigare erhållit. De flesta klienterna som lämnade svar var också positiva till den eftervård som gavs som komplement till institutionsvården. Av de klienter som tidigare varit placerade enligt LVM (19 stycken) ansåg fler än hälften (13 stycken) att eftervården i projektet "Ett kontrakt för livet" var bättre planerad än den vård de erhållit tidigare.

Resultaten visar att 35 procent av de klienter som ingick i "Ett kontrakt för livet" fortfarande var drogfria sex månader efter behandlingen. Ytterligare 27 procent av klienterna missbrukade i mindre omfattning. Resultatet var bättre för kvinnor än för män. Andelen kvinnor som var drogfria efter samma tidsintervall var 37 procent och motsvarande siffra för männen var 31 procent. När det gäller återfall i missbruk visar resultaten att två tredjedelar av klienterna inte hade återfallit i missbruk av sin huvuddrog eller att de hade missbrukat avsevärt mindre under uppföljningsperioden. Detta jämför författaren med en annan uppföljning av LVM-vårdade klienter som inte ingick i "Ett kontrakt för livet" vid sju institutioner åren 1999–2000 (Larsson & Segraeus, 2008). Vid denna jämförelse framgår att drogfriheten för

dem som deltog i "Ett kontrakt för livet" var betydligt bättre än resultatet från den andra gruppen. Av resultaten från utvärderingen framgår även att många klienter skattar sin hälsa som bättre efter genomgången vård och att två tredjedelar av de klienter som var drogfria sex månader efter vårdens avslutande också hade ett ordnat boende. Ett flertal av dem hade också någon form av ordnad sysselsättning. Cirka en femtedel hade en ordnad försörjning av något slag.

I en sammanfattning till utvärderingen (Hajighasemi, 2008) gör generaldirektören vid SiS, Ewa Persson Göransson, en helhetsbedömning och konstaterar följande:

Satsningen har haft positiva effekter i form av förbättrad samverkan mellan klienter, socialtjänst och SiS. Det nära samarbetet har bidragit till en positivare syn på LVM-vården. Det totala antalet intagna på LVM-hem har ökat med en fjärdedel och fler akutplacerade har blivit kvar för fortsatt vård än vad som varit fallet åren innan denna satsning. Det ekonomiska stödet har medfört att fler klienter än tidigare har fått ta del av strukturerad eftervård. Vårdkostnaderna har inte ökat som följd av satsningen. (s. 3)

Någon direkt värdering av hur brukarna bedömer insatserna gör Persson Göransson dock inte.

Socialstyrelserapporten "Kvalitetsutveckling i missbruks- och beroendevård" (Socialstyrelsen, 2008a) är en utvärdering av hur kvaliteten varierar inom missbruks- och beroendevården i landet och vilka faktorer som kan förklara eventuella skillnader (se även avsnitt 3. 1 Socialstyrelsens förberedande insatser, nedan). I rapporten framkommer resultat som har direkt bäring för klientperspektivet. Resultaten visar att den service som personer med missbruk kan få varierar beroende på kommunstorlek. De mindre kommunerna har en lägre servicenivå än de större. När det gäller möjlighet att få besöka en handläggare vid den initiala kontakten var dock tillgängligheten bättre i de mindre kommunerna. Resultaten visar också att samverkansmottagningar för klienter är vanligare i större kommuner än i mindre. När det gäller graden av specialisering är det de medelstora kommunerna som har drivit utvecklingen längst. Därefter följer storstäderna och lägst grad av specialisering har de mindre kommunerna.

3. Metod och genomförande

3. 1 Socialstyrelsens förberedande insatser

Socialstyrelsen har ansvarat för att genomföra en ”baslinje- eller förmätning” (Socialstyrelsen, 2007b, s. 3) som skulle utgöra underlag för utvärderingen av den medelstillsdelning som länsstyrelserna genomförde inom ramen för vårdöverenskommelsen. Förmätningen gjordes under 2006, det första året som medel fördelades (Socialstyrelsen, 2008a). Data samlades in med hjälp av den nätbaserade enkäten ”Enkät rörande kvalitetsaspekter i missbruks- och beroendevården” (Socialstyrelsen, 2006b). Enkäten innehöll frågor om tillgänglighet, insatser, klient- och patientprocesser, dokumentation, uppföljning samt verksamheternas strukturella förutsättningar. Vissa av svaren i denna enkät används i resultatredovisningen till föreliggande rapport.

3. 2 Utvärderingen

3. 2. 1 Utvärderingens design

I inbjudan att lämna anbud på utvärdering av vårdöverenskommelsen anges att utvärderingen ska vara en kombinerad effekt- och implementeringsstudie (det senare avser behandlingsgarantin), och att den även ska belysa ett brukar- och klientperspektiv. Utvärderingen har därför utformats i linje med dessa direktiv. För att tillgodose kravet att utvärdera ”effekterna” av satsningen har en pre- respektive post-testdesign utformats. Detta är ett sätt att få indikationer på vilken betydelse de aktuella stimulansmedlen har haft på organisatorisk nivå. För att ta hänsyn till kraven på en implementeringsstudie designades en sådan beträffande de medel som rör behandlingsgarantin. För att tillgodose kraven på brukarperspektiv har även detta inkluderats i utvärderingen. De efterfrågade perspektiven har också kompletterats med ett vårdorganisationsperspektiv av följande anledningar:

När det gäller frågeställningar som rör brukarperspektivet efterfrågar uppdragsgivarna resultat som kan vara av såväl effekt- som vårdmodellkaraktär (t.ex. hur tillgängligheten till öppenvård har förändrats avseende såväl den praktiska tillgängligheten i form av tider och platser, som vilka resurser från, och i samarbete mellan, vilka huvudmän som finns tillgängliga). Motsvarande gäller även frågan ifall handläggningen och insatserna har förändrats i samband med införandet av specialiserade enheter. På motsvarande sätt innehåller frågeställningarna rörande organiseringen av missbruksvården frågor av såväl effekt- som vårdmodellkaraktär (t.ex. om flera kommuner har organiserat gemensamma missbruksenheter, och hur dessa i så fall har organiserats).

När det gäller frågeställningar rörande brukarperspektivet och organiseringen av missbruksvården har utvärderingen således genomförts i form av en kombinerad vårdmodell- och effektstudie (se vidare avsnitt 4. 5 Brukar-

studien). När det gäller implementeringen av lokala behandlingsgarantier har denna delstudie genomförts i form av en programutvärdering (se vidare avsnitt 4. 2 Implementeringsperspektiv på lokala behandlingsgarantier).

3. 2. 2 Population och urval

Genomförandet av utvärderingen har skett med en kombination av två tillvägagångssätt. För det första gjordes en totalundersökning (enkät) som inkluderar samtliga projekt som har beviljats medel och som avser frågeställningar av mindre komplex karaktär. För det andra gjordes en fördjupad studie (intervjuer) riktad till ett urval verksamheter och projekt som inkluderar frågeställningar av mer komplex karaktär. Vidare intervjuades representanter för sju länsstyrelser inom ramen för implementeringsstudien.

3. 2. 2. 1 Totalundersökningen (enkätstudien)

I totalundersökningen ingår samtliga svenska kommuner, och Stockholm och Göteborg representeras av sina stadsdelar. Data samlades in vid två tidpunkter. Det första tillfället var 2006 (se även avsnitt 3. 1 Socialstyrelsens förberedande insatser). År 2006 var totalpopulationen 332 kommuner och kommundelar.⁶ Det andra tillfället då data samlades in var 2008. År 2008 var totalpopulationen 333 kommuner och kommundelar. År 2006 besvarade 316 kommuner enkäten. Detta ger en svarsfrekvens på 95 procent. År 2008 besvarade 283 kommuner denna enkät. Detta ger en svarsfrekvens på 85 procent. Av dessa 283 har 195 fått medel inom ramen för vårdöverenskommelsen. Övriga 88 har inte erhållit sådana medel. Eftersom utvärderarna redan tidigare hade kännedom om vilka kommuner och stadsdelar som tagit emot medel sändes dessa en enkät med fokus på vårdöverenskommelsen (bilaga 2 Enkät för Vårdöverenskommelsen 2008), medan övriga erhöll en enkät som saknade frågor om exempelvis effekterna av medlen inom vårdöverenskommelsen med mera med relevans för utvärderingen.

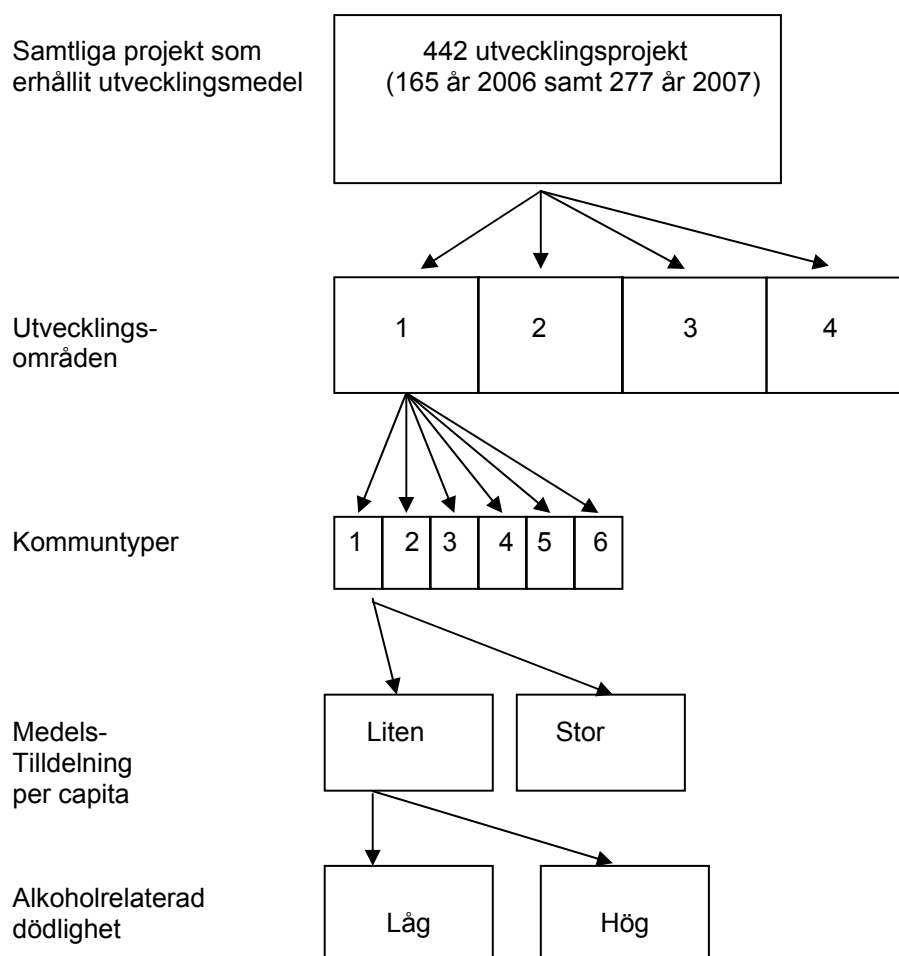
3. 2. 2. 2 Fördjupningsstudien (intervjustudien)

För den del av studien som innefattar intervjuer gjordes ett strategiskt urval som täcker projekt från alla de tre ursprungliga huvudsakliga utvecklingsområden som behandlas i betänkandet av utredningen om vårdöverenskommelsen (SOU 2005:82), samt det fjärde området som har en mer allmän formulering. Följande områden innefattas med andra ord: 1) Specialiserad och integrerad missbrukarvård, 2) Behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser, 3) Individuella vårdplaner, samt 4) Andra insatser som bidrar till en stärkt vårdkedja för personer med tungt missbruk. Urvalsförfarandet redovisas i figur 1 nedan.

Urvalet täcker de kommuntyper som innefattas i SCB:s kommungruppsindelning. Syftet med att göra ett urval av kommuner representerade i de olika kommungrupperna var att de kommuner som valdes ut för den fördjupade studien skulle ha varierande geografiskt läge, olika befolkningsstor-

⁶ I den fortsatta framställningen kommer terminologin kommuner samt kommuner och kommundelar att användas för att beteckna de ingående enheterna i utvärderingen.

lek och så vidare. Inledningsvis gjordes en fördelning av samtliga kommuner som enligt STUV-flikarna har erhållit medel för att inrätta en specialiserad missbruksenhet, inrätta en öppenvårdsmottagning i samverkan med landstingets beroendevård eller psykiatri samt organisera en missbruksenhet tillsammans med andra kommuner. I denna fördelning inkluderade även kategorierna kommuner som infört en lokal behandlingsgaranti, kommuner som infört individuella vårdplaner med hjälp av bedömningsinstrument, samt kommuner som vidtagit andra insatser som skall bidra till en stärkt vårdkedja.



Figur 1. Urvalsförfarandet för den fördjupande studien (exklusive implementeringsundersökningen)

Efter att samtliga kommuner hade fördelats inom respektive projektområde kategoriserades de sedan enligt de nio kommungrupperna: storstäder, förortskommuner, större städer, pendlingskommuner, glesbygdskommuner, varuproducerande kommuner, övriga kommuner över 25 000 invånare, övriga kommuner 12 500–25 000 invånare samt övriga kommuner under 12 500 invånare. Därefter gjordes vissa beräkningar för samtliga kommuner

inom respektive projektområde och kommungrupp. Detta innebär att den summa medel kommunen hade tilldelats omräknades till tilldelade medel per capita för den vuxna befolkningen 18 år och äldre. Vissa kommuner har endast erhållit medel för år 2006 alternativt år 2007. I andra fall har kommunerna tilldelats medel för både 2006 och 2007. I det senare fallet användes den totala summan vid beräkningarna. För uppgifter om befolkningsstorlek användes SCB:s uppgifter för befolkningsstatistik för år 2007. Att beräkningen gjordes enbart på den vuxna andelen av befolkningen har att göra med att stimulansmedlen och de olika projekten i huvudsak riktar sig till vuxna med missbruksproblem. Efter att beräkningarna hade genomförts rangordnades kommunerna utifrån hur stor summa de tilldelats per capita.

Vid urvalet av kommuner inom respektive projekt och kommuntyp valdes därefter två olika kommuner ut. Urvalet gjordes utifrån den kommun som hade tilldelats mest pengar och den kommun som hade tilldelats minst pengar per capita. I några fall visade det sig att flera kommuner erhållit i princip lika mycket pengar per capita för de olika projekten. Om någon av dessa fått medel 2006 valdes den kommunen utifrån antagandet att möjligheten att medlen hunnit ge någon effekt skulle vara större än om medlen betalats ut 2007. Om det inte gick att skilja kommunerna åt på året för medelstilldelning valdes i stället den kommun som hade högst alkoholrelaterad dödlighet för kvinnor och män. Motiveringen till detta var att det kan finnas skäl att anta att en kommun med en högre alkoholrelaterad dödlighet också har en högre andel av befolkningen med missbruks- och beroendeproblem.

Ett urvalsexempel

För att illustrera hur urvalet slutligen genomfördes efter att kommunerna hade delats in i det projektområde de erhållit medel för, och därefter hade placerats in under respektive kommungrupp och rangordnats utifrån tilldelade medel per capita, ges här ett exempel som rör projektområdet ”inrätta en specialiserad missbruksenhet”.

Kommun som har tilldelats mest medel

Inom kommungruppen förortskommuner anges att tre kommuner har tilldelats medel för att inrätta en specialiserad missbruksenhet.

I denna kategori är det kommun A som har tilldelats mest medel med 44 kronor per capita, och dessa utbetalades för år 2006. Den kommun som har erhållit näst mest medel är kommun B som erhöll 33 kronor per capita för år 2007. Detta innebär att kommun A är den kommun som valdes ut till följd av att den har erhållit mest stimulansmedel.

Kommun som har tilldelats minst medel

Av de två återstående projekten är det kommun C som har tilldelats minst medel med 13 kronor per capita. Kommun B har erhållit medel med 15 kronor per capita. Båda kommunerna tilldelades medel för år 2007, vilket inte ger någon skillnad i sannolikhet när det gäller att medlen ska ha hunnit åstadkomma någon effekt inom missbruksvården i respektive kommun. Skillnaden i de tilldelade medlen mellan de båda kommuner är inte särskilt stor, men det finns en skillnad i hur den alkoholrelaterade dödligheten ser

ut. I kommun C är den alkoholrelaterade dödligheten sammantaget för kvinnor och män 3,16 samt i kommun B är den 2,7 per 1000 avlidna individer och år. Det innebär att kommun C valdes ut som den kommun som har erhållit minst medel, men som också har en högre alkoholrelaterad dödlighet i jämförelse med kommun B.

Sammanslagning av kommuntyper

För att inte få ett alltför stort urval av kommuner i förhållande till utvärderingens tids- och budgetramar reducerades de nio kommungrupperna till sex. Det gjordes genom att kommuner som ingick i kommungrupperna varuproducerande kommuner, pendlingskommuner, och kommuner 12 500–25 000 invånare togs bort ur materialet. I jämförelse med övriga sex grupper är kommunerna i de två första av dessa grupper relativt heterogena sett till befolkningens mängd. Utvärderarna såg heller inga teoretiska motiv för att inkludera dem. Detsamma gäller gruppen kommuner 12 500–25 000 invånare och där fördelningen av kommuner från mindre än 12 500 invånare upp till ”övriga kommuner med mer än 25 000 invånare” på tre grupper också bedömdes som mindre intressant. Det visade sig också att kommunerna inom dessa tre exkluderade kommungrupper inte var lika vanligt representerade inom de olika projektområdena som kommuner i de andra kommungrupperna. Till exempel återfanns endast en kommun i kommungruppen pendlingskommuner inom ramen för att ”inrätta en specialiserad missbruksenhet”. Samma sak gäller vad avser projekttypen ”inrätta en öppenvårdsmottagning i samverkan med landstingens beroendevård och psykiatri”. Medelsfördelningen inom respektive kommuntyp redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Antalet utvalda kommuner inom respektive kategori

Kommungrupp	Antal projekt	Totalt utdelade medel (miljoner kr)
Storstäder/stadsdelar	17	34 292 840
Förortskommuner	24	34 250 420
Större städer	40	76 609 000
Glesbygdskommuner	24	14 340 340
Övriga kommuner > 25 000 inv	56	41 446 916
Övriga < 12 500 invånare	25	16 544 770
Totalt	186	217 484 286

Inrätta specialiserad missbruksenhet

Till kategorin ”inrätta en specialiserad missbruksenhet” valdes sammanlagt nio kommuner ut. Detta har att göra med att det inom alla kommungrupp inte fanns två kommuner representerade och att det inom kommungruppen glesbygdskommuner inte fanns några kommuner alls representerade.

Organisera missbruksenhet tillsammans med andra kommuner

I kategorin ”organisera en missbruksenhet tillsammans med andra kommuner” ingår nio kommuner, vilket också här har att göra med att det inte fanns tillräckligt många kommuner inom ramen för varje kommungrupp.

Inrätta öppenvårdsmottagning i samverkan med landstingets beroendevård/psykiatri

Inom kategorin ”inrätta en öppenvårdsmottagning i samverkan med landstingets beroendevård/psykiatri” är elva kommuner representerade.

Införa individuella vårdplaner med hjälp av bedömningsinstrument

I kategorin ”införa individuella vårdplaner med hjälp av bedömningsinstrument” ingår tolv kommuner.

Utbildning i bedömningsinstrument

I kategorin ”utbildning i bedömningsinstrument” ingår tolv kommuner.

Övriga insatser för att stärka vårdkedjan

I kategorin ”övriga insatser för att stärka vårdkedjan” ingår åtta kommuner.

Sammanfattningsvis innebär detta att totalt 57 kommuner finns representerade inom de ovan nämnda kategorierna. Som tidigare nämnts kunde kommunerna söka medel för flera olika områden, vilket medför att samma kommuner i många fall var representerade inom flera olika projektområden. Den reduktion som var möjlig att göra på grund av denna överlappning gör att totalt 40 kommuner har inkluderats i fördjupningsstudien (exklusive kommunerna som ingår i implementeringsstudien som avser behandlingsgaranti). Två kommuner har inte varit lämpliga att genomföra intervjuer med då verksamhetsföreträdaren var sjukskriven, alternativt hade slutat sin tjänst. Detta innebär att totalt 38 kommuner inkluderades i fördjupningsstudien.

3. 2. 2. 3 Implementeringsstudien

Även för implementeringsstudien gjordes ett strategiskt urval i enlighet med figur 1. Sammanlagt erhöll 27 kommuner utvecklingsmedel för att utveckla lokala behandlingsgarantier. Dessa hade alla olika geografiska och regionala förutsättningar. De 27 kommunerna fanns inom åtta av SCB:s nio kommuntyper. Kommuntypen ”pendlingskommun” fanns inte representerad. I implementeringsstudien har kommuntyperna inte reducerats till sex eftersom den totala populationen, 27 kommuner, i sådana fall hade gett ett mycket litet urval. Där flera kommuner förekom inom samma kommuntyp gjordes

samma bedömning vid urvalet som gällde för fördjupningsstudien (se figur 1). Det slutliga urvalet omfattar åtta kommuner, en per kommuntyp.

I samband med implementeringsstudien intervjuades även handläggare på sju olika länsstyrelser. Dessa länsstyrelser är utvalda för att kommunerna som ingår i urvalet till implementeringsstudien tillhör dessa län.

3. 2. 3 Genomförandet

3. 2. 3. 1 Totalundersökningen

Totalundersökningen inkluderar i huvudsak de frågeställningar av mindre komplex art som efterfrågas rörande organiseringen av missbruksvården. Datainsamlingen i totalundersökningen gjordes i enkätform. Den inkluderar de två enkäter som nämns ovan (se avsnitt 3. 2. 2. 1 Totalundersökningen). Totalundersökningen inkluderar följande frågor av relevans för utvärderingsuppdraget:

- Har fler kommuner infört specialiserade missbruksenheter i samband med stimulansmedlen?
- Vilka insatser erbjuds på specialiserade enheter?
- Har flera lokala öppenvårdsmottagningar inrättats där landstingets psykiatri ingår?
- Har fler kommuner infört lokala behandlingsgarantier som en följd av stimulansmedlen?
- Vilken effekt har satsningen haft på utveckling och införande av klientbedömningsinstrument?

Det praktiska förfarandet (utskick, påminnelser med mera) kring denna enkät sköttes av Socialstyrelsen. De frågor som är kopplade till utvärderingsuppdraget har bearbetats av utvärderarna.

Jämförelser av svaren i 2006 års och 2008 års enkät rör de kommuner som i båda fallen känt till att de har fått stimulansmedel inom ramen för vårdöverenskommelsen, och inte det totala antalet kommuner som fått medel. Bakgrunden till detta val är att något försöka minimera de problem som uppstår genom att, som beskrivs och kommenteras i avsnitt 3. 3 Några metodkommentarer och som kommer att framgå av resultatkapitlet, kommunerna och länsstyrelserna ofta har olika uppfattning om att medel har betalats ut, vilka medel som har betalats ut och för vilka ändamål. En viss sådan diskrepans finns troligen också bland de kommuner som vet att de har fått stimulansmedel inom ramen för vårdöverenskommelsen, men den kan eventuellt antas vara mindre än bland dem som inte säger sig ha fått sådana medel trots länsstyrelsernas dokumentation.

3. 2. 3. 2 Urvalsundersökningen

Urvalsundersökningen inkluderar frågor av mer komplex karaktär. Den omfattar tre delar: vårdmodell- eller vårdkedjestudien (redovisas under rubriken 4. 1 Organisationsperspektivet), brukarstudien och implementeringsstudien. I urvalsundersökningen genomfördes intervjuer med såväl anställda

som brukare (se bilaga 3 Intervjuguide urvalsstudien, bilaga 4 Intervjuguide brukarstudien samt bilaga 5 Intervjuguide implementeringsstudien). Dessutom gjordes i vissa fall dokumentanalyser av dokument på lokal nivå. I data till implementeringsstudien ingick även projektansökningar och -planer från de projekt som har erhållit medel från vårdöverenskommelsen. Urvalsundersökningen inkluderade frågor av följande karaktär:

- Vilka insatser görs på de specialiserade missbruksenheter som finns i kommunerna?
- Hur är de specialiserade missbruksenheterna organiserade?
- Vilka insatser erbjuds på de lokala öppenvårdsenheter där landstingets psykiatri ingår?
- Hur fungerar den lokala behandlingsgarantin avseende bland annat de centrala variablerna tillgänglighet, skyndsamhet i ärendehantering, innehåll i behandlingsutbud och eftervård?
- Vilken betydelse har de aktuella stimulansmedlen haft på utvecklingen och införandet av instrument för bedömning av klienters problemtyngd, uppföljning av enskilda klienter samt sammanställning och aggregering på gruppnivå?
- Vilka stödresurser finns för det lokala missbruksarbetet när det gäller införandet av strukturerade bedömningsinstrument?
- Vilka andra insatser har genomförts som bedöms ha bidragit till att stärka vårdkedjan för personer med tungt missbruk och vilken inriktning har dessa?
- Har handläggningen eller insatserna för personer med tungt missbruk förändrats i samband med införandet av specialiserade enheter?
- Har samordningen med psykiatrin eller beroendevården förändrats?
- Har tillgängligheten till öppenvården förändrats?
- Hur upplevs satsningen på lokala behandlingsgarantier?
- Har satsningen medfört andra positiva eller negativa effekter?

Kontakt togs per telefon med verksamhetsföreträdare i samtliga utvalda kommuner. Syftet med studien presenterades samtidigt som diskussioner fördes omkring medelstilldelningen och vad kommunen specifikt hade erhållit medel för. Som tidigare nämnts framgick redan vid det första samtalet med verksamhetsföreträdarna att det fanns en diskrepans mellan det kommunerna hade erhållit medel för och deras egen uppfattning om medlen. I flera fall hävdade verksamhetsföreträdarna att de inte alls kände igen att de hade fått medel för den projektyp som angivits i STUV-flikarna. Dessutom var de inte heller överens med de uppgifter som rörde hur stor summa de hade beviljats. Detta resulterade i att det i vissa fall blev nödvändigt att kontakta ansvariga på de olika länsstyrelserna för att förtydliga vad kommunens ansökan innehöll och hur mycket medel som hade beviljats, för att därefter återkoppla till kommunerna. Därefter skickades ett informationsbrev till respektive kommun med en skriftlig information om utvärderingsprojektet.

Intervjuer har genomförts i de olika kommunerna. Det varierar vilka personer som har medverkat i samband med intervjuerna. I majoriteten av kommunerna har verksamhetsföreträdarna deltagit, men ibland har projektledare eller andra personer med kunskap på området deltagit.

3. 2. 3. 3 Brukarundersökningen

Brukarutvärderingar kan i huvudsak ha två olika designer, top-down alternativt bottom-up. Eftersom dessa båda ansatser i sig har såväl för- som nackdelar har utvärderingen sökt kombinera dem. Via top-down-perspektivet studerades på ett i huvudsak mer indirekt sätt om och hur brukarnas legitima anspråk har tillgodosetts. Detta gjordes med hjälp av frågeställningar som finns i de utsända enkäterna (2006 och 2008) och som är relevanta ut klient-synpunkt.

Via bottom-up-perspektivet användes en mer direkt undersökningsform visavi brukarna. I denna del intervjuades brukare om sina upplevelser av tillgänglighet, vårdplan, behandlingsplan, ärendegång, vårdens anpassning till olika målgrupper, användandet av klientbedömningsinstrument, personalens samverkan, kvalitet i vårdkedjan samt insatsernas effekter och resultat. Urvalet av respondenter gjordes på sådant sätt att variabler som kön, ålder och beroendeproblematik beaktades. På grund av tids- och kostnadsskäl var bottom-up-delen av utvärderingen betydligt mindre till omfånget än top-down-delen.

Urvalet till brukarstudien gjordes på ett annat sätt än i de övriga delstudierna. Utifrån de tidigare nämnda projektområdena (inrätta en specialiserad missbruksenhet, inrätta en öppenvårdsomfattning i samverkan med landstingets beroendevård och psykiatri, organisera en missbruksenhet tillsammans med andra kommuner, kommuner som infört en lokal behandlingssgaranti och kommuner som utbildat i klientbedömningsinstrument) valdes två kommuner inom respektive projektkategori. Urvalet gjordes utifrån ett stort respektive litet befolkningsunderlag. I varje kommun var målsättningen att intervjua minst tre brukare. För att dessa skulle vara aktuella för en intervju krävdes att de under mer än två år hade varit aktuella inom missbruksvården i kommunen. Anledningen var att de skulle kunna ge en så bra beskrivning som möjligt utifrån de frågor som skulle ställas. Av tidsskäl kom dock intervjuer endast att genomföras i två kommuner, som föll inom projektkategorin ”organisera en missbruksenhet tillsammans med andra kommuner”. Dessa kommuner har dock inte organiserat någon missbruksenhet tillsammans med andra kommuner; snarare är det så att resurser har tillförts missbruksvården på olika sätt, exempelvis genom ASI- och MI-utbildning och förstärkning av personalresurser.

För att möjliggöra genomförandet av intervjuer kontaktades verksamhetsföreträdarna med ansvar för missbruksvården i de olika kommunerna. Projektet presenterades och diskussioner fördes kring möjligheterna att genomföra brukarintervjuer, framför allt utifrån det underlag av brukare som för tillfället var aktuella inom missbruksvården med hänsyn taget till ålder, kön och framför allt utifrån hur länge brukarna hade varit aktuella inom missbruksvården. I kommunerna ställde man sig positiva till att låta brukare medverka. Vid genomförandet av intervjuerna besökte utvärderarna kom-

munens missbruksvård, och de brukare som besökte missbruksvården tillfrågades om de ville medverka i studien efter att projektet hade presenterats för dem. Totalt sex personer, tre kvinnor och tre män, intervjuades, vilket innebär att tre intervjuer genomfördes i respektive kommun. Det visade sig att flera brukare som besökte missbruksvården hade varit aktuella alltför kort tid, vilket gjorde att de inte kunde inkluderas i studien.

3. 2. 3. 4 Implementeringsstudien

När det gäller implementeringen av lokala behandlingsgarantier genomfördes den delstudien i form av en programutvärdering av ett urval lokala projekt. En programutvärdering innebär att utifrån de lokala projektplanerna formulera en programteori som beskriver vad som var tänkt att genomföras, i vilken ordning det skulle göras, vem eller vilka som skulle göra vad med vilka resurser, och vad det förväntade resultatet skulle bli. Därefter studeras hur dessa planer har realiserats. I denna analys användes implementeringsteoretiska teorier och begrepp. Datainsamlingen och analysen i implementeringsundersökningen bygger på olika lokala projekt- och styrdokument, enkätsvar, intervjuer och eventuellt dokumentation av genomförda insatser och resultat.

3. 2. 4 Det empiriska materialet

Förutom besvarade enkäter och genomförda intervjuer grundas datainsamlingen och utvärderingen på lokala projekt- och styrdokument, separata enkäter och eventuell dokumentation av genomförda insatser och resultat. I möjligaste mån beaktades också de slutrapporter och utvärderingar som har inlämnats till länsstyrelserna. Betänkandet beträffande vårdöverenskommelsen och regeringens beslut om stimulansmedlen ligger också till grund för analysen.

3. 3 Några metodkommentarer

En försvårande omständighet vid utvärderingen av statsbidraget för vårdöverenskommelsen är, som kommer att framgå av resultatredovisningen, den stora diskrepansen mellan redovisningskällorna enkäten, intervjuerna och länsstyrelsernas redovisningar. Det framgick redan i ett tidigt skede att de kategorier som utvärderarna hade att förhålla sig till i de så kallade STUV-flikarna (länsstyrelsernas redovisningar av vad medel hade utbetalats för) var oklara i det avseendet att det föreföll orimligt att ett stort antal kommuner hade erhållit medel för så många olika syften. I enkätsvaren bekräftades detta ytterligare då det där framkom att de flesta kommuner var omedvetna om hur de olika ansökningsområdena var formulerade och vilka områden deras egna kommuner hade erhållit stöd för. Hypotesen om kommunernas omedvetenhet bekräftades sedan ytterligare i de intervjuer med verksamhetsansvariga som genomfördes. Bristen på överensstämmelse mellan länsstyrelsernas redovisningar och kommunernas egna uppfattningar är anmärkningsvärd. Vari ligger då skillnaderna?

Det är främst inom ansökningsområdet ”Specialiserad och integrerad missbrukarvård” (SOU 2005:82) avvikelserna framträder. Området innehåller tre kategorier: 1) inrätta specialiserad missbruksenhet, 2) organisera gemensam missbruksenhet tillsammans med andra kommuner och kommundelar, och 3) inrätta öppenvårdsmottagning i samverkan med landstingets beroendevård och psykiatri.

Av intervjuvaren framgår att endast en handfull verksamheter vars representanter har intervjuats inom ramen för utvärderingen kan sägas ha arbetat i linje med beskrivningarna av dessa kategorier (för vidare beskrivning, se avsnitt 2.4 och SOU 2005:82, s. 55ff). Övriga har, enligt utvärderarnas tolkning, skapat insatser som enkelt uttryckt kan sägas ha stärkt missbruksvården utan att för den skull ha några riktiga likheter med ansökningsområdet. Respondenterna har också i de flesta fall förefallit omedvetna om kategoriernas existens eller deras innehållsliga beskrivningar. Även de andra ansökningsområdena, ”Behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser” och ”Individuella vårdplaner för att sätta individen i centrum”, är delvis förvirrande otydliga innehållsmässigt, även om den sistnämnda i de allra flesta fall har någon form av bäring på bedömningsinstrument. Denna diskrepans mellan de mål som fanns och de insatser som sedan projekterades i kommunerna skapar stora problem i utvärderingen eftersom det är svårt att värdera effekterna av den statliga satsningen när det inte finns något ”reellt” att väga den emot. Vidare har 236 av 443 projekt under 2006/2007 insorterats under den ospecificerade kategorin ”Övriga insatser för att stärka vårdkedjan”, vilken har visat sig kunna innehålla mycket skiftade former av insatser som kan tolkas som en utveckling eller förbättring av missbruksvården. Samtidigt är dessa försvårande förhållanden naturligtvis ett intressant resultat i sig!

3. 4 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

De olika uppfattningarna hos kommuner och länsstyrelser om vilka medel som har gått ut till vilka ändamål skapar problem, framför allt när det gäller validitets- och reliabilitetsfrågor i totalundersökningen (enkäten). Beroende på hur respondenterna har uppfattat uttryck som ”specialiserad missbruksenhet”, ”lokala öppenvårdsmottagningar i samverkan med landstingets beroendevård och psykiatri” eller ”behandlingsgaranti” kommer innehållet i och betydelsen av deras svar att variera – och därmed också såväl validiteten som reliabiliteten i svaren. Det finns också reliabilitetsproblem i och med att vissa frågor och svarsalternativ i enkäten formulerades om mellan enkäten 2006 och den 2008. Anledningen till att så skedde var en ambition att öka validiteten och informationen i svaren, men det har samtidigt påverkat reliabiliteten och därmed möjligheterna till jämförelser mellan åren. Om samtliga tidigare frågor hade återanvänts skulle dock vissa validitetsproblem ha bibehållits.

Totalundersökningen hade mycket god svarsfrekvens. Den av Socialstyrelsen 2006 genomförda rikstäckande enkäten till landets samtliga kommuner, ”Enkät rörande kvalitetsaspekter i missbruks- och beroendevården”, hade en svarsfrekvensen på 95 procent, och svarsfrekvensen för motsvarande enkät 2008 var 85 procent.

Urvalsförfarandets olika steg för fördjupningsstudien, implementeringsstudien och brukarundersökningen var stratifierade och strategiska för att utvärderingen skulle inkludera såväl samtliga utvecklingsområden som olika kommuntyper inom dessa områden. Genom detta förfarande och kombinationen av total- och urvalsundersökningar menar vi att representativiteten gällande eftersträlvade faktorer i utvärderingens olika delar får anses som god, undantaget brukarundersökningens intervjudel. När det gäller framför allt generaliserbarheten i totalundersökningens resultat reser dock de beskrivna validitets- och reliabilitetsproblemen frågetecken.

Mot bakgrund av dessa frågetecken bör utvärderingens resultat mer ses som indikatorer på olika förändringar, eller avsaknad av förändringar, inom de delar och aspekter av missbruksvården som har studerats, och inte som faktiska kvantitativa mått eller belägg för detsamma.

4. Resultat

4. 1 Organisationsperspektivet

I föreliggande avsnitt rörande organisationsperspektivet redovisas i huvudsak resultat som har bäring på följande frågeställningar i utvärderingen:

- Leder stimulansmedlen till införandet av specialiserade missbruksenheter inom kommunen i syfte att erhålla effektivare handläggning, högre kompetens och tydligare ansvar?
- Leder stimulansmedlen till att det organiseras gemensamma missbruksenheter med andra kommuner för att få tillgång till mer och specialiserade resurser?
- Leder stimulansmedlen till att det inrättas lokala öppenvårdsmottagningar tillsammans med landstingens specialiserade beroendevård och psykiatri för samtidiga och integrerade insatser för målgruppen?
- Leder stimulansmedlen till att systematiska klientbedömningsinstrument (t.ex. ASI eller DOK) införs och utvecklas?
- Leder stimulansmedlen till att utbildningsinsatser genomförs eller att resurser för analys och uppföljning av uppgifter från klientbedömningsinstrument tillskapas?
- Leder stimulansmedlen till att andra insatser som kan bidra till att stärka vårdkedjan för personer med tungt missbruk införs?

För att besvara dessa frågeställningar används dels enkätdata, dels intervjuer med representanter för kommunerna. Dessa redogörs för i utvärderingens avsnitt 3 Metod och genomförande. Enkätdata finns, som redan nämnts, från två olika mätningar. I de fall frågorna i de båda enkäterna var formulerade på ett sådant sätt att jämförelse mellan den första och den andra mätningen är möjlig att göra så görs detta i texten. Anledningen är att utvärderingen i möjligaste mån söker ha en före- och efterdesign. Intervjudata finns från de intervjuer som företogs med företrädare för de lokala praktikerna i kommunerna.

4. 1. 1 Erhållit medel för utveckling av missbruksvården och inrättande av missbruksenhet

4. 1. 1. 1 Totalundersökningen

År 2006 uppgav totalt 29 kommuner av de 316 svarande kommunerna⁷ att de hade *sökt och erhållit medel för vårdöverenskommelsen*. Dessa 29 kommuner motsvaras alltså av dem som känner till att de har erhållit medel och utgör 9 procent av samtliga kommuner och kommundelar. Motsvarande siffra för år 2008 var 82 kommuner eller 30 procent (se tabell 3). Av de så kallade STUV-flikarna framgår dock, som redan nämnts, att antalet svarande kommuner som hade fått medel från vårdöverenskommelsen vid mätningen 2008 är 195 eller 69 procent av samtliga kommuner.

Tabell 3. Kommunernas egna uppgifter om erhållna medel från vårdöverenskommelsen (2006 och 2008)

Fråga	Kommuner	
	2006	2008
	n= 316	n= 283
Erhållit medel från vårdöverenskommelsen	29 (9 %)	82 (30 %)

I 2008 års enkät ställdes också frågor om från vilka övriga källor och satsningar som kommunerna hade sökt och erhållit bidrag under åren 2006–2007. Denna fråga är intressant på flera olika sätt. Det visar sig nämligen att i vissa fall när kommunerna erhåller många bidrag med liknanden syften kan det bli vanskligt för dem att känna till vad syftet med bidraget är, men också att använda bidragen till avsett syfte inom den tid som förväntas. Svaren på denna fråga redovisas genom att jämföra alla de kategorier av svarande som diskuteras i utvärderingens metodkapitel (se tabell 4). Av tabellen framgår att de kommuner som faktiskt inte har erhållit bidrag enligt vårdöverenskommelsen också är de kommuner som i lägst grad uppger att de har erhållit medel från annat håll. Summerar man antalet övriga bidrag som dessa kommuner och kommundelar anger och dividerar det med antalet kommuner som har svarat erhåller denna kategori det lägsta värdet för i hur stor utsträckning man fått övriga medel (49 procent). Detta kan jämföras med de kommuner som faktiskt har erhållit medel från vårdöverenskommelsen. Dessa kommuner erhåller det högsta värdet (83 procent). Kanske inte helt överraskande erhåller de kommuner som fått medel enligt vårdöverenskommelsen men som inte känner till detta det högsta sammanlagda värdet på denna fråga (107 procent). Detta innebär att det finns fler jakande svar än vad det finns kommuner i denna kategori (113). Svarmönstret är inte över-

⁷ I den fortsatta resultatredovisningen används endast ordet kommuner för att beteckna de kommuner och kommundelar som ingår i det empiriska materialet.

raskande eftersom det finns en stor chans att kommunerna sammanblandar medlen enligt vårdöverenskommelsen med andra bidrag.

Tabell 4. Erhållit medel för andra drogforebyggande insatser (2008)

Erhållit övriga medel för:	Kommuner som känner till att de erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 82	Kommuner som faktiskt inte erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 88	Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 195	Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen men inte svarat enligt detta n = 113
Alkohol- och narkotikaförebyggande insatser	17 (21 %)	20 (23 %)	47 (24 %)	30 (26 %)
Utveckling av missbruksvårdsprojekt till ungdomar och vuxna	18 (22 %)	11 (12 %)	67 (34 %)	49 (43 %)
Annat/andra medel	6 (7 %)	12 (14 %)	48 (25 %)	42 (37 %)
Summa	41 (51 %)	43 (49 %)	162 (83 %)	121 (107 %)

Ett sätt att försöka fördjupa frågan om huruvida kommunerna har fått medel från flera olika håll är att redovisa alla de möjliga kombinationer av bidrag för missbruksinsatser som kommunerna hade möjlighet att ange i enkäten. Detta görs för samtliga svarande (se tabell 5). Av tabellen kan man utläsa att en icke försumbar andel av samtliga svarande kommuner uppger att de har haft kombinationer av olika typer av medel som riktas mot missbruksområdet. Resultaten visar att endast 70 kommuner (24 procent) av samtliga uppger att de enbart har erhållit medel från vårdöverenskommelsen utan att dessa har kombinerats med andra medel, och hela 45 procent uppger att vårdöverenskommelsemedlen har erhållits i kombination med andra bidrag med bäring på missbruksområdet. Tabell 5 visar även att hela 11 procent av de tillfrågade uppger att deras kommun har erhållit medel från vårdöverenskommelsen samt ytterligare en eller två andra medelstildelningar för drogforebyggande insatser.

Ett sätt att försöka belysa de eventuella effekterna av medlen från vårdöverenskommelsen är att jämföra hur kommunerna svarade 2006 respektive 2008 på frågan om de har sin verksamhet organiserad som en missbruksenhet.⁸ Jämförelsen mellan de båda mätillfällena redovisas i tabell 6.

⁸ Formuleringen i 2006 års enkät var ”specialiserad missbruksenhet”.

Tabell 5. Kombinationer av erhållna medel för drogforebyggande insatser (samtliga svarande 2008)

Erhållna medel (egna uppgifter) n = 283	Antal	%
Inga erhållna medel	88	31
Enbart vårdöverenskommelsen	70	24
Vårdöverenskommelsen samt alkohol- och narkotikaförebyggande insatser	17	6
Vårdöverenskommelsen samt utveckling av missbruksvårdsprojekt till ungdomar och vuxna	43	15
Vårdöverenskommelsen samt annat/andra medel	36	13
Vårdöverenskommelsen, utveckling av missbruksvårdsprojekt till ungdomar och vuxna samt annat/andra medel	2	1
Vårdöverenskommelsen, alkohol- och narkotikaförebyggande insatser samt utveckling av missbruksvårdsprojekt till ungdomar och vuxna	16	6
Vårdöverenskommelsen, alkohol- och narkotikaförebyggande insatser, utveckling av missbruksvårdsprojekt till ungdomar och vuxna samt annat	5	2
Vårdöverenskommelsen, alkohol- och narkotikaförebyggande insatser samt annat	6	2
Totalt	283	100

Av tabellen 6 framgår att antalet kommuner och kommundelar som uppger att de har inrättat verksamheten som en missbruksenhet var högre vid 2008 års mätning (83 procent) än 2006 (70 procent).

Tabell 6. Verksamheten organiserad som specialiserad missbruksenhet (2006 och 2008)

Fråga		Kommuner som känner till att de erhållit medel enligt vårdöverens- kommelsen	
		2006 n = 29	2008 n = 82
Verksamheten är organiserad som en missbruksenhet.	Ja	20 (70 %)	68 (83 %)
	Nej	9 (30 %)	14 (17 %)

Denna fråga om verksamheten är organiserad som en missbruksenhet går även att belysa för 2008 avseende de olika kategorier av svarande kommuner som har skapats (se tabell 7). En jämförelse mellan dessa kategorier på denna fråga visar att det är vanligare att de kommuner som faktiskt har erhållit bidrag från vårdöverenskommelsen (68 procent) än de som inte har fått medel (50 procent) har en inrättad missbruksenhet. Dessutom kan man se att de kommuner som känner till att de har erhållit medel är de som i högst grad uppger att en missbruksenhet finns (83 procent).

Tabell 7. Verksamheten organiserad som missbruksenhet (2008)

	Verksamheten organiserad som miss- bruksenhet
Kommuner som <i>känner till att de erhållit</i> medel enligt vårdöverenskommelsen n = 82	68 (83 %)
Kommuner som faktiskt <i>inte erhållit</i> bidrag enligt vårdöverenskommelsen n = 88	44 (50 %)
Kommuner som faktiskt <i>erhållit</i> bidrag enligt vårdöverenskommelsen n = 195	133 (68 %)
Kommuner som faktiskt erhållit bidrag enligt vårdöverenskommelsen men <i>inte</i> <i>svarat enligt detta</i> n = 113	65 (58 %)

Ett annat intressant sätt att belysa frågan om eventuella effekter av de aktuella utvecklingsmedlen är att studera *när* kommunerna som uppger att de har inrättat missbruksenheter gjorde detta. Frågor kring detta ställdes i 2008 års enkät och resultaten redovisas i tabell 8. Tyvärr är svarsfrekvensen på denna fråga låg (42 procent respektive 67 procent). De kommuner som känner till att de har erhållit medel från vårdöverenskommelsen är de som har den bästa svarsfrekvensen på frågan (67 procent). De kommuner som faktiskt inte har erhållit bidrag har så låg svarsfrekvens som 42 procent. Tabellen, som alltså redovisar förhållandena för 2008, visar att de kommuner som känner till att de har erhållit medel från vårdöverenskommelsen i högre grad (62 procent) svarar jakande på denna fråga än övriga kommunkategorier. När det gäller de kommuner och kommundelar som faktiskt har erhållit bidrag (54 procent) och de som inte fått bidrag (54 procent) finns inga skillnader i tillkomsten av enheter under denna period.

Tabell 8. Hur länge missbruksenheten har funnits i kommunen/kommundelen (2008)

	Missbruksenhet har funnits i kommunen/kommundelen sedan år:		
	1980–1989	1990–1999	2000–2009
Kommuner som <i>känner till att de erhållit</i> medel enligt vårdöverenskommelsen n = 55	7 (13 %)	14 (25 %)	34 (62 %)
Kommuner som faktiskt <i>inte erhållit</i> bidrag enligt vårdöverenskommelsen n = 37	3 (8 %)	14 (38 %)	20 (54 %)
Kommuner som faktiskt <i>erhållit</i> bidrag enligt vårdöverenskommelsen n = 111	16 (14 %)	35 (32 %)	60 (54 %)
Kommuner som faktiskt erhållit bidrag enligt vårdöverenskommelsen men <i>inte svarat enligt detta</i> n = 53	9 (17 %)	18 (34 %)	26 (49 %)

Det är också intressant att bryta ut åren 2006–2008 och studera dem separat eftersom det är under denna tidsperiod som medlen från vårdöverenskommelsen kunde ha någon egentlig effekt för inrättandet av en missbruksenhet. Studerar man de angivna åren separat visar resultaten följande: Bland de kommuner som *känner till* att medel har erhållits från vårdöverenskommelsen uppgår 24 procent (13 stycken) av samtliga svarande att enheten tillkom under perioden 2006–2008. Bland de kommuner som faktiskt har *erhållit bidrag* enligt vårdöverenskommelsen är motsvarande siffra 22 procent (25 stycken). Bland de kommuner som faktiskt har *erhållit bidrag* enligt vårdöverenskommelsen *men inte svarat enligt detta* är siffran 23 procent (12 stycken). Bland de kommuner som *inte har erhållit* medel från vårdöverenskommelsen, slutligen, är motsvarande siffra 27 procent (10 stycken).

Tanken med vårdöverenskommelsen var att medlen skulle leda till att det skapades en missbruksenhet inom kommunen och att personalen på dessa enheter skulle ha högre kompetens än vad som annars är fallet inom liknande verksamheter. Av denna anledning ställdes frågor kring den kompetens som personalen i kommunerna har. I detta fall jämfördes de kommuner som har erhållit medel från vårdöverenskommelsen och de som inte har fått sådana medel när det gäller dels hur stor andel av personalen som arbetar med missbruks- och beroendeproblematik som har högre utbildning, dels hur stor andel av dem med högre utbildning som har vidareutbildning med relevans för missbruksområdet.

När det gäller frågan om hur stor andel av personalen som arbetar med missbruks- och beroendeproblematik som har högre utbildning visar resultaten inte på några signifikanta skillnader mellan de båda kommunkategorierna. Däremot är fallet ett annat när det gäller frågan om hur stor andel av personalen som har vidareutbildning ($p = 0.047$). Denna fråga redovisas i tabell 9. Tabellen är inte lättolkad, men det framgår ändå att en proportio-

nellt sett större andel av de kommuner och kommundelar som faktiskt har erhållit medel från vårdöverenskommelsen skattar att de i en högre andel av ärendena har personal som arbetar med missbruks- och beroendeproblematik och som har högre utbildning samt vidareutbildning med relevans för området. Det framgår till exempel att det är färre kommuner av dem som har erhållit medel (14 procent) än bland dem som inte har erhållit medel som anger att de inte har personal med sådan kompetens i några ärenden alls. Resultaten visar även att det är betydligt fler (20 procent) av dem som har erhållit medel från vårdöverenskommelsen som anger att 51–75 procent av personalstyrkan har relevant vidareutbildning. Motsvarande siffra för de kommuner som inte har erhållit medel är 15 procent.

Tabell 9. Andelen av personalen med högre utbildning som har vidareutbildning med relevans för området och som arbetar med missbruks- och beroendeproblematik

	Hur stor andel av personalen som arbetar med missbruks- och beroendeproblematik har högre utbildning samt vidareutbildning (minst 4 veckors heltid) med relevans för området?				
	0 %	1–25 %	26–50 %	51–75 %	76–100 %
Kommuner som faktiskt erhållit bidrag enligt vårdöverenskommelsen n = 191	27 (14 %)	47 (25 %)	23 (12 %)	39 (20 %)	55 (29 %)
Kommuner som faktiskt inte erhållit bidrag enligt vårdöverenskommelsen n = 87	22 (25 %)	12 (14 %)	15 (17 %)	13 (15 %)	25 (29 %)

I 2008 års enkät ställdes även en direkt fråga till de svarande i kommunerna om vilka effekter som medlen enligt vårdöverenskommelsen haft för att inrätta och/eller utveckla en missbruksenhet. Denna fråga riktades enbart till de 34 kommuner som uppger att de har fått medel för detta ändamål enligt vårdöverenskommelsen (se tabell 10). När det gäller denna fråga svarar 27 (79 procent) av de kommuner som fått medel till detta ändamål att medlen har bidragit till en avsevärd utveckling av den befintliga verksamheten eller att de har bidragit till en viss utveckling av verksamheten. 9 kommuner (26 procent) anger att pengarna har bidragit till att de har kunnat inrätta en missbruksenhet som en ny verksamhet.

Tabell 10. Effekter av medlen från vårdöverenskommelsen på inrättandet eller utvecklandet av en missbruksenhet (2008)

De effekter som de svarande som erhållit medel från vårdöverenskommelsen för att inrätta eller utveckla en missbruksenhet bedömer att medlen haft för detta ändamål	2008 (n = 34).
Missbruksenhet har inrättats som ny verksamhet.	9 (26 %)
Medlen har bidragit till avsevärd utveckling av befintlig verksamhet.	14 (41 %)
Medlen har bidragit till viss utveckling av befintlig verksamhet.	13 (38 %)
Medlen har bidragit till liten utveckling av befintlig verksamhet.	0
Medlen har inte bidragit till någon utveckling av befintlig verksamhet.	0
Medlen har bidragit till annan effekt.	4 (12 %)

Sammanfattningsvis visar resultaten att antalet kommuner som känner till och uppger att de har erhållit medel för vårdöverenskommelsen ökade avsevärt mellan de båda tidpunkterna. Vidare framgår att en icke oväsentlig del av de kommuner som har fått medel från vårdöverenskommelsen vid sidan om dessa medel även har erhållit andra statliga bidrag för att utveckla missbruksvården. En icke obetydlig andel av kommunerna har dessutom erhållit fler än en sådan typ av annat bidrag vid sidan om vårdöverenskommelsen. Det framgår också att andelen kommuner som har erhållit medel och som känner till det och som har organiserat sin verksamhet som missbruksenhet ökade markant mellan de båda åren 2006 och 2008. Vidare framgår av den mätning som gjordes 2008 att det finns en skillnad mellan kommuner och kommundelar som har erhållit och som inte har erhållit medel från vårdöverenskommelsen när det gäller förekomsten av missbruksenheter. I den förra kategorin är det betydligt vanligare att det finns en missbruksenhet.

Av resultaten framgår emellertid även att det inte finns några stora skillnader i skapandet av missbruksenheter under de två senaste decennierna mellan de olika kategorier svarande som har analyserats. Till exempel är andelen kommuner och kommundelar som har upprättat en missbruksenhet under 2000-talet inte högre bland dem som har erhållit medel än bland dem som inte har erhållit medel från vårdöverenskommelsen.

Vidare visar resultaten att när det gäller frågan om hur stor del av personalen som arbetar med missbruks- och beroendeproblematik som har högre utbildning finns inga signifikanta skillnader mellan de båda kommunkategorierna, dvs. de som har erhållit och de som inte har erhållit medel. Däremot är fallet ett annat när det gäller frågan om hur stor andel av personalen som har vidareutbildning. I detta hänseende har en proportionellt sett större andel av de kommuner och kommundelar som faktiskt har erhållit medel från vårdöverenskommelsen skattat att de har en högre andel personal med högre utbildning samt vidareutbildning med relevans för att arbeta med missbruks- och beroendeproblematik. Slutligen framgår även att en relativt stor andel (två femtedelar) av de svarande som har erhållit bidrag för att utveckla en

missbruksenhet bedömer att medelstilldelningen har bidragit avsevärt till en sådan utveckling, och en ungefär lika stor andel bedömer att medlen har haft viss betydelse.

4. 1. 1. 2 Urvalsstudien

Från kommunernas håll förmedlades inledningsvis vid de intervjuer som genomfördes med verksamhetsrepresentanterna en relativt osammanhängande bild av vad kommunerna har erhållit medel för. Flera intervjuer ägnades i ett första skede åt att reda ut oklarheter kring vilka medel det gäller samt vilka av kommunens projekt, verksamheter och/eller utbildningsinsatser som helt eller delvis har bekostats av de aktuella utvecklingsmedlen. Många kommuner blandar ihop utvecklingsmedlen för vårdöverenskommelsen med den övriga medelsfördelningen från länsstyrelserna (se Socialstyrelsen 2007; Socialstyrelsen 2008).

Jag är osäker på vilket statsbidrag det gäller, vi får ju miljontals kronor varje år från staten, så vilket projekt är det här? Vill du berätta det? (Övriga kommuner > 25 000 invånare)

Denna sammanblandning har varit en försvårande omständighet i utvärderingen av vårdöverenskommelsen. Samtidigt som kommunerna har haft möjlighet att söka medel för detta ändamål har det figurerat andra medel inom socialtjänstens verksamhetsområden. Exempel på andra medel är bland annat bidrag för alkohol- och narkotikaförebyggande åtgärder (Socialstyrelsen, 2006, 2007), medel för ungdomsvård och missbrukarvård (a.a.) samt diverse EU-medel och tidigare insatser såsom "Vårdkedjeprojektet" (se t.ex. Fäldt m.fl., 2008) och "Ett kontrakt för livet" (Hajighasemi, 2008). Till följd av att olika bidrag har tilldelats kommunerna har det i vissa fall varit svårt att urskilja exakt vad som faktiskt har finansierats av medlen för vårdöverenskommelsen, då även kommunerna har haft svårigheter att hålla isär tillskotten av externa medel.

Ibland är det så många projekt och utvecklingsmedel att det är jobbigt att hålla reda på det, och så säger alla att det är klart att ni ska söka det och det är klart att det är lockande att här finns det en miljon. (Större stad)

Vid intervjuer med företrädare för mindre kommuner där den intervjuade personen också arbetar med andra områden än missbruk inom socialtjänsten förefaller de aktuella medlen bli ett i mängden av medel som också har betalats ut för exempelvis ungdomar eller kvinnoinsatser.

I möten med större kommuner har problemen att reda ut vilken medelstilldelning som utvärderingen berör snarare handlat om att somliga av kommunerna har haft ett stort inflöde av skilda bidrag de senaste åren och därför haft svårt att skilja ut medlen för vårdöverenskommelsen från övriga tilldelade medel. Det visar sig också, särskilt i större kommuner, att medel har tilldelats för samma sak, exempelvis att utveckla individuella vårdplaner, men att medlen kommer från olika medelsgivare. Av intervjuerna fram-

kommer det att det saknas en tydlig organisatorisk samordning i dessa kommuner för att arbeta tillsammans med gemensamma angelägna frågor. I en större förvaltning kan denna brist till exempel resultera i att man på olika avdelningar, så som inom socialpsykiatri, erhåller medel via så kallade "Miltonpengar". Individ- och familjeomsorgen kan dock få medel för samma ändamål genom vårdöverenskommelsen som gäller stimulans till bättre vård och behandling av personer med tungt missbruk.

Vi upptäckte helt plötsligt att vi fått medel för samma sak, men då var det socialpsykiatri som jobbade med individuella vårdplaner med hjälp av Miltonpengar och vi på IFO gjorde samma sak men med pengar från annat håll. (Större stad)

I ett fåtal större kommuner där medel erhållits för fler ändamål har det visat sig att de har tagit på sig ett för stort uppdrag med att både genomföra utbildningssatsningar och införa individuella vårdplaner, och vidareutveckla missbruksvården i stort. Detta har resulterat i att de inte klarat att genomföra alla de ålagda projekten i den takt de har haft för avsikt. Det saknades i den egna organisationen en tydlig planering för hur personalresurserna skulle användas för olika projekt och utbildningssatsningar. Personalresurserna har helt enkelt inte varit tillräckliga för genomförandet av flera olika parallellt pågående projekt.

Vi fick pengar för ganska många projekt och vi startade med allt på en gång. Vi insåg efter en tid att vi fick prioritera för det gick inte även om vi hade ambitioner. Personalresurserna räckte inte eftersom vi också har det löpande arbetet att ta hänsyn till. (Större stad)

Under 2007 publicerades de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården och de fick stort genomslag i Sveriges kommuner.⁹ Det stora genomslaget omvittnas inte minst av de intervjuade verksamhetsföreträdarna. I princip alla framhåller sitt arbete med riktlinjerna. En rimlig hypotes vid utvärderingens start var att de nationella riktlinjernas införande hade kommit att påverka den parallella processen med vårdöverenskommelsen. Vid datainsamlingarna, såväl enkät som intervjuer, fördes olika synpunkter med bäring på riktlinjerna fram. Många "rättfärdigade" sina projekt med att referera till riktlinjerna. I de flesta kommuner som besöktes pågick ambitiösa arbeten för att implementera riktlinjerna i verksamheterna. Av de satsningar som initierades utifrån vårdöverenskommelsen under 2007 var 42 av 277 projekt uttalat inriktade mot att implementera riktlinjerna. Endast en av de kommuner vars verksamhetsrepresentant intervjuades för utvärderingen har emellertid erhållit medel för detta syfte.

Vi håller på att sätta oss in i dem (nationella riktlinjerna), vi bjöd in Socialstyrelsen så de var här och presenterade riktlinjerna. Men det

⁹ De nationella riktlinjerna ska även fungera som vägledning för hälso- och sjukvården, men dess eventuella genomslagskraft där vågar inte vi uttala oss om då vi endast mött kommunanställda.

var mer med utgångspunkt i hur man arbetat fram dem ... Så vi sätter oss in i det här, ska läsa in oss på boken. (Förortskommun)

Det sätt som kommunen ovan har valt att hantera riktlinjerna är ganska likt även andra verksamhetsrepresentanters berättelser, trots att dessa inte har erhållit specifika bidrag för detta syfte. Vidare har det visat sig att många av verksamheterna har arbetat aktivt med att implementera riktlinjerna genom studiecirkelar och föreläsningar. Det framkommer också att många kommuner har avsatt delar av medlen (som de erhållit för andra ändamål) för att fördjupa kunskaperna kring de nationella riktlinjerna samtidigt som de har försökt förstärka de delar inom verksamheten och vårdöverenskommelseprojekten som har bäring på riktlinjerna.

Vi kollade nationella riktlinjerna – vad är gångbart? Det statliga bidraget [medel för vårdöverenskommelsen] har varit en förutsättning för att vi ska kunna uppfylla riktlinjerna vad det gäller beroendevården. Vi hade aldrig kunnat ta språnget så snabbt annars. (Större stad)

Det finns en växelverkan mellan medlen och de nationella riktlinjerna, vilken visar sig i flertalet kommuner. Ingen kommun har dock behövt ändra sina planer på vad som skulle ske med medlen på grund av de nationella riktlinjerna, utan snarare har de valt att betona annorlunda eller fokusera ytterligare på vissa delar inom projekten. Men kommunerna har också en mekanisk syn på riktlinjerna. Vid frågor kring varför verksamheterna till exempel har valt vissa metoder eller bedömningsinstrument hänvisar de intervjuade oftast direkt till att de omnämns i de nationella riktlinjerna. Världigt få kan motivera varför en viss metod anses vara välfungerande. Detta tyder på att de nationella riktlinjerna används som en uppslagsbok snarare än en djupare källa till kunskap. Likaså när intervjuerna närmat sig begreppet evidensbaserat har flertalet respondenter resolut hänvisat till riktlinjerna i stället för att beskriva sin egen uppfattning om evidensbaserat socialt arbete.

Alla respondenter uttrycker sig dock mycket positivt om de nationella riktlinjerna och sätter stora förhoppningar till att de ska bidra till en utveckling av arbetet med missbruk. Framför allt är förväntningarna höga på att samarbetet med landstinget ska förbättras, vilket grundar sig i att riktlinjerna riktar sig till såväl kommunerna som landstingen. Riktlinjernas tillkomst och offentlighöjande kan sägas ha påverkat kommunernas hantering av statsbidraget i den meningen att de har valt att fokusera på de delar i projekten som har starkt stöd av riktlinjerna, samt att många upplever stöttning i försöken till att utveckla och förbättra samverkan med andra aktörer på missbruksarenan.

Verksamhetsföreträdarna välkomnar även de nationella riktlinjerna på andra sätt. De pekar på betydelsen av att missbruksvården i kommunerna på så sätt har synliggjorts och att detta också kommer att bli en konsekvens för politiska ställningstaganden i kommunerna. Flera verksamhetsföreträdare påtalar att missbruksvården inte har varit ett prioriterat område, utan den har snarare kommit i skymundan till förmån för andra verksamhetsområden.

Insatser mot ” tungt missbruk”. Samtliga kommuner som hade tagit del av medlen vid tidpunkten för intervjun uppger sig vara nöjda med de insatser de har genomfört som en följd av att de har erhållit medel. Dock framkommer i flera kommuner att det har varit otydligt med vad som avses med ”tungt missbruk” och att definitionen i kommunen inte varit densamma som länsstyrelsen har förmedlat.

När länsstyrelsen gick ut och informerade om tungt missbruk så tolkade vi det som om det gällde heroinister och sådana missbrukare har vi inte i vår kommun, därför sökte vi först inga pengar men sedan visade det sig ju att det inte alls var så, vi var ute i sista minuten. (Övriga kommuner < 12 500 invånare)

Detta har också inneburit att det finns kommuner som i efterhand har insett att de skulle ha sökt ytterligare medel om definitionen varit tydligare inledningsvis.

Inrätta en specialiserade missbruksenhet

Gemensamt för de tre ansökningsområdena 1) inrätta specialiserad missbruksenhet, 2) organisera en gemensam missbruksenhet tillsammans med andra kommuner och 3) inrätta lokal öppenvårdsmottagning i samverkan med landstingets beroendevård och psykiatri är att innehållet i det kommunerna har utträttat kraftigt avviker från beskrivningarna i utredningen om vårdöverenskommelsen (SOU 2005:82).

Sett till huruvida kommunerna faktiskt genomför insatser i linje med ansökningsområdet måste inrättandet av specialiserade missbruksenheter sägas vara den kategori där insatserna avviker mest från beskrivningen i betänkandet (SOU 2005:82). Ingen av de besökta kommuner som erhållit medel utifrån att länsstyrelsen insorterat deras ansökningar under det aktuella området har infört en så kallad specialiserad missbruksenhet. I stället har kommunerna förstärkt missbruksvården med extra personal, startat stödboenden, utvecklat samverkan med närliggande kommuner och/eller landstingets beroendevård och psykiatri samt vidareutbildat personalen. Syftet med att inrätta specialiserade missbruksenheter är att personer med missbruks- eller beroendeproblematik bör mötas av en tydlig kommunal organisation, gärna med ingång i socialtjänsten (SOU 2005:82, s. 56).

I samtliga kommuner där intervjuer genomförts har frågan ställts om de har en specialiserad missbruksenhet och om de kan beskriva vad en sådan enhet är för något. Det framgår tydligt att uttrycket ”missbruksenhet” betraktas som förlegat av respondenterna, och att de flesta snarare benämner sina verksamheter med mer neutrala ord som exempelvis ”vuxenenhet” eller ”beroendeenhet”. Uttrycket ”specialiserad missbruksenhet” definieras på skilda sätt i de studerade kommunerna. I en majoritet av kommunerna framkommer att de betraktar sin verksamhet som en specialiserad missbruksenhet, men innehållet varierar till sin karaktär. Detta kan innebära en öppenvårdsmottagning där man arbetar behandlande eller både utredande och behandlande och dit personer med missbruksproblem kan vända sig såväl ano-

nymt som genom tidsbokade möten. I flera fall ställer uttrycket ”specialiserad” till det. Det kan handla om att man i kommunerna tänker sig att man inom ramen för verksamheten ska specialisera sig på något alternativt att man ska ha en bredare kompetens än så.

Nej, det har jag inte gjort [hört talas om begreppet specialiserad missbruksenhet], men däremot har jag under de åren som jag har arbetat hört diskussioner om att man ska specialisera sig på något eller om man ska kunna allt. (Förortskommun)

I några andra fall tänker man sig att specialiseringen har att göra med att en enhet ska ha mer resurser men att också läkarkompetensen tillmäts betydelse.

... beroendecentrum kallar vi ibland för en specialiserad missbruksenhet. Att vi har den största kunskapen i kommunen om frågan. Personer med beroende eller missbruk finns ju inte bara på beroendecentrum, de flesta är ju på vårdcentraler och dylikt, vårdcentralerna har här det största ansvaret för personer med alkoholproblematik av olika slag, så de använder beroendecentrum som en specialistenhet, som psykiatrin är för oss. Vi träffar ju massor av personer med psykiatriska problem, vi remitterar ju också in till beroendecentrum där de har större resurser, de har tillgång till beroendeläkare och så vidare, så det är väl ungefär den betydelsen det har om det gör dig något klarare i huvudet. Det är där som det finns mest kompetens att hantera problemet. (Förortskommun)

I allmänhet tänker man sig att verksamheten ska vara specialiserad mot att arbeta med personer med missbruks- och beroendeproblematik, men de frågor som återkommer är vilken kompetens som krävs för att möjligen kalla sin verksamhet för specialiserad missbruksenhet.

Nej ... Men specialiserad, vad krävs för att få kalla sig det? På det sättet har vi ju en verksamhet som är specialinriktad mot människor och beroende ... sedan om du pratar om personalkompetens då blir det lite svårare, vad krävs för att arbeta på en specialiserad enhet, för i min värld borde det finnas en koppling där. Vad krävs för att du ska få kalla dig specialist? Räcker det med att du har socionomexamen eller ska du ha mer kunskap? (Större städer)

Jag kan tänka mig kommuner som Stockholm eller Göteborg att där finns specialiserade enheter som bara jobbar med tvång, LVM, men det skulle ju inte räcka till i en så här liten kommun. ... Vi är specialiserade på så sätt att vi arbetar med missbruksfrågor. (Övriga kommuner < 12 500 invånare)

Vanligt förekommande är också att personer med missbruksproblem remitteras via socialförvaltningarnas utredningsenheter. Inom ramen för dessa

missbruksenheter arbetar olika personalkategorier så som mentalskötare, socionomer, psykologer, sjuksköterskor och läkare. Hur personalsammansättningen ser ut skiljer sig markant mellan de studerade kommunerna, där större kommuner i allt högre utsträckning har personal med en varierande kompetens medan det i mindre kommuner förekommer att endast en eller ett par socionomer svarar för ”missbruksenheten”. Det kan också handla om att en avdelning inom socialförvaltningen där man arbetar med utredningar betraktas som en specialiserad missbruksenhet.

En specialiserad missbruksenhet skulle ju kunna tänkas innehålla en medicinsk bedömning, en psykologisk bedömning, men här har vi ju ändå beteendemänniskor som alkohol- och drogterapeuter och sjuksköterska, men ingen myndighetsutövning här på rådgivningsbyrån. Då kan man ju säga att vi är specialiserade på alkohol för vi kör återfallsprevention, MI och har alkohol- och drogterapeut, och sedan har vi beroendecentrum som är specialiserade på narkotika. (Större stad)

Sammanfattningsvis kan sägas att uppgifterna kring vad kommunerna egentligen har erhållit medel för delvis måste betraktas som osäkra, då de intervjuade ibland inte med säkerhet kan säga precis vad medlen har avsett eller vad som finansierar de insatser som görs. Dessutom framgår av intervjuerna att kommunerna har använt en del av medlen från vårdöverenskommelsen för att fördjupa sina kunskaper om de nationella riktlinjerna. Det framgår också att de begrepp som används i processen kring medelstilldelningen inte har varit helt lätta för kommunerna att förstå innebörden av. ”Tungt missbruk” är ett sådant uttryck som oklarheter har funnits runt. Utöver detta framgår även av intervjuerna att uttrycket ”specialiserad missbruksenhet” är främmande för de personer som har intervjuats i kommunerna, och det står klart att ordet ”missbruksenhet” betraktas som förlegat och att de flesta snarare benämner sina verksamheter med mer neutrala uttryck som ”vuxenenhet” eller ”beroendeenhet”. Som tidigare nämnts organiseras missbruksvården i kommunerna på skilda sätt: exempelvis i avskilda enheter där man endast arbetar med missbruksfrågor eller med så kallade vuxenfrågor, det vill säga ekonomiskt bistånd, missbruk, kvinnofrid och i viss mån boende och hemlöshet. Uttrycket ”specialiserad missbruksenhet” framstod även som diffust för utvärderingsgruppen, vilket resulterade i att kontakt togs via e-post med utredaren Kerstin Wigzell som hade i uppdrag att lämna förslag till en vårdöverenskommelse mellan staten och kommunsektorn för att således erhålla en definition av det. Wigzell hänvisade i sin tur till sekreteraren i utredningen av ”En vårdöverenskommelse om missbrukarvården” (dir 2004:164), Leif Jacobson, som kontaktades via telefon den 12 maj 2008. Inte heller han kunde ge någon definition av det aktuella begreppet utan föreslog att ordet ”specialiserad” helt enkelt skulle tas bort eftersom det ändå inte fyller någon funktion.

Ja du... nu så här efteråt så kanske det är ett ”specialiserat” för mycket. Det räcker ju egentligen med bara missbruksenhet. Ja, vi avsåg i alla fall de verksamheter där personalen endast arbetar med missbruk

och inget annat, som till exempel ekonomisk biståndsbedömning. (Leif Jacobson)

4. 1. 2 Öppenvårdsmottagning och samverkan kring missbruksenhet

4. 1. 2. 1 Totalundersökningen

I 2008 års enkät ställdes frågor om huruvida det fanns en öppenvårdsmottagning i kommunen samt hur länge den i så fall hade funnits. Resultaten gällande förekomsten av en öppenvårdsmottagning i kommunen redovisas i tabell 11. Av resultaten framgår att de kommuner som faktiskt har erhållit bidrag från vårdöverenskommelsen i betydligt högre grad (78 procent) än de som inte har erhållit bidrag (60 procent) svarade att det finns en öppenvårdsmottagning i kommunen. Resultaten visar även att de kommuner och kommundelar som känner till att de har erhållit bidrag är de som i störst omfattning (83 procent) uppger att det finns en öppenvårdsmottagning.

Tabell 11. Förekomsten av öppenvårdsmottagning i kommunen/kommundelen (2008)

	Finns det en öppenvårdsmottagning i kommunen/kommundelen?
Kommuner som känner till att de erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 82	68 (83 %)
Kommuner som faktiskt inte erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 88	53 (60 %)
Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 195	153 (78 %)
Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen men inte svarat enligt detta n = 113	85 (75 %)

För att om möjligt kunna belysa de eventuella effekterna av tilldelningen av de aktuella utvecklingsmedlen ställdes även frågan om när öppenvårdsmottagningen inrättades. Svaren på denna fråga redovisas i tabell 12. Även denna fråga har låg svarsfrekvens (50 procent respektive 66 procent beroende på kategori av kommun). Av tabellen är det svårt att utläsa några större skillnader mellan de olika kommunkategorierna. Ungefär lika många av de svarande som har erhållit medel (51 procent) som de som inte har erhållit medel från vårdöverenskommelsen (52 procent) svarade till exempel att öppenvårdsmottagningen hade tillkommit under 2000-talet.

Tabell 12. Hur länge öppenvårdsmottagning har funnits i kommunen/kommundelen (2008)

	Sedan år		
	1980–1989	1990–1999	2000–2009
Kommuner som <i>känner till att de erhållit</i> medel enligt vårdöverenskommelsen n = 82	15 (28 %)	15 (28 %)	24 (44 %)
Kommuner som faktiskt <i>inte erhållit</i> medel enligt vårdöverenskommelsen n = 88	4 (10 %)	16 (36 %)	23 (52 %)
Kommuner som faktiskt <i>erhållit</i> medel enligt vårdöverenskommelsen n = 195	29 (23 %)	32 (26 %)	63 (51 %)
Kommuner som faktiskt <i>erhållit</i> medel enligt vårdöverenskommelsen men <i>inte svarat enligt detta</i> n = 113	14 (7 %)	18 (26 %)	38 (54 %)

Det är särskilt intressant att söka belysa vilka eventuella effekter de tilldelade medlen hade åren 2006–2008 för tillkomsten av öppenvårdsmottagningar i kommunerna eftersom vårdöverenskommelsen gäller dessa år. Därför har denna fråga bearbetats separat. Studerar man de aktuella åren separat visar resultaten följande. Bland de kommuner som känner till att de har erhållit medel från vårdöverenskommelsen uppger 22 procent (12 stycken) av samtliga att enheter har tillkommit under perioden 2006–2008. Bland de kommuner som faktiskt har erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen är motsvarande siffra 23 procent (29 stycken). Bland de kommuner som inte har erhållit medel från vårdöverenskommelsen är siffran 20 procent (9 stycken). Bland de kommuner som faktiskt har erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen men inte svarat enligt detta, slutligen, är motsvarande siffra 24 procent (17 stycken).

I 2008-års enkät ställdes även frågor till kommunerna och kommundelarna om hur de bedömer effekterna av medlen när det gäller att starta en öppenvårdsmottagning. Dessa resultat redovisas i tabell 13. Denna fråga riktades enbart till de 53 kommuner som uppgav att de har fått medel för detta ändamål enligt vårdöverenskommelsen. När det gäller denna fråga svarade sammanlagt 35 (66 procent) av de kommuner som fått medel till detta ändamål att medlen har bidragit till avsevärd utveckling eller viss utveckling av befintlig verksamhet. Endast 4 kommuner (10 procent) bedömer att pengarna har haft liten eller ingen effekt alls.

Tabell 13. Effekter av medlen från vårdöverenskommelsen på inrättandet och/eller utvecklandet av öppenvårdsmottagning (2008)

Vilken effekt bedömer ni att medlen enligt vårdöverenskommelsen haft på inrättandet och/eller utvecklandet av öppenvårdsmottagningen?	2008 (n = 53)
Öppenvårdsmottagning har inrättats som ny företeelse.	17 (32 %)
Medlen har bidragit till avsevärd utveckling av befintlig öppenvårdsmottagning.	18 (34 %)
Medlen har bidragit till viss utveckling av befintlig öppenvårdsmottagning.	15 (44 %)
Medlen har bidragit till liten utveckling av befintlig öppenvårdsmottagning.	3 (8 %)
Medlen har inte bidragit till någon utveckling av befintlig öppenvårdsmottagning.	1 (2 %)

För att få veta i vilka omfattning olika former av öppenvårdsinsatser erbjuds i kommunerna och kommundelarna ställdes även frågor kring detta i 2008 års enkät. I tabell 14 redovisas svaren på dessa frågor för sådana insatser som på ett relativt direkt sätt är relaterade till behandlingen av just personers missbruksproblem. Resultaten särredovisas för de båda kommuntyperna, dvs. de kommuner som har erhållit medel och de som inte har erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen. Det interna bortfallet är i vissa frågor upp till 35 procent, varför svaren ska tolkas med en viss försiktighet. Av tabell 14 framgår dock att de kommuner som har erhållit medel från vårdöverenskommelsen erbjuder flest insatstyper (abstinensbehandling, läkemedelsassisterad behandling, psykofarmakabehandling, psykosocial behandling, utredning och diagnos samt återfallsprevention) i högre omfattning än de som inte har erhållit sådana medel. Tabellen visar till exempel att läkemedelsassisterad behandling kan erbjudas i 64 procent av de kommuner som har erhållit medel från vårdöverenskommelsen, medan motsvarande siffra bland de som inte har erhållit medel är 52 procent. De enda typerna av öppenvårdsinsatser med samma omfattning i de båda kommuntyperna är rådgivning och motiverande samtal, alltså i princip sådana insatser som kan sägas ha en lägre grad av specialisering.

Tabell 14. Kommuner/kommundelar som erbjuder öppenvårdsinsatser 2008 (redovisat i % av svarande, absoluta siffror inom parentes)

Öppenvårdsinsatser som erbjuds av verksamheten själv	Kommuner som faktiskt <i>erhållit</i> medel enligt vårdöverenskommelsen		Kommuner som faktiskt <i>inte erhållit</i> medel enligt vårdöverenskommelsen	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Abstinensbehandling	62 (69)	38 (43)	57 (57)	23 (23)
Läkemedelsassisterad behandling	64 (70)	36 (39)	52 (41)	48 (38)
Motiverande samtal	97 (125)	3 (4)	96 (84)	4 (3)
Psykofarmakabehandling	62 (67)	38 (40)	50 (39)	50 (38)
Psykosocial behandling	87 (105)	13 (16)	69 (57)	31 (25)
Rådgivning	99 (194)	1 (2)	99 (86)	1 (1)
Utredning/diagnos	85 (92)	15 (16)	74 (58)	26 (20)
Återfallsprevention	89 (103)	11 (13)	81 (66)	19 (15)

För att få veta i vilken mån medlen från vårdöverenskommelsen leder till att kommunerna samverkar med andra kommuner ställdes frågor kring detta i såväl 2006 som 2008 års enkäter (se tabell 15). När det gäller samverkan kan inga större skillnader identifieras mellan åren 2006 och 2008 inom gruppen kommuner som känner till att de har erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen. Resultaten visar att 7 kommuner (24 procent) år 2006 svarade att de samverkar med andra kommuner kring en gemensam missbruksenhet. Motsvarande siffra för 2008 var 18 kommuner (22 procent).

Tabell 15. Samverkan med andra kommuner/kommundelar kring en gemensam missbruksenhet (2006 och 2008)

Fråga		Kommuner som känner till att de <i>erhållit</i> medel enligt vårdöverenskommelsen	
		2006 n = 29	2008 n = 82
Samverkar kommunen/kommundelen med andra kommuner/kommundelar kring en gemensam missbruksenhet?	Ja	7 (24 %)	18 (22 %)
	Nej	22	64

För få en uppfattning om ifall det finns någon skillnad mellan de olika kommunkategorierna, alltså de som har erhållit medel och de som inte har erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen, när det gäller samverkan med andra kommuner kring en gemensam missbruksenhet har data organiserats för att kunna svara på detta. Denna jämförelse redovisas i tabell 16. Tabellen visar att det är något vanligare förekommande med samverkan kring en

gemensam missbruksenhet med andra kommuner i den kategorin kommuner som faktiskt har erhållit medel från vårdöverenskommelsen än vad det är bland de kommuner som inte har fått sådana medel.

Tabell 16. Förekomsten av samverkan med andra kommuner/kommundelar kring en gemensam missbruksenhet (2008)

	Samverkar kommunen/kommundelen med andra kommuner /kommundelar kring en gemensam missbruksenhet?
Kommuner som <i>känner till att de erhållit</i> medel enligt vårdöverenskommelsen n = 82	18 (22 %)
Kommuner som faktiskt <i>inte erhållit</i> medel enligt vårdöverenskommelsen n = 88	14 (16 %)
Kommuner som faktiskt <i>erhållit</i> medel enligt vårdöverenskommelsen n = 195	38 (19 %)
Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen men <i>inte svarat enligt detta</i> n = 113	20 (18 %)

I enkäten som distribuerades 2008 ställde även frågor till representanterna för de kommuner som erhöll medel för att samverka eller utveckla befintlig samverkan med andra kommuner kring en gemensam missbruksenhet, om hur de bedömer effekterna av de erhållna medlen. Av enkätsvaren framgår att 17 kommuner uppger att de har erhållit medel för detta ändamål. När det gäller kommunernas bedömning av de erhållna medlens effekter (se tabell 17) visar resultaten att sju kommuner (två femtedelar) bedömer att pengarna har bidragit till en avsevärd utveckling medan fem (en tredjedel) bedömer att de har bidragit till en viss utveckling. Endast en kommun bedömer att pengarna bara har bidragit till en liten utveckling. Cirka en tredjedel (fem stycken) av dem som erhöll medel har startat upp ny verksamhet.

Tabell 17. Effekter av medlen från vårdöverenskommelsen på inrättandet eller utvecklandet av en missbruksenhet tillsammans med annan kommun/kommundel (2008)

Vilken effekt bedömer ni att medlen enligt vårdöverenskommelsen haft på samverkan och/eller utveckling av befintlig samverkan med andra kommuner kring en gemensam missbruksenhet?	2008 (n = 17)
Samverkan har inletts som ny företeelse.	5
Medlen har bidragit till avsevärd utveckling av befintlig verksamhet.	7
Medlen har bidragit till viss utveckling av befintlig verksamhet.	5
Medlen har bidragit till liten utveckling av befintlig verksamhet.	1
Medlen har inte bidragit till någon utveckling av befintlig verksamhet.	0

Eftersom en intention med medlen enligt vårdöverenskommelsen var att stimulera inrättandet av lokala öppenvårdsmottagningar tillsammans med landstingens specialiserade beroendevård eller psykiatri ställdes i både 2006 och 2008 års enkäter frågor kring detta. När det gäller denna fråga finns möjligheter att jämföra svaren från de som känner till att de har erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen åren 2006 och 2008 (se tabell 18). Av dessa resultat framgår att år 2006 svarade 52 procent av kommunerna (15 stycken) av dem som känner till att de har erhållit bidrag från vårdöverenskommelsen att de inte samverkar kring en öppenvårdsmottagning med landstingets beroendevård eller psykiatri i deras kommun. För 2008 svarade endast 24 procent (20 stycken) i samma kategori att de inte samverkar med landstingets beroendevård eller psykiatri.

Tabell 18. Frånvaron av samverkan med landstingets beroendevård eller psykiatri kring öppenvårdsmottagning (2006 och 2008)

Fråga	Kommuner som känner till att de erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen	
	2006	2008
	n = 29	n = 82
Kommun som inte bedriver samverkan kring en öppenvårdsmottagning med landstingets beroendevård och/eller psykiatri ¹⁰	15 (52 %)	20 (24 %)

¹⁰ Formuleringen på frågan i 2006 och 2008 års enkäter är liktydig men inte helt överensstämmande. I resultatredovisningen redovisas endast de som svarade nekande. Detta av bearbetningstekniska skäl.

För att få veta hur samverkan med landstingets beroendevård och psykiatri ser ut i de olika grupper av kommuner som har svarat, alltså de som erhöll medel och de som inte erhöll medel för vårdöverenskommelsen, har också detta studerats. Dessa resultat redovisas i tabell 19. Tabellen redovisar frånvaron av samverkan. Av tabellen kan utläsas att det är något vanligare att företrädare från de kommuner som faktiskt inte har erhållit medel från vårdöverenskommelsen (19 procent) svarar att de inte har samverkan med landstingets beroendevård och psykiatri än vad det är bland de kommuner som faktiskt har erhållit medel från vårdöverenskommelsen (17 procent).

Tabell 19. Frånvaron av samverkan kring en öppenvårdsmottagning med landstingets beroendevård och/eller psykiatri (2008)

	Kommunen bedriver <i>inte</i> samverkan kring en öppenvårdsmottagning med landstingets beroendevård och/eller psykiatri
Kommuner som <i>känner till att de erhållit</i> medel enligt vårdöverenskommelsen n = 82	20 (24 %)
Kommuner som faktiskt <i>inte erhållit</i> medel enligt vårdöverenskommelsen n = 88	15 (17 %)
Kommuner som faktiskt <i>erhållit</i> medel enligt vårdöverenskommelsen n = 195	37 (19 %)
Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen men <i>inte svarat enligt detta</i> n = 113	18 (16 %)

I enkäten som distribuerades 2008 ställdes även frågor till representanterna för de kommuner som erhöll medel för att samverka eller utveckla befintlig samverkan med landstingets beroendevård eller psykiatri kring en gemensam missbruksenhet, om hur de bedömer effekterna av de erhållna medlen. Detta redovisas i tabell 20. År 2008 uppgav 52 kommuner att de har erhållit medel från vårdöverenskommelsen för detta ändamål. Av dessa bedömer drygt en tredjedel (18 stycken) att medlen har bidragit till en avsevärd utveckling av befintlig öppenvårdsmottagning. Ungefär lika många (15 stycken) svarar att medlen har bidragit till en viss utveckling. Färre än var tjugonde (2 stycken) menar att medlen inte har bidragit till någon eller till bara en liten utveckling. Cirka en tredjedel (17 stycken) av de svarande uppger att de inte samverkar kring en öppenvårdsmottagning med landstingets beroendevård och/eller psykiatri.

Tabell 20. Effekter av medlen från vårdöverenskommelsen på samverkan med landstingets beroendevård (2008)

Om medel erhållits för att samverka och/eller utveckla samverkan med landstingets beroendevård, vilken effekt bedömer ni att medlen haft?	2008 (n = 52)
Samverkan har inletts som ny verksamhet.	17
Medlen har bidragit till avsevärd utveckling av befintlig öppenvårdsmottagning.	18
Medlen har bidragit till viss utveckling av befintlig öppenvårdsmottagning.	15
Medlen har bidragit till liten utveckling av befintlig öppenvårdsmottagning.	2
Medlen har inte bidragit till någon utveckling av befintlig öppenvårdsmottagning.	1
Medlen har bidragit till annan effekt	2

Sammanfattningsvis visar resultaten följande: En större andel av de kommuner som erhöll medel än de som inte erhöll medel från vårdöverenskommelsen har inrättade öppenvårdsmottagningar. När det gäller under vilka tidsperioder dessa öppenvårdsmottagningar har skapats är resultaten mer svårtolkade. Det finns dock en liten tendens i materialet att de kommuner och kommundelar som har erhållit medel i något högre grad än de som inte har erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen inrättade sina öppenvårdsmottagningar åren 2006–2008, det vill säga under den tidsperiod som pengarna från vårdöverenskommelsen betalades ut. När det gäller effekterna av de tilldelade medlen för inrättande av öppenvårdsmottagning visar resultaten att en mycket stor andel av dem som har fått medel (66 procent) bedömer att de har bidragit till en avsevärd utveckling eller en viss utveckling av befintlig öppenvårdsverksamhet. Resultaten visar även att de kommuner som har erhållit medel från vårdöverenskommelsen i genomsnitt erbjuder fler olika typer av öppenvårdsinsatser än de kommuner som inte har erhållit sådana medel.

När det gäller de eventuella förändringar över tid som medlen haft på inrättandet av öppenvårdsmottagningar i samverkan med andra kommuner visar resultaten snarare på en liten minskning än ökning mellan åren 2006 och 2008, i de kommuner som känner till att de har erhållit medel från vårdöverenskommelsen. Vidare framgår av resultaten att samverkan med andra kommuner eller kommundelar kring en gemensam missbruksenhet är något större i de kommuner och kommundelar som har erhållit pengar från vårdöverenskommelsen än de som inte har fått detta bidrag. Resultaten visar även att den övervägande delen av de kommuner som erhöll medlen för att samverka med andra kommuner kring en öppenvårdsmottagning bedömer att medlen har bidragit till en viss eller avsevärd utveckling av den aktuella verksamheten.

När det gäller frågan om antalet öppenvårdsmottagningar i vilka samverkan sker med landstingets beroendevård eller psykiatri visar resultaten att det i de kommuner som känner till att de har erhållit medel från vårdöverenskommelsen skedde en ökning mellan 2006 och 2008. Frågorna var dock inte formulerade på samma sätt i 2006 och 2008 års enkät, varför denna

skillnad får betraktas som något osäker. Betraktar man hur de olika kommunkategorierna, alltså de som har erhållit medel och de som inte har erhållit medel från vårdöverenskommelsen, svarade på frågan framgår att något fler av de kommuner som har erhållit än de som inte har erhållit medel svarade att de samverkar kring en öppenvårdsmottagning med landstingets beroendevård eller psykiatri. När det gäller de kommuner som 2008 faktiskt erhöll medel för ändamålet att samverka med landstingets beroendevård bedömer en övervägande andel av dem att medlem har bidragit till en avsevärd eller en viss utveckling.

4. 1. 2. 2 Urvalsundersökningen

Att organisera gemensamma missbruksenheter med andra kommuner för att få tillgång till fler och mer specialiserade resurser. Endast ett fåtal kommuner av dem som intervjuades har organiserat en gemensam missbruksenhet tillsammans med flera kommuner för att få tillgång till fler och mer specialiserade resurser. I de fall så skett handlar det om kommuner och kommunedelar som ingår i andra samverkansprojekt och genom det samarbetet har påbörjat en planering för att samordna missbruksvården. En orsak till att man valt att samverka är att de egna kommunerna har för små resurser och klientunderlag för att utveckla en egen missbruksenhet. I förekommande fall handlar det om ett arbete där mindre kommuner har anslutit sig till en något större kommun för att således samordna och tillföra ytterligare resurser. I detta avseende har stimulansmedlen haft betydelse då de har möjliggjort utvecklingen av en gemensam missbruksenhet med tillförande av ytterligare personalresurser och ytterligare kompetensnivå. Gemensamma utbildningsåtgärder har också genomförts. I de kommuner detta har genomförts ger man uttryck för att stimulansmedlen haft en särskild betydelse för genomförandet och för att också kunna permanenta verksamheten.

Att organisera gemensamma missbruksenheter är ett sätt att samla kompetens och resurser för att genomföra en specialisering av vården. På denna punkt finns det fler gemensamma nämnare än i föregående kategori. I de flesta fall förekommer någon form av samverkan kommuner emellan och i ett fall kan ett slags missbruksenhet sägas ha inrättats. I övrigt förefaller kommuner och stadsdelar inte ha något specifikt gemensamt, utan behov och vilja att finna samverkansformer är till synes inte avhängigt exempelvis kommunstorlek. Vad som skiljer samverkan åt är att mindre kommuner samverkar kring större områden såsom missbruksproblematik i sin helhet eller samsjuklighet, medan större kommuner och stadsdelar kan samverka antingen i syfte att stötta en mindre kommun eller för att öka specialiseringen inom ett mindre område. Att organisera en gemensam missbruksenhet har varit av särskilt stor betydelse och medlen har haft en avsevärd effekt, särskilt där mindre kommuner har slagit sig samman. En förklaring till detta är att de inte på något sätt skulle klara av att inrätta en missbruksenhet på egen hand, till följd av såväl ekonomiska som kompetensmässiga resurser.

Vi hade inte kunnat erbjuda en öppenvårdsmottagning om vi inte gått samman flera kommuner. Vi hade redan planerat för detta men sedan fanns möjlighet att söka pengar för detta ändamål. Det har varit helt

avgörande för att skapa en gemensam öppenvård för missbrukare där vi är tre kommuner som gått samman. (Övriga kommuner < 12 500 invånare)

Typiskt för storstäder som samorganiserar en missbruksenhet och där dessa upprättas som ett samverkansprojekt mellan flera olika stadsdelar är att verksamheten riktar sig till personer med beroendeproblematik men som är i behov av en eller flera öppenvårdsinsatser. Genom koordinerade insatser ska dessa personer kunna tillgodogöra sig den vård som erbjuds på hemmaplan. Viktigt har här varit att arbeta motiverande med klienterna för att därefter samordna olika insatser. Det som kan utgöra ett problem i ett sammanhang som detta är att de medverkande stadsdelarna har olika ekonomiska förutsättningar och resurser inom ramen för respektive förvaltning. Det innebär också att man har olika syn och förväntningar på vad en gemensam missbruksenhet ska innehålla.

Ett annat exempel på hur kommuner gemensamt har försökt utveckla missbruksvården med närliggande kommuner är att man samtidigt har anordnat gemensamma utbildningar, till exempel i MI, diverse bedömningsinstrument och ”kännedomsutbildningar” (ibland också med andra aktörer såsom kriminalvården och psykiatrin). Här beskriver respondenterna dock samverkan som en färskvara, vilken kräver kontinuerligt underhåll. Resultatet av de gemensamma utbildningsinsatserna uppnår inte full effekt då flera i personalgrupperna har slutat.

Inom ramen för kategorin ”organisera gemensam missbruksenhet tillsammans med andra kommuner” påträffas en specifik kommun vars placering ter sig obegriplig. Det gäller Gotlands kommun, vars geografiska läge i princip omöjliggör samarbete med andra kommuner. Därför utgör också Gotlands kommun ett bra exempel på den ovarsamhet med vilken de olika projekten har insortats i kategorier.

Fokus för den här delen av satsningen tolkas som ett möjliggörande av specialisering av missbruksvården genom samverkan med andra aktörer, främst andra kommuner och/eller stadsdelar. Mycket riktigt har majoriteten av de verksamheter som sökt medel för att organisera en gemensam missbruksenhet tillsammans med andra kommuner också gjort en satsning på att förbättra samverkan, men frågan är i vilken utsträckning och till vilken nytta? Många av de intervjuade beskriver samverkan som ”trevligt” och som ett fenomen som kräver personkännedom. Detta kan te sig förlegat då, i likhet med vad som också framkommer i intervjuerna, såväl socialtjänsten som psykiatrin har en stor personalomsättning, och den aktuella personkännedomen i så fall måste aktualiseras ständigt. Trots detta framhålls personkännedom i samtliga intervjuer, även med dem som har fått medel inom andra områden, som den främsta framgångsfaktorn i samverkansprocesser. Samverkansprojekten verkar sakna formaliserad långsiktighet, utan sträcker sig endast så långt som finansieringen. I de fall samverkan har stärkts genom gemensamma utbildningar finns inte heller dokumenterat hur verksamheterna planerar att upprätthålla samverkan över tid. Effekten av medlen varierar naturligtvis kraftigt inom en grupp som denna. Verksamheterna har sedan tidigare upplevt ett behov eller en press att samverka och medelstildelningen har möjliggjort gemensamma satsningar. I utredningen av vårdöverens-

kommelsen (SOU 2005:82) framstår samverkanssatsningar som det primära i kategorin ”organisera en gemensam missbruksenhet tillsammans med andra kommuner”, medan det vid intervjuerna inte alls betonas likadant. I stället, som vi ser och tolkar saken, har samverkansfrågan ofta stått i skuggan av andra parallella projekt. En försvårande omständighet, vilken främst speglar sig i de fall där kommuner ska samverka med landstingen men också i samverkan mellan olika kommuner, är att det endast är *en* av verksamheterna som har sökt och erhållit medel för vårdöverenskommelsen. Detta innebär vanligtvis att det bara är en part av två eller flera som har motivation och ekonomiska förutsättningar att utveckla samverkan.

Vi höll på under en lång tid, hade mycket möten med tjänstemän och politiker. Man gjorde ett färdigt förslag, men det första förslaget blev återremitterat för det var en massa detaljfrågor, som färg på toapapper – den nivån va, som inte riktigt blev klara. Så då fick vi gå tillbaka och omarbota den och tala om att det ska vara gult toapapper för det är gröna väggar så det matchar varandra ... sådana här skitfrågor. Så var det nya träffar med politiker, och alla kommuner kom inte, man skickade inte rätt representanter, man var inte beslutsföra. (Större städer)

Detta är problem och svårigheter som har bäring i flertalet av de intervjuer där respondenterna vittnar om samverkansproblem. Hindren kan bland annat bestå av olika syn på vad som bör uppnås genom samverkan, den redan nämnda faktorn motivation till samverkan, samt också det upplevda behovet av att samverka.

Sammanfattningsvis visar resultaten att endast ett fåtal kommuner har organiserat en gemensam missbruksenhet tillsammans med andra kommuner för att få tillgång till mer och specialiserade resurser. Initiativet till att starta samverkan har i många fall stannat på personnivå och de nödvändiga strukturella förutsättningarna för samverkan har inte skapats. I de fall så skett handlar det om kommuner och kommundelar som ingår i andra samverkansprojekt och genom det samarbetet har påbörjat en planering för att samordna missbruksvården. I de fall det finns en samverkan har medlen möjliggjort utvecklingen av en gemensam missbruksenhet med tillförande av ytterligare personalresurser och ytterligare kompetensnivå. Gemensamma utbildningssatsningar har också genomförts.

Inrätta lokala öppenvårdsmottagningar i samverkan med landstingets beroendevård eller psykiatri. I betänkandet av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården (SOU 2005:82) bedömer utredaren det som viktigt att sätta individen i centrum genom att integrera socialtjänstens missbruksvård och landstingets beroendevård. Detta anses även vara kostnadseffektivt. Utredaren ger förslag till två alternativa organiseringsstrukturer, den ena där kommunens missbruksvård och landstingets beroendevård organiseras tillsammans och den andra där kommunal missbruksvård och lokal psykiatri eller primärvård organiserar en enhet gemensamt. Oberoende av struktur menar utredaren att mottagningen eller enheten bör erbjuda ”öppen mottagning för psykosocial behandlingsmotivation och medicinsk vård; göra sociala och medicinska utredningar och bedömningar; utveckla och

bedriva avgiftning i öppen vård; erbjuda stöd vid återfall” (SOU 2005:82, s. 57). I de flesta fall kan kommunerna sägas ha skapat variationer av dessa mottagningar innehållsmässigt.

I intervjuerna framkommer att kommunerna tillsammans med landstingen har haft gemensamma kompetenshöjande insatser, såsom utbildning i ASI, MI och samsjuklighet. Dessa satsningar ligger dock långt ifrån vad som skulle kunna beskrivas som en gemensam organisering med landstinget. Intervjupersonerna framstår inte som medvetna om de olika ansökningsområdena utan hänvisar i stället till att det är satsningar riktade mot ”tungt missbruk”.

I likhet med de två andra ansökningsområdena inom kategorin ”specialiserad och integrerad missbrukarvård” framstår verksamhetsföreträdarna i kommunerna i de flesta fall vara relativt omedvetna om att deras ansökning om utvecklingsmedel av länsstyrelserna har insorterats under området ”inrätta specialiserad öppenvårdsmottagning i samverkan med landstingets psykiatri eller beroendevård”. Till skillnad från exempelvis området ”inrätta specialiserad missbruksenhet” spretar dock inte denna kategori i samma utsträckning, utan det finns en gemensam beröringspunkt. Kommunerna hade redan vid projektets inledning en intention att utveckla samverkan med landstingets psykiatri och/eller beroendevård. Trots tillskottet av medel har kommunerna dock uppnått varierande resultat.

I majoriteten av de studerade kommunerna framkommer att samverkan har utvecklats positivt och att den har kommit till nytta för klienterna. Formerna för samverkan skiljer sig dock åt. Gemensamma utbildningssatsningar där såväl kommuner som landsting deltar har bidragit till en bättre samverkan i andra missbruksrelaterade ärenden, då man knutit kontakter med varandra och fått en ökad personkännedom samt kunskap om hur de olika huvudmännen har organiserat sina verksamheter.

I några kommuner har intentionerna inte varit att inrätta en lokal öppenvårdsmottagning i samverkan med landstingets beroendevård, utan bidraget har, som tidigare nämnts, i stället inneburit en förstärkning av personalresurserna så att personal från socialtjänsten regelbundet besöker landstingets psykiatri.

Vi har arbetat med samverkan att den ska förbättras, vilket innebär att vi till exempel varje vardag har en handläggare som åker upp till psyk [psykiatrisk intagnings- och behandlingsavdelning] för att fånga upp de klienter som läggs in för tillnyktring Vi gick en kännedomsutbildning och syftet var att öka och förbättra samverkan myndigheter emellan och psykiatri och den stora summan var kännedomsutbildningen, sedan var det kompetenshöjning för det har handlat mycket om det. (Större stad)

Trots relativt lyckade samverkanssatsningar med landstinget kan konstateras att samverkansprocesserna inte har varit enkla. Samtliga respondenterna anser att det är kommunen som är initiativtagare till samverkan. Ett problem som lyfts fram är att man i de olika organisationerna har olika avsikter och intentioner med samverkan och att den inte alltid är förankrad i de olika

organisationerna utan snarare bygger på enskilda personers initiativtaganden.

Det är ju massa barnsjukdomar att ta lärdom av, sedan gäller det att förmedla det vidare för det byts ju folk [personal], så att man får fast det i organisationen även om någon slutar. Det kan inte bara drivas av eldsjälar, utan alla ska vara lite eldsjälar. (Övriga kommuner < 12 500 invånare)

En annan påverkande faktor är organisationernas olika strukturer. I några kommuner framkommer att de har en välfungerande gemensam öppenvårdsmottagning tillsammans med landstingets beroendemottagning. Att detta har varit möjligt att genomföra anses vara ett resultat av att personalen i de båda organisationerna har arbetat många år hos respektive arbetsgivare och att man därför har god kännedom om varandra samt att gemensamma utbildningssatsningar också har bidragit till en ökad kunskap om varandras verksamheter. Detta har möjliggjort att såväl kommun som landsting knutit kontakter och vidareutvecklat gemensamma verksamheter.

I vår organisation har det fungerat bra och vi har varit ganska klara över att den här målgruppen [personer med samsjuklighet] finns och att det är viktigt att de blir sedda och inte hamnar mellan stolarna. Det är ingen kritik mot psykiatrin men det är en annan typ av organisation, kanske lite trögrörligare, och det har tagit längre tid för tanken att genomsyra hela psykiatrins synsätt. De har även tidigare haft de här patienterna, de har patienter med missbruk, men någonstans har de valt att se vissa och kanske inte andra. Nu tror jag att de är mycket mer medvetna, men det tar längre tid att implementera det här i ordinarie verksamheten [psykiatrin]. (Större stad)

Stimulansmedel till trots vittnar flera representanter för verksamheterna om samverkanssvårigheter med landstingets beroendevård och/eller psykiatri, men även med primärvården. Oenighet kring ekonomiska frågor är en orsak till samarbetssvårigheter. Olika typer av organisationer och ledning är en annan orsak som framhålls flitigt. De stora kontrasterna mellan huvudmännen framstår som en motverkande faktor till stimulansmedlens tilltänkta effekter. Medel för vårdöverenskommelsen har i första hand riktats till kommunala verksamheter och ansvaret kan därmed sägas vara ålagt kommunerna att ta initiativ till samverkan. Det sammanlagda resultatet av intervjuerna visar dock att det är svårt att utveckla samverkan. I flera av de fall som kan betraktas som lyckade har de kommunala verksamheterna definitivt tagit den större eller hela delen av den ekonomiska kostnaden, och på grund av den knappa tiden mellan utbetalningen av medlen för vårdöverenskommelsen och utvärderingens genomförande är det svårt att säga om de positiva effekterna är bestående eller avtar i och med att de externa resurserna minskar. I en majoritet av intervjuerna framkommer att det handlar såväl om organisations- som ledningsfrågor där en tydlig styrning av såväl politiker som chefer krävs, bland annat för att arbeta enligt de nationella riktlinjerna.

Sedan det här kriget som har varit i alla år. De [landstinget] är livrädda för att gå in i samarbete med kommunen för någonstans kommer det till att diskutera kostnader och då vill de inte vara med längre. ... Det stupar på ekonomin hela tiden. Sedan är det ju också en organisatorisk historia. Chefen för psykiatrin som är närmast oss har inte mandat att besluta om pengar, men i princip allt annat. Det är ett problem, när vi pratar om behandling så kan vi prata med chefen men gällande pengar så ska vi gå till en annan. Den säger i sin tur att "vi får inte ta dessa kostnader". Nähä, men ni har ju anmält till oss att patienterna behöver de här behandlingarna? Men ni kan inte ge medicin för att patienterna är onyktra, helt plötsligt ska vi ta hela åtagandet. (Övriga kommuner över 25 000 invånare)

Sammanfattningsvis visar resultaten att samverkan med landstinget i många fall har stannat vid att genomföra gemensamma utbildningar och att förstärka de egna personalresurserna. I de fall samverkan fungerar grundas denna på ett tidigare långvarigt samarbete. De intervjuade vittnar emellertid även om konflikter mellan huvudmännen som har sin grund i ekonomi, ledning och funktion.

4. 1. 3 Införande och användande av bedömningsinstrument

4. 1. 3. 1 Totalundersökningen

I 2008 års enkät ställdes frågor kring användandet av bedömningsinstrument i arbetet samt de eventuella medel från vårdöverenskommelsen som har erhållits för detta ändamål.

Resultaten visar att 84 kommuner svarade att de har erhållit medel för syftet att tillämpa och använda bedömningsinstrument. Hur kommunerna skattar vilka effekter dessa medel haft för användandet av bedömningsinstrument framgår av tabell 21. Sammanlagt 57 kommuner svarade på frågan om vilken betydelse medlen har haft för det aktuella ändamålet. Resultaten från denna fråga visar att 21 kommuner svarade att medlen haft mycket stor, eller stor betydelse. 7 procent av kommunerna (4 stycken) uppger att medlen haft liten eller ingen betydelse alls. I 40 procent av kommunerna (23 stycken) bedöms medlen ha bidragit till att bedömningsinstrument kunnat införas i verksamheten.

Tabell 21. Effekter av medlen från vårdöverenskommelsen för införandet eller tillämpningen av klientbedömningsinstrument

	2008 (n = 57)
Medlen har betytt att bedömningsinstrument kunnat införas.	23 (40 %)
Medlen har haft mycket stor betydelse för tillämpningen	14 (25 %)
Medlen har haft stor betydelse för tillämpningen	7 (12 %)
Medlen har haft viss betydelse för tillämpningen	9 (16 %)
Medlen har haft liten betydelse för tillämpningen	3 (5 %)
Medlen har ej haft någon betydelse för tillämpningen	1 (2 %)

Frågan om i vilken mån och för vilka ändamål kommunerna använder bedömningsinstrument är viktig ur ett vårdorganisationsperspektiv. I 2008 års enkät ställdes därför frågor till de aktuella kommuntyperna om detta (se tabell 22). Frågan om verksamheten tillämpar bedömningsinstrument för screening av missbruks- och beroendeproblematik gav följande resultat: Den lägsta omfattningen av användning finns enligt respondenterna i de kommuner som faktiskt inte har erhållit bidrag enligt vårdöverenskommelsen (82 procent av kommunerna). I övriga kategorier av svarande används bedömningsinstrument med det aktuella syftet i 91–93 procent av ärendena.

Tabell 22. Tillämpandet av bedömningsinstrument för screening av missbruks- och beroendeproblematik (2008)

Fråga		Kommuner som känner till att de erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 83	Kommuner som faktiskt inte erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 86	Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 192	Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen men inte svarat enligt detta n = 111
Tillämpar verksamheten bedömningsinstrument för screening av missbruks-/beroendeproblematik?	Ja	77 (93 %)	71 (82 %)	178 (91 %)	102 (92 %)
	Nej	6	15	14	9

I 2008 års enkät ställdes även en fråga om huruvida verksamheten tillämpar bedömningsinstrument för bedömning av klienters problemtyngd och hjälpbehov (se tabell 23). Denna fråga visar att den lägsta omfattningen av användning, enligt respondenterna själva, finns i de kommuner som faktiskt inte har erhållit bidrag enligt vårdöverenskommelsen (76 procent av kommunerna). Den högsta graden av användning uppges i de kommuner som känner till att de har erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen (används

för det aktuella ändamålet i 98 procent av kommunerna). I övriga kategorier av svarande används bedömningsinstrument med det aktuella syftet i 90 respektive 93 procent av kommunerna).

Tabell 23. Tillämpandet av bedömningsinstrument för bedömning av klienters problemtyngd och hjälpbehov (2008)

Fråga		Kommuner som känner till att de erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 80	Kommuner som faktiskt inte erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 84	Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 189	Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen men inte svarat enligt detta n = 109
Tillämpar verksamheten bedömningsinstrument för bedömning av klienters problemtyngd och hjälpbehov?	Ja	78 (98 %)	62 (76 %)	176 (93 %)	98 (90 %)
	Nej	2	22	13	11

I 2008 års enkät ställdes även en fråga om huruvida verksamheten tillämpar bedömningsinstrument för uppföljning av enskilda klienter under pågående behandlingsprocess (se tabell 24). Denna fråga visar att den lägsta omfattningen av användning, enligt respondenterna själva, finns i de kommuner som faktiskt inte har erhållit bidrag enligt vårdöverenskommelsen (43 procent av kommunerna). Den högsta graden av användning uppges i de kommuner som känner till att de har erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen (används för det aktuella ändamålet i 70 procent av kommunerna). I övriga kategorier av svarande används bedömningsinstrument med det aktuella syftet i 65 respektive 67 procent av kommunerna).

Tabell 24. Tillämpandet av bedömningsinstrument för uppföljning av enskilda klienter under pågående behandlingsprocess (2008)

Fråga		Kommuner som känner till att de erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 77	Kommuner som faktiskt inte erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 88	Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 189	Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen men inte svarat enligt detta n = 112
Tillämpar verksamheten bedömningsinstrument för uppföljning av enskild klient under pågående behandlingsprocess?	Ja	54 (70 %)	38 (43 %)	126 (67 %)	72 (65 %)
	Nej	23	50	63	40

I 2008 års enkät ställdes även en fråga om huruvida verksamheten tillämpar bedömningsinstrument för uppföljning av enskilda klienter efter avslutad

behandling (se tabell 25). Kanske inte helt överraskande visar även denna fråga att den lägsta omfattningen av användning, enligt vad som framkommer av respondenterna egna utsagor, finns i de kommuner som faktiskt inte har erhållit bidrag enligt vårdöverenskommelsen (21 procent av kommunerna). Den högsta graden av användning uppges i de kommuner som känner till att de har erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen (används för det aktuella ändamålet i 53 procent av kommunerna). I övriga kategorier av svarande används bedömningsinstrument i med det aktuella syftet i 46 respektive 42 procent av kommunerna).

Tabell 25. Tillämpandet av bedömningsinstrument för uppföljning av enskilda klienter efter avslutad behandling (2008)

Fråga		Kommuner som känner till att de erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 77	Kommuner som faktiskt inte erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 88	Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 189	Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen men inte svarat enligt detta n = 111
Tillämpar verksamheten bedömningsinstrument för uppföljning av enskild klient efter avslutad behandling?	Ja	41 (53 %)	21 (24 %)	88 (46 %)	47 (42 %)
	Nej	37	66	101	64

Slutligen ställdes i 2008 års enkät även en fråga om huruvida verksamheten tillämpar bedömningsinstrument för att sammanställa uppgifter om klienter på gruppnivå (se tabell 26). Kanske inte helt överraskande heller i denna fråga visar resultaten att den lägsta omfattningen av denna typ av användning finns i de kommuner som faktiskt inte har erhållit bidrag enligt vårdöverenskommelsen (12 procent av kommunerna). Den högsta graden av användning uppges i de kommuner som känner till att de har erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen (används för det aktuella ändamålet i 44 procent av kommunerna). I övriga kategorier av svarande används bedömningsinstrument i med det aktuella syftet i 27 respektive 34 procent av kommunerna).

Tabell 26. Tillämpandet av bedömningsinstrument för att sammanställa uppgifter om klienter på gruppnivå (2008)

Fråga		Kommuner som känner till att de erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 79	Kommuner som faktiskt inte erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 85	Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen n = 190	Kommuner som faktiskt erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen men inte svarat enligt detta n = 111
Tillämpar verksamheten bedömningsinstrument för att sammanställa uppgifter om klienter på gruppnivå?	Ja	35 (44 %)	10 (12 %)	65 (34 %)	30 (27 %)
	Nej	44	75	125	81

Sammanfattningsvis visar resultaten att kommunerna tillskriver de medel de har erhållit för att införa bedömningsinstrument relativt stor betydelse. Av resultaten framgår även att bedömningsinstrumenten i större utsträckning används för screening, för bedömning av klienters problemtyngd och hjälpbehov samt för uppföljning under pågående behandlingsprocess. De används i mindre utsträckning för att följa upp klienter efter avslutad behandling och för att göra uppföljningar på gruppnivå. Vidare framgår att de kommuner som har erhållit medel från vårdöverenskommelsen använder bedömningsinstrument för de nämnda syftena i högre grad än övriga kommuner.

4. 1. 3. 2 Urvalsundersökningen

Införande av systematiska klientbedömningsinstrument. Olika typer av utbildningar är en av de vanligast förekommande insatserna till följd av medelstillsdelningen. I särklass vanligast är utbildning i bedömningsinstrumentet ASI, därefter följer utbildningar i MI, Community Reinforcement Approach (CRA), Case management (CM) samt diverse högskoleutbildningar med inriktning mot beroendelära, psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Vidare har några kommuner genomgått utbildningar i återfallsprevention, ADDIS, Audit och KBT. Gemensamt för flertalet kommuner, särskilt mindre kommuner, är de har en relativt sparsam utbildningsbudget. För dem har medelstillsdelningen för utbildningssatsningar varit betydelsefull, då det är något som inte hade varit möjligt att genomföra inom ramen för den ordinarie budgeten. De utbildningar som till synes har gett mest avtryck i verksamheterna är just utbildningarna i bedömningsinstrument.

ASI är utan motstycke det vanligast förekommande bedömningsinstrumentet som används i kommunerna. Trots detta finns en oklarhet i de flesta kommuner vad det är som har gjort att de just valde ASI.

Bra fråga, jag vet inte. Ja, det bara blev så. (Större stad)

Vi har inte diskuterat så många andra alternativ faktiskt. Det är ju det [ASI] som haft genomslag ... det har inte varit diskussion om något annat. (Övriga kommuner > 25 000 invånare)

Respondenternas svar tyder på ett mekaniskt tillvägagångssätt att följa Socialstyrelsens rekommendationer utan att vidare reflektera över varför vissa bedömningsinstrument förordas. I några fall har man inom kommunerna som ett resultat av ett regionalt samarbete kommit fram till att ASI ska användas för att i de fall det är möjligt underlätta överflyttningen av ärenden kommunerna emellan. Samma sak gäller i ett fåtal kommuner, men där har ASI införts utifrån en dialog med såväl psykiatrin som kriminalvården utifrån att kommunen tar emot ärenden från dessa instanser och man har därför ansett att det ska finnas en samsyn mellan de olika vårdgivarna, bland annat för att bedömningar ska göras på liknande sätt. Resultaten visar också att de kommuner som har erfarenheter av ärenden som är överflyttade från exempelvis landstinget och kriminalvården upplever att informationsöverföringen underlättar ärendehantering.

Vi tar emot ärenden från kriminalvården där ASI gjorts och dessutom har vi ett välfungerande samarbete med den öppenvårdspsykiatrin i kommunen där vi samarbetar omkring flera ärenden och där vi har en gemensam syn på klienten. Vi har också gått ASI-utbildning tillsammans vilket varit betydelsefullt. (Övriga kommuner < 12 500 invånare)

I dessa kommuner pekar man särskilt på betydelsen av att olika vårdgivare behöver införa en samsyn eftersom klienterna annars riskerar att få olika bedömningar av sin problembild, vilket också leder till att insatserna från olika vårdgivare kan bli kontraproduktiva. I mycket få fall nämndes ASI-intervjuns koppling till evidens som ett av tänkbara motiv till dess införande.

Gemensamt för dessa kommuner är också att de använder bedömningsinstrumentet mer frekvent och ofta med en tydlig idé kring nyttan med ASI. Tydligt är i majoriteten av de studerade kommunerna att det finns ett behov av att vidareutveckla arbetet med utredning, bedömning och behandlingsplanering.

Kunskaperna om ASI var i många kommuner god redan innan medel erhöles för att införa instrumentet. Flera verksamheter har handläggare som redan tidigare haft utbildning i ASI, alternativt att utbildningssatsningar har genomförts med delar av personalstyrkan. Intervjupersonerna vittnar om enstaka handläggare som har genomfört ASI-intervjuer med "sina" klienter, utan någon egentlig rutin eller struktur vid förfarandet. Tillskottet av stimulansmedlen har i många fall inneburit en nystart eller ett uppsving för kommunerna när det gäller användningen av ASI. Fler personer har utbildats i instrumentet, även handläggare som arbetar exempelvis med ekonomiskt bistånd eller med arbetsinriktade insatser (såsom handläggare vid arbetsförmedling eller kommunal arbetsmarknadsenhet) i syfte att kartlägga eventuellt missbruk. Vidare har flera kommuner till synes fått bättre rutin i att

använda instrumentet samt i åtskilliga fall även större tillgång till och bättre samarbete med ASI-samordnare.

Trots den relativt omfattande information som finns att tillgå om ASI har vissa kommuner svårt att implementera bedömningsinstrumentet i verksamheten, av skäl så som brist på kunskap och förståelse om hur instrumentet bör användas, svårigheter att skapa rutiner och riktlinjer för användningen samt otydliga direktiv från arbetsledningen. Eventuellt kan den här typen av problem som vissa kommuner brottas med inte avhjälpas med ekonomiska tillskott, utan snarare med information och en tydlig arbetsledning som har kunskap om instrumentet, men som också skapar förutsättningar i organisationen för användandet. Vid tidpunkterna för intervjuerna arbetade de flesta kommuner med att implementera de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen, 2008b), vilket i sin tur kan komma att påverka användningen av ASI på sikt. I de kommuner där användningen av ASI till synes fungerar väl verkar förhållandena vara de motsatta, det vill säga att det finns en tydlig idé kring bedömningsinstrumentet och dess tillämpning. I flera intervjuer framkommer det dock också att arbetet kring ASI, och även andra metoder och instrument, drivs av så kallade eldsjälar.

En annan faktor som tycks vara avgörande för en frekvent användning av ASI är det tillhörande datastödet (Socialstyrelsen, 2009a; Råbe & Kobbersstad, 2009). De få kommuner som inte innehar datastöd för instrumentet bekräftar att det används i tämligen liten utsträckning och utan någon särskild struktur bakom. Av de kommuner som har implementerat ASI och där det används i utredningssammanhang framgår att medlen från vårdöverenskommelsen har haft effekt vad avser att etablera användningen. Däremot är det endast ett fåtal kommuner som har kommit så långt att de gör frekventa uppföljningar och analyser av materialet de får tillgång till.

Vilken effekt har stimulansmedlen haft på införandet och tillämpningen av bedömningsinstrument? De intervjuade vittnar om att flertalet av verksamheterna redan tidigare tillämpade bedömningsinstrument, i de flesta fall ASI. Missbruksvården har relativt stor omsättning av personal, vilket gjort att många verksamheter har anställda handläggare som redan har utbildning i ASI. I andra fall har verksamheterna vid tidigare tillfällen utbildat hela eller delar av personalstyrkan, vilken dock sällan har varit intakt fram till tidpunkten för intervjun. I de mindre kommunerna där ASI införts har det i flera fall förekommit problem; trots att personalen genomgått ASI-utbildning och använt ASI i verksamheten har personalomsättningen medfört att nyanställd personal inte alltid haft ASI-utbildning, vilket har bidragit till att användandet av instrumentet inte fått genomslag i verksamheterna fullt ut.

Stimulansmedlen från vårdöverenskommelsen har haft en betydelsefull roll i införandet av instrument och de har bekostat utbildning och i vissa fall även datorstöd för ASI. Vissa av verksamheterna har även haft möjlighet att bekosta utbildning för personer som inte arbetar specifikt med missbruk, såsom handläggare i ekonomiskt bistånd och personal vid arbetsmarknadsenheter eller arbetsförmedling. Syftet var att dessa ska kunna kartlägga eventuellt missbruk i ett initialt skede i klientens kontakt med myndigheter. Kommunernas eget bidrag gällande utbildningskostnaden är lön till personalen också under utbildningen samt att i vissa fall ersätta ordinarie personal

med vikarier om så krävts. Men även om utbildning i bedömningsinstrument är det ansökningsområde de flesta kommuner har valt att satsa på är det också inom denna kategori som respondenterna uppger att medlen har spelat minst roll. De flesta tror att satsningen hade kunnat genomföras ändå, men verksamheten hade fått prioritera bort något annat. Utan medlen skulle satsningen också ha varit i mindre omfattning, det vill säga färre hade utbildats, vilket i sin tur skulle kunna ha gjort tillämpningen mindre strukturerad och frekvent. I många fall har införandet av ett bedömningsinstrument varit en del i en större satsning.

Många av representanterna för verksamheter som tillämpade ASI redan före statens satsning på vårdöverenskommelsen berättar att den tiden präglades av ett relativt ostrukturerat förfarande gällande bedömningsinstrumentet då enstaka socialsekreterare tillämpade ASI-intervjun för ”sina” klienter i ärenden medan andra klienter bedömdes godtyckligt utifrån andra kriterier. Att flera verksamheter har storsatsat på utbildning i ASI gör personalgruppen mindre sårbar för förändringar, för även om en personal slutar riskerar inte bedömningsmetoden att försvinna. I mindre kommuner där endast ett fåtal arbetar med missbruk har många verksamheter stärkts upp genom att även utbilda personal som vanligtvis har andra arbetsuppgifter.

Vi hade gått utbildningar och så innan vi började använda det, men det ska bli mer. Ja, så att alla kan hjälpa till om det blir mycket, göra en ASI grundintervju. (Övriga kommuner > 25 000 invånare)

Den enkla slutsatsen om medlens effekt är att de har bidragit till att fler verksamheter har kunnat bekosta utbildning för personalen. I flera fall har även datastödet för ASI införts. Trots detta vittnar flera av de intervjuade om en tämligen sporadisk användning av bedömningsinstrumentet, något som många gånger verkar vara kopplat till att de har svårt att förstå användningsområdet.

Jag har pratat med personalen om CRA och att vi är för dåliga på det, det är endast en personal som kör CRA, de andra säger att de tar delar ur kakan. Så det finns ingen riktig struktur på det. Jag får inte ihop att man går en utbildning och sen bara lägger det åt sidan. Och likadant är det med ASI, men där är jag lite mer boven i dramat och är inte så bra på det. Jag kan föreslå om vi sitter i en behandlingskonferens att om någon [personal inom socialtjänstens verksamhet] inte vet vad de ska göra att ”ta en ASI så kollar vi behoven utifrån den”. Det är ett par stycken som kör ASI och det är kanske så det ska vara? (Större stad)

I flera fall handlar det också om att de organisatoriska förutsättningarna inom verksamheterna utgör hinder för att fullt ut använda bedömningsinstrument.

Jag tror att en förklaring kan vara att det har varit rörigt i vår organisation de senaste två åren. Vi har bytt lokaler och dylikt. Vi har ju varit chefslösa. Vi har fokuserat på fel saker under en lång tid. (Övriga kommuner > 25 000 invånare).

Flera bedömningsinstrument och manualer för att strukturera arbetet har införts i kommunerna de senaste åren, vilket innebär att man i organisationerna ännu inte hittat strukturer och arbetssätt för att implementera de olika instrumenten fullt ut.

I den här implementeringshistorien står det skrivet att alla inblandade ska kunna hantera dessa instrument. Men problemet är när ska de användas? Ska vi använda allihop? Det är som ett förvirringstillstånd, kan vi bara använda ett? Socialtjänsten har ju också BBIC. Sedan kommer MI också. Det handlar ju dels om att jag är ensam just nu och att det har varit mycket att göra, jag hinner inte dra igång för det tar lite tid att göra den [ASI-intervjun]. Man vinner mycket, ja det gör man, men det dröjer innan man får rutin, fram till dess är den ett stort hinder i stället. (Övriga kommuner < 12 500 invånare)

Av intervjuerna framkommer sammanfattningsvis att medlen för vårdöverenskommelsen främst har haft bäring på ASI-intervjuns första huvudfunktion, att användas som en strukturerad bedömningsmetod. Det finns ett brett stöd för instrumentet och i många kommuner där man inte har implementerat instrumentet fullt ut framhålls att man avser att finna rutiner i framtiden för att använda instrumentet mer frekvent. Fördelarna med att tillämpa ett bedömningsinstrument är enligt de intervjuade att klienterna erhåller en mer ”korrekt” bedömning i det avseendet att det personliga tyckandet hos handläggaren minskar och att bedömningen troligtvis hade varit ungefär densamma även om någon annan personal hade genomfört intervjun. Vidare menar respondenterna att ASI-intervjun verkligen omfattar en människas hela livssituation och ger möjlighet att ställa frågor som de annars inte hade vågat eller tänkt på att ställa. En annan fördel som uppenbaras utifrån de flesta av intervjuerna är att klienterna många gånger upplever det som ”seriöst” att bli intervjuade utifrån ASI, vilket eventuellt kan ge dem större förtroende för socialtjänsten och handläggaren. Intervjun bidrar även till nya infallsvinklar på missbruket, såväl för klient som för personal.

ASI-intervjun förknippas också med en del nackdelar, varav den främsta har att göra med den tidsåtgång som krävs för genomförandet av en ASI-intervju. Därför lämpar den sig inte för alla klienter, särskilt inte de med psykiska störningar eller sjukdomar eller med ett mycket intensivt pågående missbruk. I dessa fall, om handläggaren väljer att tillämpa bedömningsinstrumentet, delas ofta intervjun upp i två tillfällen. Det finns också klienter som tycker att det är jobbigt känslomässigt att genomgå en ASI-intervju, och kan kräva stöd i efterhand. ASI som bedömningsinstrument används enligt samtliga intervjuade oftast som en del i utredningen och bidrar till att handläggare och klient gemensamt fattar beslut kring vilken typ av insats som lämpar sig.

Att faktiskt använda ASI som ett systematiskt bedömningsinstrument framstår dock inte som så enkelt i alla verksamheter. Mycket få svarande uppger att de har verkliga rutiner för tillämpningen. Fortfarande verkar det existera en viss godtycklighet i hur och när instrumentet ska användas. Orsakerna verkar skilja sig åt från kommun till kommun, men de har vissa ge-

mensamma beröringspunkter. Dessa består bland annat i avsaknad av att någon eller några i högre befattning ”pekar med hela handen” och så att säga beordrar användning, samt okunskap och bristande förståelse av funktionen och därtill även den generella attityden på arbetsplatsen gentemot instrumentet. Faktorerna är inte direkt avhängiga ekonomi, såsom externa bidrag som stimulans för vårdöverenskommelsen. Några av de intervjuade berättar också om ett visst motstånd inom personalgruppen mot att använda bedömningsinstrument, vilket kan skapa olika förutsättningar för att ge lika bedömningar. Mycket få av de svarande tillämpar ASI i alla missbruksrelaterade ärenden, vilket även kan betraktas som sunt då deltagandet i en ASI-intervju bör vara frivilligt från klientens sida och det dessutom finns klienter som alldeles nyligen har genomgått en ASI i annat sammanhang, exempelvis i kriminalvårdens regi, eller som är direkt olämpliga att intervjuas. Det är tydligt att det finns en vilja och goda ambitioner i kommunerna att införa olika bedömningsinstrument så som företrädesvis ASI. I flera kommuner ges dock uttryck för att man inte har lyckats skapa strukturer i den egna organisationen för att använda ASI fullt ut. Detta handlar exempelvis om att datorstödet inte fungerar fullt ut och i vissa fall har till och med politikerna i socialnämnden ifrågasatt kostnader för datorstöd, vilket också bidrar till att det finns en osäkerhet kring huruvida detta ska kunna få bäring i framtiden. Även om ASI-intervjuer genomförs innebär det i flera kommuner att datorstödet inte fullt ut används och att ASI-intervjuerna därför blir liggande utan vidare åtgärder. En intervjuperson menar dock att en dokumenterad ASI-intervju är en förutsättning för att en insats ska beviljas, vilket kan tolkas som att en sådan bedömning ska göras oavsett klientens tillstånd eller motvilja till att intervjuas.

I en majoritet av kommunerna har man för avsikt att utvärdera och följa upp resultaten av ASI-intervjuerna och göra analyser på aggregerad nivå. Däremot ges uttryck för att det fortfarande är en lång process innan detta mål är nått fullt ut, och det råder också en osäkerhet om hur detta ska gå till. I större kommuner finns oftast särskilda personalresurser för detta ändamål, med en tydlig struktur för hur utvärdering och uppföljning ska genomföras. I flera mindre kommuner krävs först att ASI införs fullt ut, men där saknas också en strategi för vem eller vilka i organisationen som ska genomföra utvärderingar och uppföljning.

ASI-intervjun har förutom bedömningsfunktionen ytterligare två ideala huvudfunktioner, uppföljning av insatsens betydelse för klienten och systematisk uppföljningsmetod för verksamhetsutveckling, vilket är två underutvecklade tillämpningsområden i de flesta kommuner vi mött. Den främsta anledningen till att dessa två funktioner uteblir beror enligt respondenterna på tidsbrist och stress. Dessa två faktorer är sannolikt även kopplade till okunskap kring funktionernas nytta. Mindre kommuner hänvisar också till att underlaget för att sammanställa statistik på aggregerad nivå är för litet. Många av de intervjuade berättar om sina respektive verksamheter som organisationer i förvandling. Flera har upplevt omorganisationer, chefsbyten och stor genomströmning av personal. Detta kan naturligtvis bidra till svårigheter att implementera nya arbetsmetoder och att skapa fungerande rutiner.

... ASI kan ju vara en liten del av det [hur man arbetar evidensbaserat] om man använder det här uppföljningssystemet, då kan man ju se om det ger resultat eller inte ... vi är rätt dåliga på att strukturera och följa upp, det är vi nog inte ensamma om bland kommunerna i landet. (Större stad)

Sammanfattningsvis är införandet av bedömningsinstrument och då främst ASI en av de största kategorierna i tilldelning av medel för vårdöverenskommelsen. Representanter för kommunerna berättar i de flesta fall om lyckade satsningar där flera i personalstyrkorna har erhållit utbildning. Vidare fungerar ASI i första hand som ett bedömningsinstrument i verksamheterna. Långt färre använder ASI i uppföljningssyfte eller för att sammanställa statistik på gruppnivå. Orsaken till detta framstår vara att man inte riktigt ser meningen med funktionerna, men också tidsbrist.

4. 1. 4 Övriga insatser för att stärka vårdkedjan

Vårdöverenskommelsen omfattar totalt fyra ansökningsområden, varav tre behandlas såväl kvalitativt som kvantitativt i utvärderingen. Ett område hamnar dock i skymundan trots att dess innehåll har en spännande karaktär. Detta område innehåller endast en kategori: ”övriga insatser för att stärka vårdkedjan”. I utredningen för vårdöverenskommelsen (SOU 2005:82) diskuteras inte denna kategori, eller rättare sagt den existerar inte utan har tillkommit i efterhand i regeringsbeslutet (regeringsbeslut 8, 2006-01-12, dnr S2006/962). Det finns ingen vidare beskrivning av vad som bör uppfyllas inom ramen för kategorin annat än att ”utöver de områden som är utvecklade i betänkandet får stöd också lämnas till andra insatser om de bedöms kunna bidra till att stärka vårdkedjan för personer med tungt missbruk” (a.a.). Kategorin har visat sig vara den mest omfattande av alla, och 236 av totalt 447 projekt under 2006/2007 hade denna inriktning. Det går dock inte avgöra vilka summor det berör, då många av kommunerna har erhållit medel för samma projekt men inom olika kategorier (exempelvis för både att ”inrätta en specialiserad missbruksenhet” och ”övriga insatser för att stärka vårdkedjan”).

Egentligen är det inte särskilt mycket som skiljer projekten inom ”övriga insatser för att stärka vårdkedjan” från de andra kategorierna. Som konstaterats tidigare i resultatet kan det diskuteras hur många av projekten inom de andra områdena som egentligen har bäring på kategorins innehåll, så som innehållet beskrivs i utredningen för vårdöverenskommelsen (SOU 2005:82). I efterhand kan man konstatera att många av dessa projekt lika gärna hade kunnat insorteras under den nästintill allomfattande övrigtkategorin. Det finns ingen gemensam nämnare bland dessa kommuner, och det finns heller inget specifikt som skiljer dem från de kommuner som inte har erhållit medel inom övrigtkategorin. Det är svårt att skilja ut i intervjuerna vilka insatser som ska preciseras som övriga och vilka som ska räknas tillhöra något av de tre områden som går att läsa om i utredningen av vårdöverenskommelsen. Respondenterna, som vanligtvis är ovetande om att deras projektansökningar och rapporter sorterats i områden och kategorier, har inte heller kunnat vara behjälpliga i att skilja insatserna från varandra.

För att visa på den spretighet som präglar i princip hela den statliga satsningen av stimulans till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk beskrivs nedan två kommuners satsningar, vilka båda har erhållit medel för "övriga insatser för att stärka vårdkedjan".

En mindre kommun (< 5 000 invånare) i södra Sverige har erhållit medel från vårdöverenskommelsen inom de kategorierna "inrätta specialiserad missbruksenhet", "uppsökande verksamhet" och "övriga insatser för att stärka vårdkedjan". En annan kommun (cirka 60 000 invånare) i mellersta Sverige har erhållit medel för att "organisera en missbruksenhet tillsammans med andra kommuner", "införa individuella vårdplaner med hjälp av bedömningsinstrument", "implementering av nationella riktlinjerna" samt "övriga insatser för att stärka vårdkedjan". Den förstnämnda kommunen har anställt extra personal i form av två behandlingsassistenter på halvtid i syfte att stärka öppenvården. Vidare har dessa behandlingsassistenter genomgått utbildningar i relation till deras arbetsuppgifter samt deltagit i ett nystartat projekt för personer med samsjuklighet i samverkan med en närliggande kommun. Den andra kommunen har använt medlen till metodutveckling och för, som de själva uttrycker det, "test av nya verksamheter". Dessa verksamheter är ett härbärge, ett boende för personer med samsjuklighet, ett arbetsmarknadsprojekt samt en sysselsättningsverksamhet för ungdomar. Därtill har även personal som arbetar med missbruk utbildats i bland annat beroendelära och gjort flera studiebesök. Respondenten framhåller att den stora utgiftsposten har varit utbildning. På grund av kommunens geografiska läge kan den knappast organisera en gemensam missbruksenhet med en annan kommun. Utifrån de korta beskrivningarna av de två kommunernas insatser framgår diskrepansen mellan verkligheten och länsstyrelsernas redovisningar och utredningen av vårdöverenskommelsen (SOU 2005:82) tydligt. Därför är det inte rimligt att säga något om effekterna av medel som har utbetalats inom ramen för "övriga insatser för att stärka vårdkedjan". I varje enskild kommun som besöktes i samband med utvärderingen vittnar dock respondenterna om att de har upplevt förbättringar utifrån tillskottet av utvecklingsbidraget. Av den orsaken, trots att effekten inte är kvantifierbar eller generell, vågar vi påstå att medlen troligtvis har bidragit till en faktisk utveckling av vårdkedjan.

4. 1. 5 Analys och diskussion, organisationsperspektivet

Det är inte lätt att tolka resultaten rörande organisationsperspektivet. Beroende på om totalundersökningen (enkäterna) eller urvalsundersökningen (intervjuerna) analyseras framträder nämligen två delvis olika bilder. I det följande sammanfattas och diskuteras resultaten rörande de frågeställningar som introducerades i inledningen till kapitlet.

När det gäller den första frågeställningen, om stimulansmedlen leder till införandet av specialiserade missbruksenhet inom kommunen i syfte att er-hålla effektivare handläggning, högre kompetens och tydligare ansvar, visar resultaten från totalundersökningen att det finns anledning att vara försiktigt positiv till eventuella effekter av de medel som har fördelats. Från resultaten finns det nämligen antydningar om att stimulansmedlen leder till sådana effekter som varit avsedda även om det samtidigt verkar vara så att de

kommuner som redan hade en bättre struktur och bättre förhållanden verkar vara de som fortsätter ha en bättre utvecklad organisation.

Detta framgår till exempel av resultaten från totalundersökningen att fler kommuner 2008 jämfört med 2006 uppgav att de har erhållit medel från vårdöverenskommelsen. Bland de kommuner som själva uppgav att de har fått medel från vårdöverenskommelsen ökade också den totala andelen inrättade specialiserade missbruksenheter mellan åren 2006 och 2008. Studerar man den mätning som gjordes 2008 separat visar resultaten att andelen specialiserade missbruksenheter var betydligt högre i de kommuner som har erhållit medel från vårdöverenskommelsen jämfört med dem som inte fått medel.

Studerar man de aktuella siffrorna om ökningen av specialiserade missbruksenheter i ljuset av när de tillkom visar resultaten dock att det inte finns några egentliga skillnader mellan de kommuner och kommundelar som har erhållit medel från vårdöverenskommelsen och de som inte har fått sådana medel. Om medlen skulle ha haft effekt borde dock de kommuner som erhållit medel ha skapat fler sådana enheter under de år medlen distribuerades. Trots denna invändning är de svarande som har erhållit medel för just det konkreta syftet att starta en specialiserad missbruksenhet relativt positiva till vilken effekt pengarna haft. Resultaten visar nämligen att en icke oväsentlig andel (två femtedelar) av de svarande som erhöll bidrag för att utveckla en missbruksenhet bedömer att medelstilldelningen har bidragit avsevärt till möjligheten att göra detta, och en ungefär lika stor andel bedömer att medlen har haft viss betydelse.

När intervjuerna analyseras blir bilden emellertid mer komplicerad eftersom dessa visar att effekten av att få statsbidrag för att införa en specialiserad missbruksenhet är svårbedömd. Anledningen är att kommunerna inte kan sägas uppfylla den beskrivning av missbruksenhet som ges i betänkandet av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbruksvården (SOU 2005:82). Variationer i geografisk storlek, befolkningsstorlek, problemtyngd och budgetförutsättningar gör att alla kommuner har utformat egna typer av insatser med hjälp av de medel de har tilldelats. Insatserna kan sägas ha stärkt missbruksvården snarare än att överensstämma med de formuleringar som gjordes i den relativt vagt formulerade ansökan. Mer korrekt än att ha insortrats under "inrätta specialiserad missbruksenhet" hade många genomförda insatser kunnat hänföras till "övriga insatser för att stärka vårdkedjan". De kraftiga variationer i det som har åstadkommit med de tilldelade medlen indikerar att en sådan slutsats kan generaliseras till hela populationen.

Den andra och tredje frågeställningen gäller om stimulansmedlen leder till att det organiseras gemensamma missbruksenheter med andra kommuner för att få tillgång till mer och specialiserade resurser samt om stimulansmedlen leder till att det inrättas lokala öppenvårdsmottagningar tillsammans med landstingens beroendevård eller psykiatri. Gällande dessa finns det även här på basis av resultaten från totalundersökningen anledning att vara försiktigt positiv till eventuella effekter av de medel som har delats ut. Resultaten visar att en större andel av de kommuner som erhöll medel än de som inte erhöll medel från vårdöverenskommelsen har inrättade öppenvårdsmottagningar. Resultaten visar även att de kommuner och kommundelar som erhöll medel i något högre grad än de som inte erhöll medel enligt vårdöverens-

kommelsen skapade öppenvårdsmottagningar mellan åren 2006 och 2008, det vill säga under den tidsperiod som pengarna från vårdöverenskommelsen betalades ut. Resultaten visar även att de kommuner som har erhållit medel från vårdöverenskommelsen erbjuder flera viktiga typer av insatser (abstinensbehandling, läkemedelsassisterad behandling, psykofarmakabehandling, psykosocial behandling, utredning och diagnos samt återfallsprevention) i högre omfattning än de som inte har erhållit sådana medel. Vidare framgår att samverkan med andra kommuner eller kommundelar kring en gemensam missbruksenhet är något större i de kommuner och kommundelar som har erhållit pengar från vårdöverenskommelsen än de som inte har fått detta bidrag. Resultaten visar även att den övervägande delen av de kommuner som 2008 uppgav att de har erhållit medel för att samverka med andra kommuner kring en öppenvårdsmottagning bedömer att medlen har bidragit till en viss eller avsevärd utveckling av den aktuella verksamheten.

När det gäller frågan om inrättande av öppenvårdsmottagningar tillsammans med landstingens beroendevård eller psykiatri visar resultaten från totalundersökningen att antalet öppenvårdsmottagningar ökade mellan 2006 och 2008 i de kommuner som känner till att de har erhållit medel från vårdöverenskommelsen. Frågorna var dock inte formulerade på samma sätt i 2006 och 2008 års enkät, varför denna skillnad får betraktas som något osäker. Betraktar man hur de olika kommunkategorierna som skapats svarar på frågan framgår att något fler av de kommuner som har erhållit än de som inte har erhållit bidrag svarar att de samverkar kring en öppenvårdsmottagning med landstingets beroendevård eller psykiatri. När det gäller de kommuner som 2008 faktiskt erhöll medel för ändamålet att samverka med landstingets beroendevård bedömer en övervägande andel att medlem har bidragit till en avsevärd eller viss utveckling.

Intervjusvaren är svåra att tolka på denna punkt. Samverkan kan betyda många olika saker och den samverkan som det vittnas om i intervjuerna handlar till stor del om lovvärda initiativ som har inletts men inte ännu lett till samordnade vårdinsatser som hunnit komma klienterna tillgodo. I stället talas till exempel om att pengarna har använts till gemensamma utbildningar och gemensamma möten för att få bättre personkännedom.

Den fjärde och femte frågeställningen gäller om stimulansmedlen leder till att systematiska klientbedömningsinstrument (t.ex. ASI eller DOK) införs och utvecklas samt om stimulansmedlen till att utbildningsinsatser genomförs eller att resurser för analys och uppföljning av uppgifter från klientbedömningsinstrument skapas. Resultaten från totalundersökningen visar att kommunerna tillskriver de medel de har erhållit för att införa bedömningsinstrument relativt stor betydelse. Av resultaten framgår även att bedömningsinstrumenten i större utsträckning används för screening, för bedömning av klienters problemtyngd och hjälpbehov samt för uppföljning under pågående behandlingsprocess. De används i mindre utsträckning för att följa upp klienter efter avslutad behandling och för att göra uppföljningar på gruppnivå. Vidare framgår av resultaten att de kommuner som har erhållit medel från vårdöverenskommelsen använder bedömningsinstrument för de nämnda syftena i högre grad än övriga kommuner.

Intervjusvaren visar att det finns antydningar till införande och utveckling av klientbedömningsinstrument, men det framgår också att just frågan om

”användning” får en relativt begränsad innebörd när de konkreta aktiviteter och det innehåll som medlen lett till nagelfars. Även när det gäller detta område verkar en stor del av medlen ha använts för sådana förberedande insatser som till exempel utbildning i användandet av instrumenten.

När det slutligen gäller den sjätte frågeställningen, om stimulansmedlen leder till att andra insatser som kan bedömas kunna bidra till att stärka vårdkedjan för personer med tungt missbruk införs, är utvärderingens slutsats att denna frågeställning är relativt vag och svår att utvärdera. Utvärderarna har frågat sig vad som egentligen avses med andra insatser och vilka eventuella andra insatser som utvärderingen ska ta fasta på. Vid sidan om dessa oklarheter framkommer också att många av de kommuner som har erhållit medel i denna kategori även har fått medel för ett eller fler av de övriga områdena. Detta har gjort det svårt att utröna vilka insatser som hör till vilka medel och vice versa. Av intervju svaren framkommer dessutom att det i sak är mycket svårt att skilja ut sådana insatser som har skett med hjälp av kategorin övriga insatser från dem som har skett med stöd för medel som har motiverats av de andra tre områdena.

4. 2 Implementeringsperspektiv på lokala behandlingsgarantier

Den så kallade behandlingsgarantin i vårdöverenskommelsen innebar att personer med tungt missbruk skulle få en längsta väntetid på två till tre dagar för ett första samtal och cirka fyra veckor till det att en individuell vårdplan hade upprättats. För att kunna hålla behandlingsgarantin kunde kommunerna få statsbidrag.

Inledningsvis redovisas vad de kommuner som har fått medel för behandlingsgaranti svarade i den nationella enkäten på frågor som rör behandlingsgarantin. I viss utsträckning görs jämförelser mellan svaren i 2006 års enkät och svaren i 2008 års enkät. De båda enkäterna är dock inte utformade på samma sätt och svaren är därför inte helt jämförbara. Därefter redovisas vad de åtta urvalskommunerna svarade på motsvarande frågor i de nationellt genomförda enkäterna.

I avsnittet som följer därefter beskrivs de projekt och verksamheter som kommunerna fick medel för, i programteoretiska termer. Det görs med fokus på hur kommunerna själva hade tänkt sig att genomföra arbetet och på vilka grunder samt vilka resultat de hade avsett att uppnå på kortare och längre sikt. Därefter redovisas resultatet med hjälp av samma aspekter – har arbetet genomförts på det sätt som avsågs och vad blev resultatet? I analysen diskuteras förhållanden som har framträtt som hindrande respektive främjande i implementeringen av behandlingsgarantin.

4. 2. 1 Redovisning av svaren i den nationella enkäten med avseende på behandlingsgarantin

Enligt Socialstyrelsen är det sammantaget 37 projekt som enligt länsstyrelsernas inrapporteringar beviljades medel i enlighet med behandlingsgarantin 2006 och 2007 (Socialstyrelsen 2008b). På grund av bortfall av olika skäl (se

bilaga 6) ingår 23 kommuner i föreliggande resultatredovisning rörande behandlingsgarantin. Dessa 23 utgör en jämförelsegrupp som enligt Socialstyrelsen och länsstyrelserna har fått utvecklingsmedel för att genomföra behandlingsgarantin.

En annan jämförelsegrupp är de som i den nationella enkäten själva svarade att de har erhållit medel. Den gruppen är i sin tur uppdelad i två grupper i redovisningen: a) de 19 kommuner som svarade att de har fått utvecklingsmedel för att erbjuda klienterna ett första personligt samtal inom tre dagar från det att de först tog kontakt med verksamheten, b) de 20 kommuner som svarade att de har fått medel för att upprätta en individuell vårdplan inom fyra veckor räknat från det första samtalet.

I förhållande till utvärderingens frågeställningar är det de följande som har med implementeringsundersökningen att göra:

Leder stimulansmedlen till införande och tillämpning av lokala behandlingsgarantier med riktmärke att en person med tungt missbruk som ansöker om vård och behandling ska få ett första samtal inom två till tre dagar och att en individuell vårdplan upprättas inom fyra veckor?

Mer konkret ska följande frågeställningar besvaras:

- Hur snabbt erbjuds ett första personligt samtal från det att kontakt har tagits med verksamheten?
- Hur snabbt upprättas en individuell vårdplan (IVP)?

I de kommande avsnitten redovisas data kopplade till dessa båda frågeställningar.

4. 2. 1. 1 Ett första personligt samtal inom tre dagar

I tabell 27 redovisas vad kommunerna och kommundelarna svarade i 2006 års enkät respektive 2008 års enkät vad gäller frågan om hur snabbt ett första personligt samtal kan erbjudas den enskilde från det att kontakt har tagits med verksamheten. Svaren från 2008 redovisas för samtliga svarande kommuner (283), för gruppen kommuner som har fått medel från vårdöverenskommelsen (195), för de som enligt Socialstyrelsens uppgifter har fått utvecklingsmedel för lokal behandlingsgaranti (23) samt för de som enligt egen uppgift har fått medel från vårdöverenskommelsen för att ett första personligt samtal ska kunna ske inom tre dagar (19 kommuner). De som har beviljats medel för behandlingsgarantin utgör en delmängd av de som har fått vårdöverenskommelsemedel, vilka redovisas i de två sista kolumnerna i tabellen. Sju kommuner uppger således att de har fått medel för ändamålet, vilket länsstyrelserna inte har rapporterat till Socialstyrelsen. För tolv kommuner överensstämmer uppgifterna om att ha fått medel för införande av behandlingsgaranti med länsstyrelsens rapportering till Socialstyrelsen. För fyra kommuner har länsstyrelserna rapporterat att de har fått medel för behandlingsgarantin, men kommunen har inte angivit detta i enkäten.

Tabell 27. Andelen kommuner/stadsdelar som svarat att ett första personligt samtal för bedömning av problem sker inom tre dagar 2006 och/eller mer 2008 (%)

Ett första personligt samtal sker	2006 n = 317	2008, n = 283	2008, n = 195 kommuner som fått utvecklingsmedel, enligt Socialstyrelsen	2008, n = 23 kommuner som fått medel för att ett första samtal ska ske inom tre dgr, enligt Socialstyrelsen	2008, n = 19 kommuner som fått medel för att ett första samtal ska ske inom tre dagar, enligt egen uppgift
Inom 3 dagar	54	34	35	61	74
Efter 4–7 dagar	Fanns ej som svarsalternativ 2006	46	46	39	26
Efter 8–14 dagar	Fanns ej som svarsalternativ 2006	14	13	0	0
Efter 15 dagar eller mer	Fanns ej som svarsalternativ 2006	0	0	0	0
Det sker vanligtvis inga samtal	Fanns ej som svarsalternativ 2006	0	0	0	0
Bortfall		16	16	-	
Summa		100	100	100	100

Av tabellen framgår att en högre andel kommuner, som enligt Socialstyrelsen har fått stimulansmedel för behandlingsgarantin, uppgav att klienterna får ett första samtal inom tre dagar 2008 jämfört med 2006. Detta gäller i något högre grad även de kommuner som själva uppgav att de har fått stimulansmedel för ändamålet. För den stora gruppen kommuner kan det vid en första anblick förefalla som att det har blivit sämre, det vill säga att klienterna skulle få vänta längre 2008 på ett första samtal än 2006. Eftersom svarsalternativet fyra till sju dagar inte fanns i 2006 års enkät är svaren emellertid inte helt jämförbara.

Tabell 28 visar vad kommunerna har svarat på frågan, i hur stor andel av ärendena som samtal kan erbjudas inom tre dagar. Frågan fanns inte i 2006 års enkät.

Tabell 28. I hur stor andel av ärendena sker ett personligt samtal för bedömning av problem med klienten inom tre dagar från den första kontakten? (%)

	2008, n = 283 alla kommuner som svarat	2008, n = 195 fått utvecklings- medel	2008, n = 23 kom- muner som fått medel för att ett första samtal ska ske inom tre dgr, enligt Socialsty- relsen	2008, n = 19 kom- muner som fått medel för att ett första samtal ska ske inom tre dgr, enligt egen uppgift.
0 %	1	0	0	0
1–25 %	28	28	13	11
26–50 %	16	15	9	0
51–75 %	24	23	48	37
76–100 %	27	29	30	47
Bortfall	4	5	9	5
Summa	100	100	100	100

Av tabellen framgår att en större andel klienter får ett första personligt samtal inom tre dagar i kommuner som har fått medel enligt vårdöverenskomsten än i andra kommuner. Detta gäller både de kommuner som själva i enkäten uppgav att de har fått stimulansmedel för ändamålet och de kommuner som enligt Socialstyrelsen har fått stimulansmedel för behandlingsgarantin. Vid intervjuerna framkom att problemet i stor utsträckning har att göra med att klienterna inte kommer på avtalad tid eller inte går att kontakta även om kommunen har kapacitet att erbjuda tider snabbt. En eventuell försämring i resultatet kan således ha andra förklaringar än att kommunen inte kan erbjuda tid snabbt.

Hur bedömer då de 19 kommuner som själva uppgav att de har fått utvecklingsmedel i jämförelse med de 23 kommuner som enligt länsstyrelserna har fått utvecklingsmedel effekten av dessa medel när det gäller att kunna erbjuda klienterna samtal inom tre dagar från det att de först kontaktat verksamheten? Detta redovisas i tabell 29.

Tabell 29. Effekt av utvecklingsmedlen på möjligheten att hålla ett första personligt samtal inom tre dagar (% av antal kommuner)

Väntetiden har minskat	2008, n = 23 kommuner som enligt Socialstyrelsen fått medel för ett första samtal ska ske inom tre dagar	2008, n = 19 kommuner som enligt egen uppgift fått medel för att ett första samtal ska ske inom tre dagar
Avsevärt	30	47
I viss utsträckning	13	32
I liten utsträckning	13	16
Tiden har inte minskat	4	0
Annat	4*	11**
Bortfall	36	-
Summa	100	106

*Avser en kommun där verksamheten kommer att starta den 1 feb. Omorganisering med mottagningsfunktion har nyligen trätt i kraft.

** En kommun har svarat både avsevärt och annat (två svar) och angivit att verksamheten organiserats i en mottagande funktion med lättillgängliga insatser. Därav summan 106 %.

Av tabell 29 framgår att 47 procent av de 19 kommunerna som uppger att de fått medel för att hålla ett första personligt samtal inom tre dagar bedömer att väntetiderna har minskat avsevärt. 32 procent bedömer att detta skett i viss utsträckning och 16 procent menar att detta skett i liten utsträckning. Den grupp som enligt Socialstyrelsen fått medel har ett ganska stort bortfall. Det beror på att 11 av de 23 kommunerna i denna grupp har svarat att de inte har fått medel för detta ändamål.

Sammanfattningsvis kan konstateras att uppgifterna om vilka kommuner som har fått medel för behandlingsgarantin inte helt stämmer överens med kommunernas egna uppgifter. Kommuner som har fått medel och som själva uppgav det har i högre utsträckning än övriga kommuner angett att ett första samtal kan erbjudas inom tre dagar i en betydligt högre andel ärenden. Närmare hälften av kommunerna som själva uppgav att de har fått utvecklingsmedel för ändamålet uppger att de haft en avsevärd effekt.

4. 2. 1. 2 Individuell vårdplan upprättas inom fyra veckor

Den andra delen av behandlingsgarantin innebar att en individuell vårdplan skulle upprättas inom fyra veckor. I tabell 30 nedan redovisas vad kommunerna och kommundelarna svarade i 2006 års enkät respektive 2008 års enkät vad gäller fråga b). Svaren från 2008 redovisas för samtliga svarande kommuner (283) och för gruppen kommuner som har fått medel från vårdöverenskommelsen (195), men också för de som enligt Socialstyrelsens uppgifter har fått utvecklingsmedel för lokal behandlingsgaranti (23) samt för de som enligt egen uppgift har fått vårdöverenskommelsemedel för att upprätta en individuell vårdplan inom fyra veckor räknat från det första personliga samtalet (20). De som beviljades medel för behandlingsgarantin utgör en delmängd av dem som fick medel enligt vårdöverenskommelsen. Dessa redovisas i de två sista kolumnerna i tabellen. Det gäller de kommuner som enligt Socialstyrelsen har erhållit medel för behandlingsgarantin och den grupp kommuner som själva uppgav att de har fått sådana medel.

Tabell 30. Andelen kommuner/stadsdelar som uppger att en individuell vårdplan (IVP) upprättas inom fyra veckor räknat från första besök (%)

	2006 n = 317	2008, n = 283 alla kommuner som svarat	2008, n = 195 fått utveck- lingsmedel	2008, n = 23 kommuner som fått medel för beh.garanti, en- ligt Socialstyrel- sen	2008, n = 20 fått medel för att upprätta IVP, enligt egen uppgift
Inom 2 veckor	65 %	17	15	13	10
Inom 3–4 veckor		39	39	48	50
Inom 5–6 veckor	Fanns ej som svarsalternativ 2006	14	15	13	5
Inom 7–8 veckor	Fanns ej som svarsalternativ 2006	12	12	17	25
Annan tidsram	Fanns ej som svarsalternativ 2006	8	6	0	
IVP upprättas inte	Fanns ej som svarsalternativ 2006	4	4	0	
Bortfall		6	9	9	10
Summa		100	100	100	100

Av resultaten i tabell 31 förefaller det som att den individuella vårdplanen generellt upprättades i mindre utsträckning inom fyra veckor 2008 jämfört med 2006. 60 procent av de 20 kommunerna och kommundelarna som själva uppgav att de har fått utvecklingsmedel för att upprätta en individuell vårdplan inom fyra veckor uppger att så sker. Motsvarande andel för de 23 kommuner som har fått medel enligt Socialstyrelsen är 61 procent. Av tabell 31 framgår hur de kommuner som har erhållit medel bedömer effekten av dessa.

Tabell 31. Effekt av medlen på möjligheten att upprätta en individuell vårdplan (IVP) inom 4 veckor (% av antal kommuner)

Tiden har minskat	2008, n = 23 kommuner som fått medel för behandlingsgaranti, enligt Socialstyrelsen.	2008, n = 20 fått medel för att upprätta individuell vårdplan, enligt egen uppgift
Avsevärt	9	25
I viss utsträckning	39	50
I liten utsträckning	4	15
Tiden har inte minskat	4	10
Annat	4*	5
Bortfall	40	0
Summa	0	105

*Karlstads kommentar: ”Vårdplaner upprättas i en hög andel av aktuella ärenden som erhållit ett biståndsbeslut (ca 80 %). Tar dock längre tid än 4 veckor.”

Resultaten visar att kommunerna tillskriver medlen en viss effekt. De kommuner som själva uppgav att de har fått sådana medel bedömer effekten högre.

Sammanfattningsvis kan konstateras att uppgifterna om vilka kommuner som har fått medel för behandlingsgarantin inte helt stämmer överens med kommunernas egna uppgifter. Cirka 60 procent av kommunerna som har fått utvecklingsmedel enligt Socialstyrelsen eller som själva uppgav att de har fått medel för att upprätta en individuell vårdplan inom fyra veckor uppger att så sker, vilket betyder att kommunerna tilldömer att medlen således har haft en viss effekt.

De kommuner som själva uppgav att de har fått sådana medel bedömer effekten något högre. Ett viktigt resultat i detta sammanhang har att göra med att det i kommunerna framkommer att brukarna inte kommer på avtalade tider eller inte går att få tag på, alldeles oavsett om kommunen har kapacitet att erbjuda tider snabbt. Det råder en begreppsförvirring kring begreppen vårdplan, genomförandeplan och behandlingsplan, såväl bland intervju-personerna på kommunerna som på länsstyrelserna.

4. 2. 2. Djupstudie av åtta kommuner

Åtta kommuner/kommundelar ingår i djupstudien vars syfte är att få svar på frågor av mer komplex art kring implementeringen av statens intentioner när det gäller behandlingsgarantin.

I nedanstående tabell 32 presenteras några utvalda basfakta om de kommuner som ingår i urvalet i implementeringsstudien.

Tabell 32. Kommuntyp, invånarantal och alkoholrelaterad dödlighet i de åtta kommuner som ingår i urvalsstudien avseende implementering av behandlingsgaranti

Kommun	Kommuntyp enligt SKL:s kommungrupps-indelning ¹¹	Invånare 08-12-31 ¹²	Alkoholrel. dödlighet, 2001–2005 ¹³		Sökta medel enligt projektansökan	Beviljade VÖK-medel inkl. medel f. behandlingsgaranti enl. Socialstyrelsen
			Kv	Män		
Avesta	Övr. kommun 12 500–25 000	21 937	10,8	53,1	334 000 år 1 + kostn. f. ASI-utb.	280 000
Hässelby -Vällingby	Storstad – Sthlm kommundel i Sthlm	810 120 63 172	19,4 11	64,8 63	3 500 000 inkl. schabloners. År 1 2 165 000 inkl. schabloners. År 2	3 425 000 inkl. schabloners. år 2
Lessebo	Varuproducerande kommun	8 085	6,4	79,1	612 100 år 1 112 000 år 2	541 000 88 100
Ovanåker	Glesbygdskommun	11 647	10,7	20,1	987 000 år 1	600 000
Ronneby	Övr. kommun, mer än 25 000 inv.	28 489	12,9	55,2	1 200 000 år 1	400 000 år 1
Tyresö	Förortskommun	42 322	9,2	42,7	4 812 900 år 1 4 091 900 år 2 inkl. schabloners.	4 916 800 för två år
Åtvidaberg	Övr. kommun < 12 500 inv.	11 543	7,7	21,1	1 490 000	990 000
Örebro	Större städer	132 277	9,7	26,2	2 882 000 år 1 2 711 000 år 2	2 882 år 1 2 711 år 2

Av tabellen framgår att olika kommuntyper är företrädade. För riket, 2001–2005, är den alkoholrelaterade dödligheten 11,1 för kvinnor och 53,1 för män. Den inrapportering som görs beträffande alkoholrelaterad dödlighet kan dock betraktas som osäker, men trots detta ger det en fingervisning om skillnaderna i alkoholproblemens omfattning i urvalskommunerna. Missbruk och beroendeproblematik kan dock omfatta fler preparat än alkohol. Av tabellen framgår också hur mycket utvecklingsmedel kommunerna i den fördjupade studien sökte respektive beviljades.

4. 2. 3. Lokala programteorier i åtta kommuner

Som framgår av tidigare avsnitt kan en lokal programteori vara en beskrivning av hur projektet var tänkt att genomföras från början och vilket resultat man därmed ville uppnå, på kortare och längre sikt. De programteorier som följer nedan har formulerats utifrån projektansökningar, beslutsdokument, delrapporter och i förekommande fall slutrapporter. Dessutom bygger de på

¹¹

<<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=445&A=11248&FileID=254678&NAME=Kn%2Dgrp%5Fkn%2Dkod%5Fkn%2Dbef%5F09.xls> hämtad 2009-07-31.

¹² http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_262456.aspx hämtad 2009-08-03

¹³ <http://www.fhi.se/sv/Statistik-uppfoljning/Kommunala-basfakta-KBF/Faktablad-ar-20081> hämtad 2009-07-31.

intervjuer med ansvariga för missbruksvården i kommunerna samt på intervjuer med och dokument från länsstyrelserna. Källhänvisningar för varje kommun återfinns i bilaga 6. I anslutning till redovisningen av de åtta kommunernas projekt görs en tolkning – i programteoritermer – av om arbetet eller projektet har genomförts som det var tänkt och vad resultatet blev. För varje kommun och projekt sammanställs de förhållanden som utvärderaren har tolkat som hindrande respektive främjande för programteorins genomförande.

Avesta – programteori. Socialtjänsten i Avesta sökte i maj 2006 medel för insatser som bidrar till en förstärkt vårdkedja för personer med tungt missbruk (rutan som avser behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet är inte kryssad i mallen för ansökan). Medlen skulle främst användas för att ge bättre vård och behandling till personer med tungt missbruk i kombination med somatisk och/eller psykiatrisk sjukdom och social utslagning på hemmaplan. Detta skulle ske genom att höja personalens kompetens. Sex till nio handläggare skulle utbildas i ASI med målet att ASI ska användas systematiskt fr.o.m. 2008. En person skulle genomgå en alkohol- och drogterapeututbildning. Samverkan skulle utvecklas med beroendevården, främst avgiftning, samt inom hälso- och sjukvården genom en egen sjuksköterskeresurs. Samverkan med ett privat behandlingshem inom ungdomssidan hade påbörjats och skulle utvecklas. Utvärdering skulle ske genom en anlitad intern utredare. Aktiviteterna tänkte man skulle utföras i ordinarie verksamhet och komma denna till godo.

Medel söktes och beviljades även för ett andra år, dock inte enligt behandlingsgarantiklausulen, men nuvarande personal har inte hittat någon dokumentation om detta.

Projekttid: 2007

Sökta medel: 274 000 kr samt tillkommande medel för utbildning i ASI – en ospecificerad kostnad.

Länsstyrelsens beslut

Länsstyrelsen beviljade i november 2006 medel med 280 000 kronor till insatser som skulle bidra till en stärkt vårdkedja för personer med tungt missbruk. Det står inget i beslutet om behandlingsgaranti. ASI-utbildning ansågs vara en adekvat åtgärd för att bedöma missbrukarnas behov av relevanta behandlingsinsatser. Enligt Socialstyrelsens rapportering beviljades Avesta medel för att genomföra lokala behandlingsgarantier, individuella vårdplaner och utbildning i klientbedömningsinstrument.

Enligt länsstyrelsen har chefen för drogteamet slutat. I samband med utvärderarens aviserade besök hörde X av sig och undrade vad de hade sökt medel till. Risken finns att de har förbrukat medlen och därefter gjort en efterkonstruktion. Det tycks som om det har funnits brister i kontinuitet och i informationsöverföring.

Genomförande och resultat

Ansökan till länsstyrelsen är knapphändig men följer dess mall. Alla ansvariga chefer för missbruksvården vid tiden för ansökan har slutat och en omorganisation har genomförts. Två ur personalgruppen fanns kvar vid intervjun januari 2009, men de var inte helt införstådda med hur arbetet var tänkt. Dessa personer har dock bidragit till och delvis sett vad som blev resultatet.

Det framgår att det tog lång tid mellan ansökan och beslut från länsstyrelsen (ansökan i maj och beslut december 2006). Förutsättningarna förändrades och denna förändring kommunicerades med länsstyrelsen, dock råder oklarheter om vad den bestod i. Av intervjun framgår att sjuksköterskan aldrig anställdes, och av slutrapporten framgår att behovet försvann. Där emot har arbetet riktat till ungdomar och deras familjer intensifierats, dock inte genom kontakter med behandlingshemmet som omnämns i ansökan. I stället engagerades en person på halvtid i verksamheten ”Höjden” och tillsammans med fyra ordinarie personal har den personen utvecklat metoder kring ungdomar med tungt missbruk och deras familjer (där kvinnobehandling har omgjorts till verksamhet för ungdomar cirka 13–23 år). Alkohol- och drogterapeuten har genomgått en kvalificerad påbyggnadsutbildning i syfte att erbjuda personer med tungt missbruk tolvstegsbehandling i egen regi. Den har delvis betalats av projektmedel och delvis av kommunen, men också av personen själv. Personen har nu större eget ansvar för kvalificerade behandlingsinsatser. 15 personer har utbildats i ASI (socialsekreterare och behandlingsassistenter). Fler har utbildats än det var tänkt inom hela individ- och familjeomsorgen för att skapa en enhetlighet vid bedömning i missbruksärenden.

Chefen för enheten slutade sin anställning hösten 2007. Samtidigt eller något senare ersattes de två närmast överordnade pga. personalomsättning och omorganisation.

Positiva effekter som lyfts fram är att medarbetarna i förvaltningen har ett märkbart större intresse för frågan om tungt missbruk, bättre bedömningar i många ärenden genom att ASI används samt minskad sårbarhet i den tolvstegsbehandling som ges genom att kompetensen har höjts.

Enligt slutrapporten använder i dag merparten av de medarbetare som har utbildats i ASI metoden som ett verktyg i sitt arbete. Arbetet fortsätter ytterligare ett år med medel från länsstyrelsen. Arbetet inom missbruksvården kan ha stärkts i Avesta men någon behandlingsgaranti är svår att hitta.

Kommunens svar i 2006 och 2008 års nationella enkät när det gäller de två frågor som är relaterade till behandlingsgarantin.

Tabell 33. Avestas svar på frågan om behandlingsgarantin i totalundersökningen, 2006 respektive 2008

Hur snabbt kan ett första personligt samtal erbjudas den enskilde från det att man fått kontakt med verksamheten?	2006 Inom 3 dagar	2008 Inom 3 dagar	2008 Efter 4–7 dagar	
Avesta	Ja		Ja	
Hur snabbt kan en individuell vårdplan upprättas?	2006 Inom 4 veckor	2008 Inom 2 veckor	2008 Efter 3–4 veckor	2008 Efter 5–6 veckor
Avesta	Ja			Ja

I Avesta bedömdes det ta något längre tid för klienterna att få ett första personligt samtal 2008 jämfört med 2006. Detsamma gäller upprättande av individuell vårdplan. Kommunen angav i enkäten att de inte har fått medel för att införa behandlingsgarantin, men har beviljats medel av länsstyrelsen för detta.

Har projektet genomförts enligt ansökan och har de resultat nåtts som var avsedda?

Ansökan är bristfällig och medarbetarna i den nuvarande arbetsgruppen har inte varit delaktiga i formuleringen av ansökan. Chefer på flera nivåer har slutat sina anställningar och därmed har det varit svårt att få en klar bild av hur arbetet var tänkt att genomföras och vad det skulle leda till. Troligtvis var avsikten att stärka öppenvården genom att utbilda den egna personalen, men även att stärka samverkan med personalen vid ett ungdomshem. Det har man också gjort genom att utbilda i och arbeta med implementering av ASI (vilket har varit ett annat länsstyrelsestött projekt i länet, att stödja implementering av ASI i länets kommuner). Samverkan med ungdomshemmet uteblev då personal slutade. Alkohol- och drogterapeuten har fått fullfölja sin utbildning men även fått satsa egna privata medel i detta. Länsstyrelsen misstänker att projektet havererade men räddades av de nya tillträdande cheferna. Spåren av någon behandlingsgaranti är svåra att se och länsstyrelsen har inte heller tolkat intentionerna så bokstavligt när det gäller vårdöverenskommelsen utan mer sett helheten – att människor med tungt missbruk ska få snabb hjälp av en kommun som samarbetar på ett bra sätt med psykiatrin. Medlen tycks ändå ha stärkt kvaliteten i Avestas öppenvård, dels genom att ASI används inom missbruksvården, dels genom att en utbildad alkohol- och drogterapeut nu finns att tillgå i öppenvården.

Förhållanden som har hindrat respektive främjat genomförande och resultat.

Hindrande

- Omorganisation av socialtjänsten från funktionsindelning till en myndighetsdel och en öppenvårdsdel.
- Hög personalomsättning på tre chefsnivåer i organisationen under projektet.
- Projektledaren har slutat. Ingen överlämning till ersättare.
- Bristfällig ansökan.
- Dålig förankring i personalgruppen.
- Byggde till en början på samverkan med en eldsjäl som arbetade i ett privat behandlingshem.

Främjande

- Nyttillträdda chefer har "räddat" projektet och kunnat nyttiggöra utbildningsinsatserna i verksamheten.
- Lojala medarbetare med engagemang för sina klienter.

Hässelby-Vällingby – programteori. I stadsdelen ville man utveckla ett uppsökande och utåtriktat arbete i syfte att öka tillgängligheten för unga vuxna 18–25 år med tungt missbruk. Detta var något man hade önskat redan innan det fanns möjlighet att söka och få utvecklingsmedel. Ett etablerat samarbete med landstinget finns sedan 1999 genom en gemensam lokal mottagning – Hässelbymottagningen. Mottagningen förstärktes med en ungdomssjukskötersketjänst för åldersgruppen 13–25 år i februari 2007. 2006 aktualiserades 66 klienter i åldersgruppen. Man hade sett att gruppen unga vuxna 18–25 ökade i form av anmälningar och ansökningar till myndigheten. I en ansökan till länsstyrelsen för 2008 (2007 års medel) beskrev kommunen att man ville införa en lokal behandlingssgaranti för unga vuxna som, vid ansökan, innebar en längsta väntetid för ett första samtal om två till tre dagar samt att en individuell vårdplan skulle upprättas inom fyra veckor. Det skulle vara lätt för den unge att få kontakt med socialsekreterare och inom två till tre arbetsdagar skulle en besökstid erbjudas. Motivationen hos en ung människa beskrevs som färskvara – man behöver handla snabbt. Vid uteblivna besök, sjukhusvistelser och intagningar på häkte skulle uppsökarna snabbt kunna vara på plats.

Med hjälp av beroendemottagningens sköterska, i samarbete med socialsekreterare, fältassistenter, den centrala uppsökarenheten och härbärgeteamet, polisen och ungdomsmottagningen skulle vårdkedjan på hemmaplan utvecklas. Ytterligare 3,5 personal skulle ingå: 2,0 socialarbetare – som hade anställts som projektmedarbetare redan 2007 – som snabbt och i ett tidigt skede skulle kunna länka den unge till rätt hjälp och stöd. 0,5 personal behövdes som stöd för uppföljning i dokumentationssystemen ASI/ADAD och MAPS. Metoderna skulle användas för faktainsamling, behandlingsplanering och uppföljning. 1,0 tjänst socialsekreterare skulle bidra till en förstärkt mottagningsfunktion för att uppfylla behandlingssgarantin. Denna tjänst skulle nyrekryteras. Det utåtriktade fältförlagda arbetet som påbörja-

des i projektform var tänkt att fortsätta i det ordinarie arbetet efter projektet och skulle även vara som ett marknadsföringsarbete av missbrukarvården inom stadsdelen. Utbildningsinsatser skulle ske i form av utbildning av socialsekreterare i metoden motiverande intervju (MI), ”Stopp och tänk” och ett cannabisprogram – metoder som bedömdes som evidensbaserade. Relation och förtroende en med den unge betonades. Arbetsledaren skulle inte låta några aktualiseringar av unga med missbruksproblem ”ligga och vänta” på att fördelas till en ansvarig handläggare utan se till att den unge snabbt kontaktades. De resultat man önskade var att nå fler unga vuxna med tungt missbruk på ett sådant sätt att de får rehabilitering och att nyrekryteringen till gruppen äldre med tungt missbruk minskade i stadsdelen. Man ville också under projekttiden inleda en kartläggning och identifiering av unga vuxnas missbruksproblematik i stadsdelen. En referensgrupp skulle knytas till arbetet.

Projektid: 2008, men arbetet påbörjades redan januari 2007.

Sökta medel: 3 500 000 kr år ett inklusive schablonersättning och 2 165 000 inklusive schablonersättning år två.

Länsstyrelsens beslut

Ansökan som lämnades in 2006 beviljades endast delvis och inte utifrån behandlingsgarantin då länsstyrelsen ansåg att behandlingsgarantin skulle vara generell och omfatta alla personer med tungt missbruk, inte bara yngre personer. Flera kontakter mellan länsstyrelse och kommun banade sedan väg för en ny ansökan som beviljades. Således fick stadsdelen medel även 2006, men då till ”specialiserad missbruksenhet – en verksamhet med ökad tillgänglighet för att nå unga vuxna med tungt missbruk”. Först 2007 beviljades medel med stöd av tankarna med behandlingsgarantin.

Länsstyrelsen beviljade 3 425 000 kr i december 2007 med hänvisning till området behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser. Beloppet inkluderade en schablonersättning på 1 260 000 för en förväntad ökning av de som söker vård och behandling med 18 personer. En överenskommelse tecknades mellan kommunen och länsstyrelsen 2008-01-14. Bidraget avsåg projektår två. Överenskommelsen gällde behandlingsgaranti där stadsdelen åtog sig att fortsätta och utveckla projektet ”specialiserad missbruksenhet med uppdrag att förebygga och tidigt behandla missbrukare genom ökad tillgänglighet och förstärkt vårdkedja” i enlighet med kommunens projektplan. En lokal behandlingsgaranti skulle införas för unga vuxna och stadsdelsnämnden skulle också verka för att göra projektet till en bestående verksamhet integrerad i ordinarie budget.

Genomförande och resultat

År ett startades projektet i stadsdelen. År två innebar i överenskommelse med länsstyrelsen en fortsättning av detta arbete, men under rubriken ”specialiserad missbruksenhet med uppdrag att förebygga och tidigt behandla missbrukare genom ökad tillgänglighet och förstärkt vårdkedja”. Inom projektet skulle även en lokal behandlingsgaranti införas för unga vuxna.

År ett påbörjade två uppsökare arbetet, och styr- och referensgrupper startade. I styrgruppen ingick enhetschef, gruppleddare och metodutvecklare på enheten som referensgrupp, och sedan utökades styrgruppen även med projektmedarbetare och ungdomssjuksköterskan. Här i formulerades uppdraget. Samverkan har etablerats med socialtjänstens ungdomsgrupp, missbrukarvården, landstingets lokala beroendemottagning (ungdomssjuksköterskan), fältassistenter, polis, skolor och ungdomsmottagning. Samverkan mellan fältassistenter och uppsökare har varit påtagligt i syfte att kartlägga problematiken och även söka upp unga vuxna som har identifierats av fältassistenter som i behov av hjälp. Ett utåtriktat arbete för att göra arbetet känt mer generellt, bland unga vuxna och samverkanspartner, har genomförts. Samarbetssvårigheter har upplevts i kontakten med Maria Ungdom kring enskilda unga vuxna där man har hävdat sekretess och inte samarbetat. Det kan ha gällt svar på provsvar och resultat av ASI-intervju trots att socialtjänsten har en pågående utredning och att den unge själv givit sitt medgivande. Även med psykiatrin har det uppstått samarbetsproblem så att "det blir mycket bollande". Däremot finns positiva erfarenheter av samarbetet med kriminalvården.

I januari 2008 kompletterades arbetet med två socialsekreterare med en varsin halvtidstjänst som fick i uppdrag att ta emot unga vuxna klienter med mycket kort varsel – ett led i behandlingsgarantin. Behandlingsgarantin innebär här att en ung vuxen erbjuds ett första samtal inom två till tre dagar när de ansöker om stöd, vård eller behandling. Vid första träffen beskrivs hur utredningsprocessen går till, vid andra träffen påbörjas en ASI/ADAD-intervju och vid tredje träffen ges feedback på resultatet av intervjun med en efterföljande MAPS och vårdplan – allt inom fyra veckor under förutsättning den unge kommer på överenskomna tider. Vårdplaner eller genomförandeplaner har fått mer aktualitet i och med projektet. Då personer inte kommer på inbokade besök kopplas uppsökarna in för att söka upp vederbörande och motivera dem att fullfölja hjälpprocessen. Uppsökarna letar också upp unga människor, både dag- och kvällstid, som har aktualiserats som anmälningar via samverkanspartner som polis eller sjukvården eller andra. Även dessa samtal syftar till att motivera unga människor att söka hjälp eller välja andra vägar till förändring. Föräldrar involveras ibland. Allt görs inom ett par dagar från det att anmälan kommer in. Gruppleddaren bedömer hur ärendet ska hanteras och av vem.

MI har blivit ett genomgående arbetssätt. Särskilda motivationskurser, som bedrivs inom enheten, erbjuds klienter som önskar och vill delta. Uppsökarna har utbildats i MI tillsammans med personal från ungdomsmottagningen.

Några socialarbetare har utbildats i ett lokalt öppenvårdsprogram för unga vuxna kallat "Stopp och tänk". Arbetet har startats men hittills har man bara provat metoden på ett fåtal klienter. Det har tagit längre tid att implementera än man först tänkte. Delar av "Stopp och tänk" går att använda för personer med cannabissmissbruk, varför man inte utbildat någon personal på cannabisprogrammet som var tänkt från början.

Ett kartläggningsarbete av situationen för unga vuxna med missbruks- och/eller beroendeproblem påbörjades i januari 2007 med hjälp av ASI, ADAD och Maps och har fullföljts under projektiden. Kartläggningen visa-

de att uppsökarna under projekttiden, år 2007 och 2008, hade kontakt med 138 personer – 109 män och 29 kvinnor. Vanligaste anledningen till kontakt var en LOB-anmälan från polis, därefter narkotikabrott och anmälan från anhöriga eller skolan om oro för alkohol eller droger. När man ser åldermässigt på anmälningarna framgår att 19–20-åringarna står för de flesta narkotikabrotten. Av de som uppsöktes har 15 personer aktualiserats. Antalet anmälningar minskar men ansökningarna ökar.

57 personer har intervjuats och kartlagts med ASI/ADAD. 45 av dessa har för närvarande någon form av insats alternativt har haft det. 22 av dem har gått vidare till arbetsmarknadsinsatser, arbete och/eller någon form av boende. Totalt har 15 personer bedömts vara tillkommande ärenden genom det nya arbetssättet, och för dem har kommunen fått schablonersättning av länsstyrelsen.

Tidigare var enhetens klienter missbrukande medelålders män i hög utsträckning. Hela enheten har varit med i metoddiskussioner för att ändra fokus till unga som behöver fångas in på andra sätt. ASI-intervjuerna är inte en del av projektet, men det är svårt att få tiden att räcka till dokumentation. I skrivande stund (mars 2009) är arbetsmetoden, som innebär att arbetet med unga vuxna prioriteras, etablerad och används i det dagliga arbetet med unga vuxna missbrukare i stadsdelen. Kunskapen som man har fått används även i samarbete med barn- och ungdomsgruppen i stadsdelen när det gäller ungdomar på gränsen till ung vuxen, runt 17 år.

Kommunens svar i 2006 och 2008 års nationella enkät när det gäller de två frågor som är relaterade till behandlingsgarantin framgår av tabell 34.

Tabell 34. Hässelby-Vällingbys svar på frågan om behandlingsgarantin i totalundersökningen, 2006 respektive 2008

Hur snabbt kan ett första personligt samtal erbjudas den enskilde från det att man fått kontakt med verksamheten?	2006 Inom 3 dagar	2008 Inom 3 dagar	2008 Efter 4–7 dagar	
Hässelby-Vällingby	Nej	Ja		
Hur snabbt kan en individuell vårdplan upprättas?	2006 Inom 4 veckor	2008 Inom 2 veckor	2008 Efter 3–4 veckor	2008 Efter 5–6 veckor
Hässelby-Vällingby	Ja		Ja	

I Hässelby-Vällingby bedömdes klienterna kunna erbjudas ett första personligt samtal inom tre dagar 2008, men inte 2006. En individuell vårdplan skulle bägge åren kunna upprättas inom fyra veckor, samtidigt som respondenterna i 2008 års enkät gjorde bedömningen att tiden hade minskat i viss utsträckning. Stadsdelen uppgav i enkäten att de sökte medel för att införa behandlingsgaranti för unga vuxna för det andra projektåret och beviljades medel av länsstyrelsen för det.

Har projektet genomförts enligt ansökan och har man nått de resultat man tänkte?

Efter en till synes ganska omfattande diskussion med länsstyrelsen anpassades ansökan till att passa syftet med behandlingsgarantipengarna, och kommunen lyckades kombinera detta med unga vuxnas behov av tidig och snabb hjälp. Kommun har i dessa diskussioner även påverkat länsstyrelsen såtillvida att medlen kunde riktas till en särskild åldersgrupp, vilket man först inte tyckte. Projektet har i hög utsträckning genomförts i enlighet med projektansökan och målet har nåtts: man når fler unga vuxna med missbruks- och beroendeproblem och de får snabbare hjälp. Detta har även fått liknande effekter för andra klientgrupper inom stadsdelen, både yngre och äldre. Vårdplaner upprättas enligt kommunens egen uppgift inom fyra veckor, under förutsättning att den unge kommer på avtalade tider.

Förhållanden som hindrat respektive främjat genomförande och resultat

Hindrande

- Man har från kommunen fått argumentera för att få rikta sig till en särskild grupp - unga vuxna, de med tungt missbruk.
- Brister i samverkan med andra huvudmän, främst psykiatrin, inom området.
- För mycket arbete att försöka implementera två öppenvårdsprogram samtidigt.
- Bristande tid för dokumentation.

Främjande

- Låg personalomsättning.
- Stabilt och kreativt ledarskap på flera nivåer.
- Arbetat med metodutvecklingsdagar på hela enheten.
- Spillt över effekter på ungdomsgruppen då vuxnenhetens erfarenheter kan användas även på unga i gränsen till ung vuxen.
- Spillt över effekter även på andra klientgrupper på enheten – att man ger tider snabbare även till personer som är över 25 år.

Lessebo – programteori. Lessebo önskade utveckla öppenvården, kunna erbjuda behandling på hemmaplan och få en effektivare utslussning av klienter som skrivits ut från institution. Detta skulle ske, med utgångspunkt i det antagna drogpolitiska programmet, genom att höja kvaliteten i utredningarna, göra dem snabbare och genom ökad samverkan med andra aktörer såsom grannkommuner, landstingets beroendeenhet, vårdcentralen, arbetsförmedlingen m.fl. Man önskade förhindra att ungdomar utvecklade tungt missbruk genom förebyggande och tidiga insatser.

Man planerade att vidareutveckla ett pågående utvecklingsprojekt inom sysselsättningsområdet "Lyftet". Det riktade sig till människor med alkohol- och drogproblem som erbjöds daglig verksamhet och var organiserat under den kommunala psykiatrin. Där arbetade en behandlingsassistent som hade bedrivit motivations- och behandlingssamtal och även deltagit i planering

för behandlingsinsatser på institution och för utslussning. Lyftet samarbetade även med landstingets beroendeenhet, vårdcentralen, arbetsförmedlingen, socialkontorets försörjningsstödshandläggare, andra närliggande kommuner m.fl. Lyftet skulle utvecklas till en missbruksenhet genom att tillföra och samlokalisera en socialsekreterare från socialkontoret, på så sätt att en behandlingsassistenttjänst skulle omvandlas till socialsekreterartjänst. Utöver detta tänkte man genomföra en kartläggning för att få en uppfattning av missbrukssituationen i kommunen och hur samverkan skulle kunna utvecklas.

Man tänkte arbeta lösningsfokuserat i utredningsarbetet, motivation och behandling men också koncentrera arbetet till en socialsekreterare efter att X tidigare varit ett delat ansvar mellan samtliga socialsekreterare på kontoret. Även en socialsekreterare inom försörjningsstöd skulle koncentrera sig på missbruks- och behandlingsarbete. Socialsekreterarna skulle utbildas i ASI/MAPS och MI. Ett påbörjat samarbete i den riktningen hade inletts med David Zingmark för utbildning och för fortsatt möjlighet till konsultation. Samarbetet med IOGT/NTO skulle utvecklas i Lyftets lokaler.

Mer konkret ville Lessebo förbättra och utrusta Lyftets lokaler, installera Pro Capita där m.m. Fyra personer skulle utbildas i ASI tillsammans med landstingets beroendeenhet. Inköp och utbildning av kontaktperson gällande ASI net – datorstöd till ASI. Enligt ansökan skulle bidraget också användas till handledning i ASI och till att utbilda fyra personer i MI. Dessutom ville man inrätta en tjänst för kartläggningsuppdraget och för uppsökande och motiverande verksamhet i kommunen.

Efter de två åren tänkte man sig ha höjt kompetensen inom missbruk- och beroendevården i kommunen. Förhoppningen var att socialnämnden skulle ha beslutat om en permanent personalförstärkning, att kommunen skulle kunna driva verksamheten vidare och att en utökad samverkan hade etablerats med landstinget beroendeenhet liksom med grannkommunerna. Tanken var också att institutionskostnaderna skulle minska.

Projekttid: 2006-08-01 och två år framåt.

Sökt medel: 612 100 kr år ett och 112 000 kr år två.

Länsstyrelsens beslut

Länsstyrelsen beviljade 541 000 för första året till kostnader för lokal, utbildning och tillfällig personalförstärkning. För år två beviljades samtidigt 88 100 kr. Det kommunen inte fick var bidrag till kostnader för införande och drift av dataprogramstöd (pro capita) i den nya lokalen.

I ett separat avtal regleras parternas uppgörelse. I detta hänvisar länsstyrelsen till regeringsbeslutet 2006-01-12 om att stödja utvecklingen av vården med tungt missbruk.

I beslutet till Lessebo påpekades tre aspekter allmänt om vårdöverenskomelsemedlen: att statbidraget ska användas mer strategiskt och att kommunen ska få långsiktigt hållbara förutsättningar för utvecklingen och finansieringen av missbruksvården. Stödet bör ges på ett sådant sätt att förändringsarbetet kan bedrivas inom ordinarie verksamhet och i samverkan med andra aktörer och samverkanspartner (standardformulering av STUV-gruppen).

I avtalet med Lessebo angav länsstyrelsen vidare att utvecklingsmedlen skulle användas till specialiserad integrerad missbruksvård, individuella vårdplaner och insatser för förstärkt vårdkedja. Lessebo skulle ställa i ordning en lokal för specialiserad missbruksvård, utbilda i och använda ASI och genomföra utbildning för personalen i MI.

Lessebo har inte fått några utvecklingsmedel till behandlingsgaranti. Antingen har en felrapportering gjorts till Socialstyrelsen eller så har Socialstyrelsen läst fel enligt handläggaren på länsstyrelsen.

Slutrapporten har ännu inte kommit till länsstyrelsen då arbetet och projektet pågår till och med 2009.

Genomförande och resultat

Arbetet påbörjades 2006. En socialsekreterare har fått huvudansvaret för missbruksfrågorna. Fyra personer har utbildats i ASI, utredningar görs och handledning fås av David Zingmark. Vårdplaner upprättas. Väntetiderna är oftast inte långa. Fyra personer har utbildats i MI och metoden används i verksamheten. En person har utbildats i återfallspreventionsprogrammet Väckarklockan vid Maria Ungdom i Stockholm. Lokalen i anslutning till Lyftet har upprustats och möbler, två datorer samt skrivare har inköpts. En bärbar dator har inköpts till arbetet med kartläggningen som också har genomförts. Lyftet var ett sysselsättningsprojekt inom den kommunala psykiatrin, men det lades ned vid årsskiftet 2007/2008. Ungefär samtidigt flyttades det formella ansvaret för missbruksfrågorna från individ- och familjeomsorgen till att ligga direkt under socialchefen. Därvid samordnades missbrukshandläggningen med den kommunala psykiatrin under samma chef. Missbrukshandläggaren flyttade aldrig fysiskt till Lyftets lokaler. Denne upplevde mer samhörighet med socialsekreterarna på individ- och familjeomsorgen. Psykiatrisjuksköterskan som arbetade där och som var intresserad av att utveckla arbetet mot en specialiserad missbruksenhet slutade. En ny socialchef anställdes hösten 2007. Från och med 2008 ligger ansvaret för missbruksarbetet åter på chefen för individ- och familjeomsorgen. Den nya psykiatrisjuksköterskan kommer att ligga under hemtjänsten. Kommunen saknar öppenvårdsbehandling. Det blev ingen specialiserad missbruksenhet som tänkt var.

Ett första samtal kan i dag i regel erbjudas inom två till tre dagar, men det kan också fallera på att det bara finns en missbrukshandläggare på enheten så att verksamheten blir sårbar vid frånvaro. Före specialiseringen till en handläggare prioriterade socialsekreterarna barnvårdsärenden, men då fanns också Lyftet dit människor med tyngre missbruk vände sig. Vårdplaner upprättas inom tre veckor om inte den enskilde uteblir, men den kallas här för en behandlingsplan som sedan följs av en genomförandeplan. Vårdplanen utvärderas med den enskilde. Väntetider har aldrig setts som ett problem så länge Lyftet fanns. Av intervjun framgår att det har blivit sämre för många tunga missbrukare i Lessebo. De har ingenstans att gå och har ingen möjlighet att få någon daglig sysselsättning.

Kommunens svar i 2006 och 2008 års nationella enkät när det gäller de två frågor som är relaterade till behandlingsgarantin framgår av tabell 35.

Tabell 35. Lessebos svar på frågan om behandlingsgarantin i totalundersökningen, 2006 respektive 2008

Hur snabbt kan ett första personligt samtal erbjudas den enskilde från det att man fått kontakt med verksamheten?	2006 Inom 3 dagar	2008 Inom 3 dagar	2008 Efter 4–7 dagar	
Lessebo	Nej	Ja		
Hur snabbt kan en individuell vårdplan upprättas?	2006 Inom 4 veckor	2008 Inom 2 veckor	2008 Efter 3–4 veckor	2008 Efter 5–6 veckor
Lessebo	Nej		Ja	

I Lessebo bedömdes klienterna kunna erbjudas ett första personligt samtal inom tre dagar 2008, men inte 2006. En individuell vårdplan kunde också ha upprättats inom fyra veckor år 2008, men inte 2006. I 2008 års enkät gjorde man bedömningen att tiden hade minskat i viss utsträckning. Kommunen angav i enkäten att de hade beviljats medlen av länsstyrelsen för att införa en behandlingsgaranti.

Har projektet genomförts enligt ansökan och har man nått de resultat man tänkte?

Arbetet inleddes i enlighet med planerna, men en av hörnpelarna i projektet, verksamheten Lyftet, lades ner enligt beslut i socialnämnden. Psykiatrisjuk-sköterskan slutade och med det havererade uppbyggnaden av den öppna, specialiserade vården i Lessebo. Däremot har utbildningsplanerna fullföljts och i kombination med att en socialsekreterare har fått specialisera sig på missbruksområdet förefaller kvaliteten i socialtjänstens missbruksvård ha ökat. Kartläggningen har genomförts enligt planerna. Någon behandlingsgaranti har dock inte införts. Den nämndes inte heller i kommunens ansökan. Länsstyrelsen menar att det är ett misstag att rapporteringen ser ut på det sättet. Väntetider var inget problem för tunga missbrukare med psykiska problem så länge Lyftet fanns. Specialiseringen är genomförd, men den utgör en sårbar konstruktion då det enbart är en socialsekreterare som handlägger missbruksärenden. Som regel hinner de erbjuda en tid inom några dagar och även erbjuda en vårdplan inom tre veckor om klienten kommer på de avtalade tiderna. Om detta har något med projektmedlen att göra är dock tveksamt.

Förhållanden som hindrat respektive främjat genomförande och resultat *Hindrande*

- Länsstyrelsen har inte beslutat om någon behandlingsgaranti och de tankarna ingick inte primärt i ansökan.
- Omorganisation där ansvaret för missbruksfrågorna flyttades inom förvaltningen försvårade fullföljandet av utvecklingsarbetet.

- Problem med samverkan och samarbete internt inom förvaltningens olika verksamheter.
- Nedläggning av projektet Lyftet försvårade utvecklandet av specialiserad missbruksenhet.
- Psykiatrisjuksköterskan var en nyckelperson som slutade sin tjänst, troligen delvis pga. de två första nämnda punkterna.

Främjande

- Gemensamma utbildningar med socialsekreterare från kommunen m.fl. och beroendeenheten i Växjö öppnade vägar för samverkan.
- Specialisering har banat väg för ett kvalitativt bättre arbete inom missbruksområdet på individ- och familjeomsorgen.

Ovanåker – programteori. I ett kartläggningsarbete som föregick ansökan till länsstyrelsen konstaterades att det fanns en grupp människor som hamnade utanför den beskrivna vårdkedjan som finns i kommunen – personer med ett mycket tungt missbruk. Det är personer som inte motiverade för att gå in i behandling och vars basala behov handlar om att få ett människovärde. Kraven på att klara boende, sysselsättning i dess enklaste former och att ta till sig ett vårdinnehåll upplevs som för höga för gruppen. Motivation till förändring saknas och gruppens plats i samhället ifrågasätts av den vanlige medborgaren. Upprepad kriminalitet, förstörelse, våld och hot skapar ett främlingskap och utanförskap för gruppen. Narkotikamissbruket är omfattande. I gruppen fanns flera klienter som hade förtidspension, varför det inte heller upplevdes som nödvändigt att kontakta socialtjänsten. Varken boendestöd eller sysselsättningsstöd kom till stånd då personerna ansågs alltför problematiska för att klara ett boende med andra. De skulle vara bostadslösa men löste det med att föra en ambulerande tillvaro bland likasinnade och byta bostad mellan kommuner. I kommunen ordnades bostad bl.a. genom att en rivningsfastighet köptes in och erbjöds via andrahandskontrakt. Ofta blev detta boende till slut en sanitär olägenhet och en icke människovärdig bostad pga. förstörelse m.m. Dessa människor behövde återerövra sitt människovärde och det handlade om att först tillmötesgå grundläggande basala behov som värme, mat, möjlighet till en dusch, få tvätta sina kläder – att få bli bemött som en medmänniska, få förtroende och uppleva sitt människovärde. Nästa steg var att få ”lotshjälp” i sina myndighetskontakter, antingen det gällde att söka försörjningsstöd eller få till stånd t.ex. ett besök hos sjukvården eller tandläkaren.

En grundläggande värdering var att alla har resurser och att alla bär på en önskan att få ett värdigt liv. Projektets värdegrund var att med relationens kraft och styrka skapa det goda mötet och få mänsklig kontakt. Ett grundläggande krav var att klienten skulle vara drogfri när han eller hon kom på besök, annars fick han eller hon återkomma en annan dag.

En projektledare tillsattes i form av kommunens kvinnliga alkohol- och drogrådgivare. Projektledare skulle enligt ansökan ha en ”lotsfunktion” för klienten till myndigheter, ha en helhetssyn över projektets olika delar samt

kunna koppla på vårdkedjan i övrigt när tiden var mogen. Projektledaren skulle också stå för en uppsökande verksamhet och ha ett nära samarbete med frivården. Ytterligare en projektmedarbetare skulle rekryteras som föreståndare. Den föreståndaren kom från ett före detta kyrkligt drivet kooperativ som fungerade som en mötesplats för människor med tungt missbruk men som hade lagts ned. Enligt ansökan ville man även ta över kooperativets lokal för den nya verksamheten. I lokalen skulle man bedriva kaféverksamhet eftersom där fanns tillgång till vilorum, kök med matplatser och ett stort samlingsrum och att i framtiden planeras kunna utöva viss sysselsättning. Det beskrevs som fullt möjligt att sätta in en tvättmaskin samt en dusch i samband med toaletten. I det första skedet ville kommunen satsa på sysselsättning som börjar som en ren hobbyverksamhet. Öppettiderna skulle vara vardagar under dagtid. Lokalen låg centralt men ändå inte mitt i ett bostadsområde och den var välkänd och accepterad av de tänkta besökarna. Personalen skulle i sitt arbetssätt vara så tillgängliga som möjligt och hela tiden arbeta tillsammans *med* besökaren i stället för att göra saker *åt* henne eller honom, i syfte att stärka individen.

I samarbete med att de kristna församlingarna, t.ex. Café Centrum inom EDA-produktion och Diakonverksamheten inom Svenska kyrkan, planerades en utveckling av verksamheten som gick ut på att erbjuda samtal i nöd- och krissituationer och anpassa dem för gruppen. Det var inte ett tolvstegsprogram som skulle erbjudas. Fler mötesplatser planerades inom kommunen och man ville eventuellt också arrangera lägervistelser för besökarna.

I projektet planerades samverkan inte bara med församlingar utan också med kriminalvården.

Enligt ansökan kunde kommunen etablera kontakt med dem som vårdas på anstalt och står inför frigivning via Frivården som förmedlar kontakt med verksamheten. Inom projektet skulle de som hade dömts till samhällstjänst kunna få uppgifter inom verksamheten, men också använda verksamheten som en träffpunkt.

Beroendemottagningen sågs som en viktig länk när besökarna hade kommit så långt att de fått motivation för att söka behandling. Likaså eftersträvades kontakt och samarbete med kommunens distriktssköterska som vid tiden för ansökan svarade för avgiftning. Man ville också erbjuda årliga hälsokontroller och viss provtagning i förebyggande syfte. Kostnaderna för en del förebyggande hälsovård i nya former var tänkt att sökas hos Hälsorådet. Vidare efterstävade man ett samarbete med kommunens drog- och BRÅ-samordnare.

På längre sikt var målet att etablera en boendeform i samarbete med Alfta-Edsbyns Fastighetsbolag AB. Där skulle personer med tungt missbruk kunna få stöd och det slutliga målet var att bedriva det i kooperativ form. Tanken var att genom s.k. blockförhyrning tillskapa ett boende som mötte kraven från samhället och från de bostadslösa själva.

Fyra punkter angavs som kännetecken för verksamheten som man hade döpt till Torpet:

1. "Tröskellösheten" skulle vara ett varumärke för verksamheten som byggdes upp i första skedet, det vill säga att verksamheten erbjöd en plats dit alla fick komma i vilket skick som helst. "Torpet" skulle förmedla en känsla av acceptans, tillhörighet, bekräftelse och av att bli sedd som människa. Det skulle inte gå att "straffa ut sig" från Torpet, men besökarna kunde få en tillsägelse om att återkomma en annan dag.
2. Verksamheten skulle vara en mottagning som kompletterade kommunens resurser och svara upp mot verkligt basala behov som att kunna erbjuda dagsvila, ett mål mat, en dusch, tvättmöjligheter osv. De "ickemateriella" faktorerna som stod dock i fokus: att möta människor i kris (både akuta och långvariga kriser) och att se människor med deras behov och resurser.
3. Verksamheten skulle erbjuda en mycket konkret "lotshjälp" till andra myndigheter och utgöra en förmedlande länk till andra instanser. Som service kunde personalen följa med vid besök.
4. Verksamheten skulle kunna ersätta kortare institutionsvistelser vars främsta syften är att få brukarna i bättre fysisk kondition och ge dem en god omvårdnad.

Följande kortsiktiga mål angavs:

- Förbättrad hälsa för besöksgruppen. Deras hälsa skulle mätas via hälsoundersökningar.
- Längre nyktra perioder för de personer som ingick i besöksgruppen.
- Ett utökat nätverk för besökarna där nya relationer med andra grupper i samhället kunde etableras eller gamla relationer återupptas med familj och släktingar.
- Erbjuder samtalsstöd eller krisstöd enskilt och i grupp via de resurser som fanns inom församlingarna, utifrån t.ex. programmet "Ett steg ut i livet".

Följande långsiktiga mål angavs:

- Utveckla den kooperativa tanken där målet är att f.d. missbrukare ska ingå som medlemmar, både i Torpets verksamhet i kooperativ form samt i ett boendekooperativ.
- Skapa en boendeform för personer med tungt missbruk som på sikt byggde på kooperativtanken och utveckla stödformer i boendet beroende på vilket behov personen med missbruksproblem har. Detta boende skulle planeras i samarbete med Alfta-Edsbyns Fastighets AB.
- Utveckla Torpet med idéer om olika verksamhetsinriktningar, t.ex. kafé-verksamhet, cykelverkstad eller andra aktiviteter som var intressanta och byggde på besökarnas egna idéer som är realistiska.

Till projektet knöts en styr- och en referensgrupp. Styrgruppen var socialnämnden. Referensgruppen bestod av projektföreträdare och samarbetspartner, dvs. representanter för socialtjänsten, kriminalvården, församlingarna med representant från Diakoniverksamheten och EDA (Edsbyns diakonala arbetsutskott) samt kommunens Brå-samordnare och en representant för Alfta-Edsbyns Fastighets AB. Klienternas delaktighet och synpunkter togs tillvara genom s.k. stationsmöten som hölls en gång i månaden. Dessutom togs deras synpunkter tillvara under den processutvärdering som var pågående under projektet.

Utvärderingar var tänkt att ske under tiden projektet pågick genom att deltagarnas livssituation kartlades före och efter med cirka ett års mellanrum. Som skattningsformulär användes DUR-systemet som i dag används i Göteborgs kommundelar för uppföljning.

Skilnader mellan svaren i början och efter projektet sågs som en förändring under projekttiden och redovisades. Frågor med barnperspektiv samt om jämställdhet fanns också med. Syftet med processutvärderingen var att ge uppdragsgivaren underlag för vidareutveckling av verksamheten.

I december 2006 genomfördes anställningarna och lokalen ställdes i ordning. Inledande förberedande kontakter togs med samverkanspartner samt styr- och referensgrupper. Deltagarna började komma. Personalen höll samtal med besökarna som fick skatta sin livssituation, vilket fungerade som utgångsvärden för projektet. Under 2007 utvecklades verksamheten och informations- och utbildningsinsatser genomfördes för de olika partner som ingick i projektet. Andra halvåret 2007 utvecklades verksamheten då frivilligorganisationer startade upp verksamheter på Torpet, både för enskilda personer och för grupper. Vissa sysselsättningsalternativ utvecklades utifrån Torpet. Verksamheten etablerade kontakter utanför Torpet med Café Centrum.

År 2008 utökades verksamheten med friskvårdssatsningar som massage, kost och hälsovård. Man började planera för ett stödboende i kommunen. Kooperativtanken tog form.

Projekttid: 2007-04-01–2008-03-31.

Sökta medel: 987 000 kr.

Länsstyrelsens beslut

Länsstyrelsen konstaterade att ansökan och de därefter inlämnade kompletterande uppgifterna utgjorde sådan verksamhet som anges i regeringens direktiv och att de överensstämde med innehållet i SOU 2005:82. Målet enligt ansökan var på kort sikt att skapa en mötesplats där personerna kunde mötas och uppfylla sina basala behov, och på längre sikt att utveckla ett boendestöd där personerna kunde erbjudas bostad i syfte att stärka vårdkedjan. Arbetet skulle ske inom kommunens reguljära verksamhet. Man beviljade 600 000 kr med anledning av att ansökningarna från kommunerna i länet totalt översteg summan länsstyrelsen skulle fördela.

Det står i beslutet ingenting om intentionerna med behandlingsgarantin, bara om en förstärkt vårdkedja för personer med tungt missbruk. Kommunen har inte heller, vilket framkom vid intervjun, uppfattat att de beviljades

medel utifrån syftet med behandlingsgarantin vilket innebar att erbjuda ett första besök inom två till tre dagar och att upprätta en vårdplan inom fyra veckor. De uppfattade att de fick pengar till en förstärkt vårdkedja för tunga missbrukare som hamnat utanför ”vårdapparaten”.

För jag var aldrig medveten om det där förrän du började prata om det heller... att man liksom lagt sig i den inriktningen. (Intervju med verksamhetsföreträdare)

Socialtjänsten har inte problem med tillgänglighet. Den som söker hjälp kan få träffa en socialsekreterare samma dag. Att länsstyrelsen i rapporteringen till socialstyrelsen angav att medlen till en del avsåg behandlingsgarantin berodde på att man i Ovanåker ville försöka nå personer som inte annars kommer under vård. Fler skäl angavs också, som införande av individuella vårdplaner med stöd av bedömningsinstrument och uppsökande verksamhet.

Det krysset där [hur Länsstyrelsen har kategoriserat projektet i sin redovisning] är inte det dominerande i den verksamheten som Ovanåker begär pengar för. (Länsstyrelsen Gävleborg)

Genomförande och resultat

Projektet bytte tidigt namn till Vändplatsen då lokalen där verksamheten bedrivs var en nedlagd busstation. Personalen har bestått av projektledare och två till tre personer som var projektanställda på 75 procent fram till projektslutet 2008-04-01. I verksamheten har det även funnits personal som via arbetsförmedlingen hade arbetsträning. Från början samverkade man med Svenska kyrkan genom att en diakon förlade 25 procent av sin arbetstid på Vändpunkten. När denne slutade upphörde samverkansformen. Under kortare perioder har handledning funnits för personalen.

Besökarna till Vändpunkten består i dag av tio–femton personer i övre medelåldern med mycket långvarigt och tungt missbruk. Efter medvetna försök att rikta sig till kvinnor har man i dag fyra kvinnor som besöker Vändpunkten. Antalet besök per månad har ökat från omkring 50 till att stadigt vara över 200. Öppettiderna är 10:00–16:00 varje vardag. Vissa helger har besökarna själva hållit öppet. Flera av deltagarna har fått förbättrad hälsa inklusive tandstatus.

Någon person har valt att få antabusutdelning på Vändplatsen. Fem deltagare har flera års nykterhet bakom sig. Andra uppvisar efter kort tid motivation till nedtrappning eller ett längre uppehåll i sin droganvändning. Relationerna till de anhöriga förbättras i takt med att deltagarna mår bättre. Man får inte komma drogpåverkad till Vändplatsen. Gemensamma fritidsaktiviteter genomförs i form av studiecirklar, luncher m.m. Relationen till personalen upplevs som ett bärande inslag i verksamheten.

Vändplatsen har ett nära samarbete med socialtjänstens missbrukshandläggare samt med polisen, frivården och församlingsverksamheten. Runt individen finns ett samarbete med primärvården och psykiatrien som har fungerat när detta varit aktuellt, t.ex. med remisser, tid för besök, hälsokontroller osv. Lokalen Vändplatsen nyttjas även av en fireligiös församling. Detta

har för några besökare haft stor betydelse och besökarna har bjudits in till s.k. Alfagrupper. Några enstaka besökare har blivit församlingsmedlemmar. Projektet har inte skapat några sysselsättningsalternativ, vilket ingick i ursprungsidén.

Idén om ett brukarkooperativ lever inte kvar även om brukarinflytandet har ökat. Boendesituationen för deltagarna har varit problematisk. Ett boendestöd med andrahandskontrakt utvecklades under projektår två med medel från länsstyrelsen.

De svårigheter man brottas med har rört personalrekrytering och svårigheter att behålla personal. Det är krävande att arbeta med människor med missbruks- och beroendeproblem, ofta i kombination med psykiska problem, och ändå skapa en förtroendefull atmosfär. Det ställs höga krav på personalen. Personal vid kommunens beroendemottagning och öppenvård har haft svårt att acceptera och samarbeta med Vändplatsen beroende på att de inte har accepterat verksamheten som en del av vårdkedjan. Kommunen bedömde dock att man behövde bredda verksamheten för människor med missbruks- och beroendeproblem. Problemen kan också bero på att man rekryterade föreståndaren till Vändplatsen, en kvinna som var med i planeringen och hade lång erfarenhet av arbete med människor med missbruksproblem, från just beroendemottagningen. Hon har nu gått i pension och det har varit svårt att rekrytera en ny person efter det.

Att motivera till och genomföra aktiviteter i grupp är krävande och inte så enkelt att få att fungera. Få deltagare och starkt beroende av personal för att fungera. Deltagarna har olika bakgrund och för lite gemensamt för att tillbringa mer fritid ihop.

Vändplatsen ingår nu i den ordinarie öppenvården. En minskning av institutionskostnaderna för tunga missbrukare skapar möjlighet att driva Vändplatsen. Utvecklingsmedlen ”gav en chans att bygga upp den här verksamheten som vi absolut inte skulle ha haft annars”. Vändpunktens deltagare har tidigare inte vänt sig till kommunens öppenvård och inte fått någon annat stöd heller, annat än möjligen försörjningsstöd. Behandlingsgarantin är inte tillräcklig. ”Man är lika hjälplös ändå om man inte vill något mer”. Men nu får de hjälp.

Kommunens svar i 2006 och 2008 års nationella enkät när det gäller de två frågor som är relaterade till behandlingsgarantin redovisas i tabell 36.

Tabell 36. Ovanåkers svar på frågan om behandlingsgarantin i totalundersökningen, 2006 respektive 2008

Hur snabbt kan ett första personligt samtal erbjudas den enskilde från det att man fått kontakt med verksamheten?	2006 Inom 3 dagar	2008 Inom 3 dagar	2008 Efter 4–7 dagar	
Ovanåker	Ja		Ja	
Hur snabbt kan en individuell vårdplan upprättas?	2006 Inom 4 veckor	2008 Inom 2 veckor	2008 Efter 3–4 veckor	2008 Efter 5–6 veckor
Ovanåker	Nej		Ja	

I Ovanåker bedömdes klienterna kunna erbjudas ett första personligt samtal inom tre dagar 2006 och fyra–sju dagar 2008. En individuell vårdplan kunde också ha upprättats inom fyra veckor år 2008 men inte 2006. Kommunen uppgav i enkäten att de inte hade fått medel för att införa behandlingsgarantin, men de har beviljats medel av länsstyrelsen för det ändamålet.

Har projektet genomförts enligt ansökan och har man nått de resultat man tänkte?

Projektet genomfördes i stort sett som det var tänkt och målen på kortare sikt uppnåddes för deltagarna i projektet. De långsiktiga målen är inte uppnådda, men i och med att verksamheten nu ingår som en permanent verksamhet i den ordinarie öppenvården har kommunen definitivt givit människor med tungt missbruk, framför allt medelålders kvinnor och män, möjlighet till ett bättre liv på flera viktiga områden. Det man inte riktigt har lyckats är att arrangera eller ordna sysselsättning. Den kooperativa tanken har man släppt. Deltagarnas boendesituation är på gång att bli bättre då socialtjänsten har etablerat ett samarbete med ortens bostadsbolag med möjlighet till andrahandskontrakt – även det med medel från länsstyrelsen men ett år senare än planerat. Kommunen sökte aldrig pengar för behandlingsgarantin även om länsstyrelsen tolkade in att intentionerna med de medlen kunde vara tillämpliga.

Förhållanden som hindrat respektive främjat genomförande och resultat

Hindrande

- Svårt att rekrytera personal.
- Svårt att få personal att stanna.
- Brister i acceptans av verksamheten från kommunens egen beroendemottagning.
- Människor med missbruks- och beroendeproblem är olika och har olika intressen, vilket har försvårat ambitionen att arrangera gruppaktiviteter.
- Människor med mångårigt tungt missbruk kombinerat med psykiska problem har en nedsatt social förmåga.

Främjande

- Personalen på Värdpunkten har trots allt förmått bygga relationer till deltagarna.
- Kompetent och erfaren projektledare med förankring i ledningen.
- Projektledaren var samma person som drev projektidén, från förarbete och ansökan till genomförande och uppföljning.
- Samverkan med hälso- och sjukvården samt tandvården.

Ronneby – programteori. Ronneby planerade tillsammans med övriga fyra kommuner i Blekinge län och landstinget i Blekinge att gemensamt starta och driva en beroendeenhet för tillnyktring, avgiftning och beroendebehandling. Verksamhetsidén togs fram i en gemensam projektgrupp. Beroendeenheten skulle ge kvalificerad vård av personer från 15 år och uppåt med ke-

miskt beroende eller missbruk i en obruten vårdkedja. Enheten skulle präglas av professionalitet, lyhördhet, öppenhet och mångfald och bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Olikheter i vårdbehov vad gäller genus, åldrar och etnicitet skulle beaktas. Individuella vårdplaner skulle göras för alla. En första vårdplan skulle upprättas i inledningen av kontakten. En andra vårdplan skulle upprättas efter utredningsfasen och inkludera teamet som i detta fall består av representanter för socialtjänsten, sektorspsykiatri, primärvården och den somatiska specialistvården. Personalen skulle utgöras av läkare, enhetschef, sjuksköterskor med psykiatrisk vidareutbildning och skötare. Kontaktpersoner skulle utses, en för varje kommun, gärna med steg 1-utbildning. En styrgrupp bestående av beslutsfattare från kommunerna, verksamhetschef för landstinget, beroendeenhetens chef, läkare och personalrepresentant skulle samordna, följa och utveckla verksamheten. Enheten skulle vara tillgänglig dygnet runt.

Finansieringen byggde på att alla fem kommunerna sökte och erhöll utvecklingsmedel, proportionellt utifrån kommunstorlek, från länsstyrelsen i ett igångsättningskedje. Landstinget skulle stå för 50 procent av kostnaderna. Totalt beräknades enheten kosta cirka 8 848 miljoner kr år ett, 6 548 miljoner kr år två och 10 048 miljoner kr år tre. Det tredje året räknades inga länsstyrelsepengar in.

På detta sätt tänkte man sig få positiva effekter för patienter och klienter men även för övriga delar inom sjukvården som har höga kostnader pga. människors missbruks- och beroendeproblem.

Projekttid: Två år från och med hösten 2006. Exakt startdatum framgår inte.

Länsstyrelsens beslut

Länsstyrelsen krävde enligt ett beslut 2006-12-20 halv medfinansiering av sökta medel från kommunen och beviljade 400 000 kr till projektet Beroendeenhet för utveckling av vårdkedja inom missbrukarvården. Enheten skulle byggas upp tillsammans med landstinget Blekinge. Det står inget om behandlingsgarantin i beslutet.

Enligt länsstyrelsen var tanken att det i en gemensam beroendeenhet skulle ingå en behandlingsgaranti, vilken inkluderade att individuella vårdplaner efterhand skulle arbetas fram. Därför redovisade länsstyrelsen till Socialstyrelsen att Ronneby sökte medel för behandlingsgaranti.

Genomförande och resultat

Enligt länsstyrelsen hölls flera möten på länsstyrelsen mellan representanter för de fem kommunerna och landstinget i syfte att planera för en gemensam beroendemottagning i länet. Länsstyrelsen ville bidra till att få till stånd en sådan verksamhet då de såg att det fortfarande finns stora glapp i missbruks- och beroendevården. Nu såg man en chans att täppa till dem. Två kommuner kom in med ansökan. En tredje kommun sökte 2007 bidrag för att bygga en liknande verksamhet i den egna kommunen, vilket beviljades av länsstyrelsen. Ronneby sökte även medel för 2007 som beviljades. Inga medel har utbetalats då någon länsstyrelse gemensam beroendemottagning inte startade.

Länsstyrelsen menar att kraven på medfinansiering kan ha försvårat för någon mindre kommun. Kommunerna är också tveksamma till att bygga och binda upp medel i verksamheter som man inte vet hur man ska finansiera när utvecklingsmedlen är slut. Länsstyrelsen hoppas dock att man ska komma igång med en beroendeenhet i någon form under 2009.

Kommunens svar i 2006 och 2008 års nationella enkät när det gäller de två frågor som är relaterade till behandlingsgarantin framgår av tabell 37.

Tabell 37. Ronnebys svar på frågan om behandlingsgarantin i totalundersökningen, 2006 respektive 2008

Hur snabbt kan ett första personligt samtal erbjudas den enskilde från det att man fått kontakt med verksamheten?	2006 Inom 3 dagar	2008 Inom 3 dagar	2008 Efter 4–7 dagar	
Ronneby	Ja		Ja	
Hur snabbt kan en individuell vårdplan upprättas?	2006 Inom 4 veckor	2008 Inom 2 veckor	2008 Efter 3–4 veckor	2008 Efter 5–6 veckor
Ronneby	Ja	Ja		

I Ronneby bedömdes klienterna kunna erbjudas ett första personligt samtal inom tre dagar år 2006 och fyra–sju dagar 2008. En individuell vårdplan kunde upprättas inom fyra veckor såväl 2006 som 2008. Kommunen uppgav i enkäten att de inte har fått medel för att införa en behandlingsgaranti, men har beviljats medel av länsstyrelsen för detta.

Har projektet genomförts enligt ansökan och har man nått de resultat man tänkte?

Projektet kom aldrig igång. Endast tre av fem kommuner kom in med ansökan. Kommunens ansökan innehöll inget om behandlingsgarantin, men länsstyrelsen bedömde att intentionerna med behandlingsgarantin skulle uppfyllas i och med att beroendemottagningen kom igång. I Ronneby har man således inte fått någon effekt vad gäller vårdplan och behandlingsgaranti. Länsstyrelsen hoppas och tror fortfarande att beroendemottagningen ska komma igång i en eller annan form i länet.

Förhållanden som hindrat respektive främjat genomförande och resultat *Hindrande*

- Brister i samverkan mellan kommunerna i länet.
- Utvecklingsmedlen blir för kortsiktiga. Kommunerna kan inte göra stora åtaganden med hjälp av bidragen som man sedan ska fullfölja med kommunala medel.
- Kravet på medfinansiering hindrar kommuner från att söka utvecklingsmedel.

Främjande

- Landstinget har avsatt medel för en med kommunerna gemensam beroendemottagning i Blekinge.

Tyresö – programteori. I Tyresö fick tidigare enhetschefen alla samtal från människor som ville ha hjälp och denne fick fördela uppdragen vid gruppmöten som hölls en gång per vecka. Det gjorde att människor fick vänta en till två veckor innan de fick en första tid för samtal. Redan innan utvecklingsmedlen kom påbörjades i det avseendet ett förändringsarbete där en socialsekreterare avdelades för att ta emot alla samtal från nya klienter. Med hjälp av utvecklingsmedlen ville man utveckla detta påbörjade arbete. Genom projektet ville Tyresö således öka tillgängligheten och förkorta väntetiden för ett första besök till 2–3 dagar och erbjuda en vårdplan inom 4–5 veckor. Vårdplanerna skulle bli mer enhetliga, ge bättre möjlighet till uppföljning och öka klientens delaktighet i planeringen. Man ville också utveckla det uppsökande och motiverande arbetet bland tunga missbrukare samt skapa en organisationsform som möjliggjorde en långsiktighet i ett sådant arbetssätt. Länsstyrelsen välkomnade det uppsökande arbetet som en del i projektet.

Detta skulle uppnås genom att utveckla en mottagningsfunktion med daglig tillgänglighet via telefon och besök, men även genom att erbjuda rådgivningssamtal där klienten fick vara anonym. Man önskade nå människor som inte ville eller vågade kontakta socialtjänsten av olika skäl. Man ville utveckla hemsidan – även interaktivt så att man kunde fråga om missbruk – och dessutom annonsera i lokalpressen. När det gäller tunga missbrukare krävs ett omfattande motivationsarbete och kommunen ville utöka arbetsstyrkan för att kunna arbeta mer uppsökande och förebyggande och med användning av motiverande samtal (MI) och motivationsprogram. Samverkan med beroendevården och försörjningsstödsenheten förutsattes. Erfarenheter av att arbeta motiverande och strukturerat i det s.k. haschprogrammet skulle bl.a. användas. Man ville också fördjupa socialarbetarnas kunskaper när det gäller att arbeta med människor som har personlighetsstörningar i kombination med missbruksproblem. Utredningarna skulle utvecklas och kompletteras med medicinskt perspektiv och det nya ASI-formuläret skulle provas.

Det nya arbetssättet och den nya funktionen skulle integreras i enhetens ordinarie arbete, och för detta planerades för en utökning av personalstyrkan med två socialsekreterartjänster.

Utvärdering skulle genomföras av FoU Södertörn.

Projekttid: 2008-01-01 och två år framåt.

Sökta medel: 4 812 900 kr år ett inklusive schablonersättning och 4 091 900 år två inklusive schablonersättning.

Länsstyrelsens beslut

Länsstyrelsen beslöt att bevilja projektet 4 916 800 kr för två år inklusive schablonersättning för 25 personer (1 750 000 kr) för införande av behandlingsgaranti. Schablonersättning kunde endast ansökas om för ett år som en omställningskostnad. Kostnader för extern vård har räknades bort från ansökan. Medlen skulle användas i enlighet med projektplanen och kommunen skulle verka för att projektet blir bestående integrerat i ordinarie budget. En skriftlig överenskommelse med kommunen gjordes 2008-01-14.

Genomförande och resultat

Projektet pågår till och med maj 2010 och hade således inte slutförts när föreliggande utvärdering gjordes. Av delrapport, intervjuer och ett arbetsmaterial med preliminära resultat från den utvärdering som pågår vid FoU Södertörn framgår hur arbetet har utvecklats så här långt (juni 2009). Mottagningsfunktionen är i gång med två socialsekreterare som sköter funktionen varvat med handläggning av egna ärenden. Mottagningen kräver inte två heltider och arbetsbelastningen är ojämn. En uppsökare anställdes i juni 2008 och den andra rekryterades internt, men det dröjde till hösten innan båda på heltid kunde påbörja det uppsökande arbetet fullt ut. Rutiner för såväl mottagningsfunktionen som det uppsökande arbetet har skapats. Hela arbetsgruppen har involverats i diskussioner om vårdplaner vad gäller innehåll, klientens delaktighet och tidsgränser. De tre uppsökarna har genomgått en fördjupad utbildning i MI. Avsikten är att hela arbetsgruppen ska utbildas. Metodhandledning i MI har införts för hela arbetsgruppen. ASI-utbildningen har påbörjats och handläggarna tycker att den nya ASI-intervjun är bättre än den gamla. Vid intervjun i november 2008 hade de emellertid ännu inte bestämt sig för om de ska börja använda ASI systematiskt i verksamheten.

I delrapporten konstateras att alla som söker hjälp kan få en tid inom två till tre dagar. Det är också ”oftast möjligt att få till stånd en vårdplan inom 4–5 veckor för dem som kommer på besökstiderna och själva är motiverade” (s. 3). Man påpekar dock att en stor grupp med missbruksproblem är ambivalenta till att ta emot stöd och hjälp. Att hålla tiden för vårdplanens upprättande hänger inte enbart på socialtjänsten, utan problemet är oftare att klienter uteblir från besök eller inte är nyktra. Uppsökarna är här en resurs.

Utvärderingen är påbörjad av FoU Södertörn. Insamlingen av empiriska data avslutades 2009-03-15. Den preliminära sammanställningen gäller enbart mottagningsfunktionens tillgänglighet och väntetid, och inte arbetet med vårdplaner. Från 2007 till 2008 ökade andelen personer som ansökte till mottagningsfunktionen om vård eller anmälde vara i behov av vård med 48 procent. Ökningen till missbruksenheten var 23 procent. Totalt 60 personer har aktualiserats hos mottagningsfunktionen, och 34 av dessa sökte själva. 5 fick råd i telefonen och av de övriga 29 fick 23 personer träffa en socialsekreterare inom tre dagar. 6 personer fick vänta mer än tre dagar. För hälften av dessa berodde det på förhållanden som har med klienten att göra.

Om detta är en förbättring går inte att få fram då uppgifter om väntetid inte dokumenterades före projektet. Socialtjänsten i Tyresö har haft stora problem med ett nytt datasystem, och vid tiden för intervjun med enhetsche-

fen dokumenterades allt manuellt. Det har exempelvis inte gått att få ut ärendelistor. Problem med datasystemet har varit frustrerande för personal och ledning. Enligt enhetschefen har det varit höga ambitioner i personalgruppen och det har frestat på arbetsgruppen att samtidigt med projektet satsa på MI-utbildning, ASI-användning, nytt datasystem, utveckla arbetet i enlighet med de nationella riktlinjerna och införa nytt datasystem. Det är en orsak till att man inte kommit längre med ASI-användningen.

Psykiatrin i Tyresö gick under våren 2009 över till privat aktör. De har inte haft personal till alla delar och klienterna har haft svårt att få hjälp därifrån. Detta har inte direkt påverkat arbetet men kan ha fördröjt arbetet med vårdplaner.

Enhetschefen menar att man kom igång lite sent med projektet och ställer sig frågande till att få kommunala medel efter projektidens slut. Det skulle innebära en utökning av verksamheten, vilket är tveksamt i den nu rådande ekonomiska situationen i kommunerna.

Kommunens svar i 2006 och 2008 års nationella enkät när det gäller de två frågor som är relaterade till behandlingsgarantin redovisas i tabell 38.

Tabell 38. Tyresös svar på frågan om behandlingsgarantin i totalundersökningen, 2006 respektive 2008

Hur snabbt kan ett första personligt samtal erbjudas den enskilde från det att man fått kontakt med verksamheten?	2006 Inom 3 dagar	2008 Inom 3 dagar	2008 Efter 4–7 dagar	
Tyresö	Nej	Ja		
Hur snabbt kan en individuell vårdplan upprättas?	2006 Inom 4 veckor	2008 Inom 2 veckor	2008 Efter 3–4 veckor	2008 Efter 5–8 veckor
Tyresö	Nej		Ja	Ja

I Tyresö bedömdes klienterna kunna erbjudas ett första personligt samtal inom tre dagar 2008 men inte 2006, och kommunen bedömde i enkäten att tiden hade minskat avsevärt. En individuell vårdplan kunde upprättas inom fyra veckor år 2008, men med tillägget att ”beroende på klientens motivation, kan det vara svårt med dem som själva är ambivalenta, uteblir, är påverkade etc. att få till det på kort tid”. Kommunen uppger i enkäten att de har erhållit medel för att genomföra behandlingsgaranti och har beviljats medel av länsstyrelsen för detta.

Har projektet genomförts enligt ansökan och har man nått de resultat man tänkte?

Projektet pågår fortfarande och avslutas först i maj 2010. Genomförandet förefaller ske i enlighet med den ursprungliga projektplanen även om man kom igång senare än man tänkt sig. Enligt delrapporten kan klienterna i dag erbjudas tid snabbare och vårdplaner upprättas inom fyra till fem veckor för

de som kommer på besökstiderna och själva är motiverade. Datorprogrammen som kommunen använder har inte fungerat tillfredställande (enligt enhetschefen fungerade de dock i augusti 2009). Dokumentation saknas för att kunna bedöma om det resultat som FoU Södertörn har sammanställt för tillgängligheten är en förbättring eller inte. De planerade utbildningsinsatserna har genomförts och ASI-intervjuer prövas. Effekterna av den uppsökande verksamheten framgår inte specifikt, men det förefaller inte uteslutet att ärendeökningen som har noterats kan ha ett samband med uppsökarnas arbete. Intentionerna med behandlingsgarantin förefaller ha fått effekt i Tyresö, men chefen är tveksam till om kommunen kommer att avsätta medel för att permanenta verksamheten efter projektets slut.

Förhållanden som hindrat respektive främjat genomförande och resultat

Hindrande

- Tog tid innan den internt rekryterade uppsökaren kunde avsluta sitt ordinarie uppdrag och påbörja projektarbetet fullt ut.
- Tveksamheter kring nyttan med ASI-intervjun från en del av personalen.
- Tekniska problem då det datoriserade dokumentationssystemet inte har fungerat. Detta skapade frustration och tog tid av enhetschef och socialsekreterare.
- Införande av flera metoder och förändring av arbetssätt under samma tid försvårade arbetet.

Främjande

- Länsstyrelsen uppmuntrade kommunen att inkludera uppsökande verksamhet för att nå tunga missbrukare.
- Hela arbetsgruppen har involverats i diskussioner om innehållet i och syftet med behandlingsgarantin.
- Stort engagemang och mycket vilja i personalgruppen.

Åtvidaberg – programteori. I Åtvidaberg fanns för cirka tio år sedan en typ av missbruksenhet som bestod av socialsekreterare och behandlingsassistenter som arbetade med människor med missbruks- och beroendeproblem och även med sysselsättnings- och boendefrågor. Detta arbete drogs successivt ner och till slut återstod enbart socialsekreteraren. Kommunen har samverkat med Linköpings kommun när det gällde öppenvårdsinsatser, men problemet var att människor inte ville resa till en annan ort. Man upplevde det som en brist i kommunen att inte kunna erbjuda öppenvård på hemmaplan. Människor sökte hjälp i ett väldigt sent skede. Efter utredningen måste beslutet om extern vård alltid behandlas i ett politiskt tillsatt utskott eftersom det innebar externa köp av tjänster. Det kunde ta en till två månader innan klienter fick besked om en samtalskontakt inom öppenvården, även om det gick fort att få träffa en socialsekreterare för ett första samtal. Åtvidaberg ville därför skapa en öppenvårdsmottagning på hemmaplan riktad till personer med missbruks- och beroendeproblematik, med möjlighet till rådgivande, motiverande och strukturerade behandlingssamtal. Mottagningen skulle ha såväl en behandlande som en kontrollerande funktion – det sist-

nämnda främst i relation till yngre personer och deras föräldrar och i samverkan med skolan. Man tänkte sig en utbyggd samverkan med vårdcentral och öppenvård psykiatri, och för att nå dit planerades gemensamma utbildningsinsatser och samverkansdagar med gemensamma diskussioner för att uppnå en gemensam syn på missbruk och beroende. Även samsjuklighet lyftes fram som ett skäl för att få till stånd bra samverkansformer.

Mottagningen skulle rikta sig till personer med missbruksproblem och deras anhöriga som på ett enkelt sätt och utan biståndsbeslut skulle få rådgivning och/eller gruppbehandling. Däremot tänkte man att en mer strukturerat genomförd öppenvårdbehandling skulle ske efter en genomförd utredning och ett beslut om bistånd. Genom en specialiserad öppenvårdsmottagning i hyrda lokaler som man skulle dela med AA tänkte kommunen också att människor skulle få snabbare kontakt. Detta skulle i sin tur öka möjligheten att diagnostisera och motivera till vård och behandling. Personalen skulle få fördjupade kunskaper inom missbruksområdet i t.ex. ASI och motiverande samtal.

Kommunen planerade också att genomföra en brukarenkät för att få en bättre bild av vad personer med missbruks- och beroendeproblematik själva vill ha för åtgärder för att komma ifrån sitt missbruk. De önskade också stärka sin egen arbetsmarknadsenhet för att personer ur målgruppen, på väg ut ur sitt missbruk, skulle kunna erbjudas meningsfull sysselsättning under ledning av särskilt anställda handledare och behandlingsassistenter.

Med dessa insatser ville man

- att socialtjänsten skulle bli bättre på att upptäcka, bedöma och motivera missbrukare till vård och behandling
- erbjuda öppenvård, inklusive provtagning, på hemorten, ”i första hand enligt tolvstegsmodellen”
- förbättra samverkan med landsting, övriga kommunala enheter, företag, frivilligorganisationer, kyrkan, andra föreningar m.fl.
- skapa samsyn i kommunen och mellan samverkanspartner som har deltagit i gemensamma fortbildningar
- ge öppenvård som en serviceinsats i stället för bistånd för att undvika att människor ”blir ärenden”
- skapa sysselsättning och arbetsträning enligt en trappstegsmodell.

Man sökte medel till en socialsekreterartjänst på heltid, en behandlingsassistent och handledare på heltid, en alkoholverapeut på halvtid, kostnader för lokalhyra, utbildningar, brukarstudie, provtagningskostnader och extern utvärdering.

Projekttid: 2007-09-01–2009-02-27 (förlängdes under projekttiden med ett halvår).

Sökta medel: 1 490 000 kr för år två.

Länsstyrelsens beslut

Länsstyrelsen beviljade 990 000 till utveckling av en öppenvårdsverksamhet under ett år. De prutningar som gjordes rörde sådant som länsstyrelsen inte ansåg låg inom ramen för användningen av medlen. I beslutet till Åtvidaberg påpekas tre aspekter allmänt om vårdöverenskommelsemedlen – att statbidraget ska användas mer strategiskt och att kommunen ska få långsiktigt hållbara förutsättningar för utvecklingen och finansieringen av missbruksvården. Stödet skulle ges på ett sådant sätt att förändringsarbetet kan bedrivas inom ordinarie verksamhet och i samverkan med andra aktörer och samverkanspartner (standardiserad formulering av STUV-gruppen).

I avtalet med Åtvidaberg anges vidare att avtalet omfattar

- specialiserad och integrerad missbruksvård
- behandlingssgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser
- individuella vårdplaner
- andra insatser för en stärkt vårdkedja.

Kommunen skulle utveckla öppenvårdsverksamheten i Åtvidaberg för missbrukare och erbjuda dem motivationssamtal enligt tolvstegsmodellen. Hemmaplanslösningar innebär att människor skulle kunna erbjudas snabbare kontakt i ett tidigare skede i sitt missbruk. Inom socialtjänsten fanns även ett behov av att öka kunskaperna kring missbruk, kunna göra bättre bedömningar, upptäcka missbruket tidigare och motivera till behandling. För detta behövdes både kunskaper i ASI och motiverande samtal för den personal som kommer i kontakt med människor som har beroende- och missbruksproblematik. Kommunen skulle kartlägga missbrukets omfattning i kommunen och samtidigt på olika sätt utveckla samarbetet med andra myndigheter. Brukarenkäter skulle genomföras och kommunen skulle också utveckla och öka möjligheterna till sysselsättning genom samarbete med kommunens arbetsmarknadsenhet. Vidare skulle X utveckla samverkan med frivilligorganisation i form av Länkarna på orten.

Genomförandet och resultatet

Projektet döptes till EDIT (En dag i taget). Drogterapeuten kom in senare i arbetet än tänkt, liksom behandlingsassistenten (mars 2008). Efter en trög start där drogterapeuten, socialsekreteraren och behandlingsassistenten hade lite svårt att hitta sina roller har arbetet utvecklats vidare. Man började med att informera samverkanspartner som socialtjänst, vårdcentral, företagshälsövård och öppenvårdspsykiatri. Psykiatrin i Åtvidaberg har haft svårigheter med att få och behålla personal, vilket har påverkat möjligheterna att bygga samverkanskontakter. Utvärderingen visade att det fanns samverkanspartner som inte kände till EDIT annat än ytligt. EDIT-personalen uppfattade det som att någon samverkanspart var skeptisk till verksamheten pga. att den drevs i projektform.

Människor kan nu erbjudas tid inom några dagar, och inom en vecka får man träffa en drog- och alkoholterapeut. Terapeuten kan klienterna besöka upp till 5–10 gånger. När det gäller öppenvård i den egna kommunen har socialsekreteraren delegation att besluta om sådan vård. Dennes specialist-

funktion har utvecklats och det är där ASI-utredningarna görs, inte på öppenvården. Vårdplaner görs av socialsekreteraren i anslutning till utredningen och i dag med en annan medvetenhet än tidigare. Det har blivit bättre, men man klarar kanske inte fyraveckorsgränsen fullt ut. Vårdplanen är inte så detaljerad som genomförandeplanen – en plan för hur behandlingen ska se ut med mål och delmål, plan för uppföljning och vilka som ska vara inblandade. Fyra personer har utbildats i ASI på socialkontoret. Alla socialarbetare har fått utbildning i MI. Det framgår av utvärderingen som har gjorts att 26 personer haft kontakt med EDIT under 1,5 år. En brukarundersökning har genomförts, vilken besvarades av 16 av 23 tillfrågade personer. Majoriteten är män i åldern 35–55 år. De flesta ansåg sig ha fått snabb hjälp och fick kontakt via socialtjänsten. Alla svaranden tycker att de har fått hjälp och stöd, att kontakten med EDIT har bidragit till en positiv förändring och de är nöjda med bemötandet. Man har inte använt ASI för att beskriva klienternas problem och behov som grupp så här långt. Inga uppföljningsintervjuer hade heller genomförts vid intervjun i november 2008. Socialsekreteraren beskriver dock att utredningarna som görs på socialkontoret har blivit bättre. De föregås av några samtal med drogterapeuten och därefter genomförs en ASI-intervju. Dessutom är det ett team som bedömer behovet av insatser tillsammans med klienten. Öppenvården har en tolvstegsinriktning men man är också öppen för andra typer av behandling och vad personerna själva önskar. Det finns behandling i grupp och enskilt. Det man inte har gjort inom projektets ram är att utveckla arbetet med sysselsättning och samarbetet med arbetsmarknadsenheten. Det beror på att människor inte varit motiverade för den typen av hjälp. Behandlingsassistenten har i stället fått arbeta med motivation för ett sådant steg. I framtidsplanerna ingår att kunna erbjuda meningsfull sysselsättning i form av jobb eller praktik. Några personer som kommit via företagshälsovården har inga sådana problem.

Inga provtagningar genomförs i Åtvidaberg, vilket upplevs som tungrott då klienter måste åka till Linköping för att ta urinprov. Samarbetet med vårdcentralen har inte kommit dithän ännu, men man funderar också på om det är nödvändigt med provtagningar. Det planeras för en gemensam utbildning för personal i missbruks- och beroendefrågor från de olika samverkansparterna senare under 2009.

Kostnaderna för institutionsplaceringar har minskat, vilket dock i en sådan liten kommun kan bero på att man inte har haft någon LVM-placering under mätperioden. Placeringarna tenderar att bli kortare när öppenvården finns. Kostnaderna för externa öppenvårdskontakter har i stort sett upphört.

Kommunens svar i 2006 och 2008 års nationella enkät när det gäller de två frågor som är relaterade till behandlingsgarantin redovisas i tabell 39.

Tabell 39. Åtvidabergs svar på frågan om behandlingsgarantin i totalundersökningen, 2006 respektive 2008

Hur snabbt kan ett första personligt samtal erbjudas den enskilde från det att man fått kontakt med verksamheten?	2006 Inom 3 dagar	2008 Inom 3 dagar	2008 Efter 4–7 dagar	
Åtvidaberg	Nej		Ja	
Hur snabbt kan en individuell vårdplan upprättas?	2006 Inom 4 veckor	2008 Inom 2 veckor	2008 Efter 3–4 veckor	IVP upprättas vanligtvis inte
Åtvidaberg	Nej			Ja

I Åtvidaberg bedömdes klienterna kunna erbjudas ett första personligt samtal inom fyra till sju dagar år 2008, men inte inom tre dagar 2006. Kommunen bedömde i enkäten att tiden har minskat i viss utsträckning. Individuella vårdplaner upprättas inte enligt 2008 års enkät i Åtvidaberg, vilket dementeras i intervjun. De arbetar med vårdplaner och det är enligt intervjupersonen mer fokus på att dessa ska göras nu jämfört med tidigare. Kommunen uppgav i enkäten att de har erhållit medel för att införa en behandlingsgaranti och har beviljats medel av länsstyrelsen för detta ändamål.

Har projektet genomförts enligt ansökan och har man nått de resultat man tänkte?

Medel för behandlingsgarantin söktes från kommunens sida och länsstyrelsen beviljade medel, bl.a. utifrån intentionerna med behandlingsgarantin. Åtvidabergs kommun har byggt en öppenvård med en drogterapeut, en behandlingsassistent och en socialsekreterare. Man arbetar rådgivande och motiverande i enlighet med planen men inte kontrollerande. Provtagningar kan inte genomföras i Åtvidaberg utan görs i Linköping, men man har börjat fundera på om det är nödvändigt med urinprovkontroller. Man har främst nått medelålders missbrukande män som har kommit via socialtjänsten till öppenvården och inte arbetat med yngre och deras föräldrar. I ett par fall har människor aktualiserats via företagshälsovården. Försök till samverkan med andra aktörer inom området har gjorts, men mycket återstår. Psykiatrin har haft egna problem med att få personal. En gemensam utbildning i missbruk och beroende är planerad men har inte genomförts inom projektets ram. Socialtjänstens personal har utbildats i MI och ASI och metoderna används, men än görs inte ASI-uppföljningar. Resultatet som beskrivs har man erhållit genom att brukarenkäten genomförts. Det tänkta arbetet med att stärka arbetsmarknadsenheten och arbeta med sysselsättningsfrågor till människor med tungt missbruk har fått lämnas därhän. Det har visat sig att det krävs ett ordentligt motivationsarbete innan sysselsättning kan bli aktuellt. Avsikten är att komma dit senare. Trots de svårigheter som varit i genomförandet och som fortfarande finns har projektet nått flera av de mål som sattes upp, men inte andra. Man har i dag en öppenvårdsmottagning som gör att människor kan erbjudas hjälp snabbare och med högre kvalitet än före projektet. Ett

första samtal kan erbjudas inom några dagar och en vårdplan upprättas inom fyra–fem veckor. I maj 2009 beslutade kommunstyrelsen i Åtvidaberg att permanenta verksamheten. Medlen för behandlingsgarantin har fått avsedd effekt i Åtvidaberg.

Förhållanden som hindrat respektive främjat genomförande och resultat

Hindrande

- Det tar tid att komma igång med nya verksamheter och projekt pga. att personalrekrytering tar tid.
- Det tar tid att komma igång då en ny personalgrupp behöver arbeta ihop sig.
- Det tar tid för en ny grupp att marknadsföra sig på ett bra sätt.
- Personalomsättningsproblem hos viktiga samarbetspartner försvårar samverkan.
- Projektformen kan göra att verksamheten inte tas på allvar av samverkanspartner.
- Bestämmelser som att all externt köpt vård ska beslutas om av socialnämnd eller motsvarande eller dess utskott gör att väntetiderna på insatser och vårdplaner blir mycket långa.

Främjande

- Erfarenheter under projektets gång gör att innehåll och inriktning förändras.
- Engagerad och drivande projektmedarbetare och socialsekreterare.
- Stödjande arbetsledning.
- Politiskt stöd.

Örebro – programteori. I Örebro tänkte man sig att införa lokala behandlingsgarantier så att en person med missbruksproblem som ansöker om vård och behandling skulle få ett första besök inom två–tre dagar och en individuell vårdplan inom fyra veckor. Man ville ta fasta på individens motivation och önskan om hjälp när den finns och även arbeta uppsökande och motive-rande för att nå dem som inte själva söker hjälp och stöd. För att nå dithän ville man förstärka befintlig personalstab med en projektledare för att säkerställa genomförandet på de båda socialkontoren, förstärka socialkontorens utredningskapacitet samt resursteamets och RIA-Dorkas motiverande verksamhet. Man önskade också få tillstånd en starkare koppling till och ett bättre samarbete med landstingets beroendecentrum för att få läkarkonsultation som en del i vårdplanen, liksom med frivården. En ledningsstruktur skulle skapas för arbetet bestående av ledningsgrupp och styrgrupp. Styrgruppen skulle bestå av gruppledare för de involverade arbetsgrupperna samt föreståndaren för RIA-Dorkas. Ledningsgruppen består av styrgruppen kompletterad med enhetscheferna för involverade verksamheter samt processledare från socialförvaltningens kansli. Detta beskrivna arbetssätt skulle efter projektets slut vara en del av det ordinarie arbetet i Örebro kommuns socialtjänst.

I detta utvecklingsarbete tänkte man även genomföra en seminarieserie för den personal i Örebro kommuns socialtjänst som arbetar med personer med tungt missbruk. Ett mål var att utveckla och förankra strategier för att implementera individuella vårdplaner med hjälp av systematiska bedömningsinstrument, ASI. En kvarts tjänst skulle avsättas för att utbilda en person, internt rekryterad, till ASI-utbildare och handledare i ASI i kommunen.

Utvärderingen av arbetet tänkte man utföra internt men i samarbete med FoU-enheten vid regionförbundet i länet. Projektledaren är ansvarig.

Projekttid: 2006-09-01–2008-08-31.

Sökta medel: 2 882 000 kr för år ett och 2 711 000 kr för år två.

Länsstyrelsens beslut

Länsstyrelsen beviljade ansökan (som i praktiken var tre stycken) om medel till ”behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser” för projektets år ett och två samt till ASI-utbildning och -handledning i enlighet med ansökan. 25 000 kr fick senare återbetalas då medlen inte hade förbrukats. Örebro fick också medel till seminarieserien i enlighet med punkten i regeringsbrevet till länsstyrelserna som rör ”andra insatser för en förstärkt vårdkedja för personer med tungt missbruk” enligt ovan. En fjärde ansökan avsåg schablonersättning. Kommunen förutsåg ökade kostnader för vård och behandling med anledning av samarbetet ”Örebro län för en drogfri trafik” där kommun, landsting och polismyndigheten i samverkan ville erbjuda människor som misstänks för trafiksäkerhetsbrott stöd- och vårdinsatser i ett tidigt skede. Ansökan togs senare tillbaka då det ökade vårdbehovet inte fick den omfattning man hade förutspått och därmed inga tillkommande kostnader.

Genomförande och resultatet

Första halvåret präglades av personalrekrytering och planering. Arbetet fördröjdes pga. arbetsbelastningen för de ordinarie handläggarna på de två socialkontoren. Motivationspersonen på RIA-Dorkas slutade tidigt i projektet och nyrekrytering fick göras. En plan för införandet av behandlingsgaranti gjordes liksom en skriftlig arbetsordning för samarbetet med RIA-Dorkas. Det har utvecklats samarbetet med kommunen, och RIA-Dorkas har ibland kunnat motivera klienter till att ansöka om vård och behandling och även förmedlat kontakten i sju fall. RIA-Dorkas önskar fortsätta arbetet och planerar att ta upp frågan i förhandlingar med kommunen. Däremot tänker man sprida motivationsansvaret till hela personalgruppen då uppdraget annars blir alltför personberoende.

En begränsning av målgruppen gjordes initialt i projektet, vilket man ansåg sig behöva göra för att kunna hålla kvalitet i utredningarna. Det innebar att man prioriterade ansökningar som handlade om behandling för missbruk och beroende och uteslöt anmälningar och ansökningar som primärt handlade om något annat, även om missbruk kunde vara ett inslag i problematiken. Socialkontoret Öster valde att införa det nya arbetssättet omedelbart medan Väster valde att införa förändringen successivt. Från och med det andra projektåret inrättade socialkontoren mottagningsgrupper för att säkerställa

snabb mottagning och snabb hjälp vid ansökan och anmälan, redan under utredningsfasen. Det uppsökande arbetet har ibland förhindrats då transportmedel inte har funnits att tillgå. På grund av personalomsättningen i kommunen lyckades man inte utse och utbilda en ASI-utbildare och -handledare förrän projektår två. En annan anledning var att man ville vänta in en ny version av ASI-intervjun som var på gång. Två personer, en inom varje socialkontor, har blivit behöriga ASI-utbildare genom IMS. Utbildarna har i sin tur även genomfört utbildningar och ska fortsätta göra det två gånger per år. Seminarieserien påbörjades år ett enligt planerna.

Ledningsstrukturen infördes och har fungerat som planerat. Ansatser att stärka användandet av MI gjordes med hjälp av MI-coacher som tillhandahölls via IMS. Under första året användes inte de beviljade medlen fullt ut eftersom personalkostnaderna blev lägre än beräknat. Inte heller hade man några tillkommande kostnader för vårdköp eller läkartjänster. Det sistnämnda var tänkt som en möjlighet att stärka vårdplanen. Väntetider i sjukvården, främst inom psykiatri, gör det svårt att ordna en vårdplan inom de stipulerade fyra veckorna. Det blir i praktiken först under insatsfasen som läkartjänsterna kan bli aktuella.

För utvärderingen som utformades med stöd av FoU-enheten i enlighet med planen har tre formulär tagits fram, ett för socialkontoren, ett för resursteamet och ett för RIA-Dorkas, för att kunna följa hur arbetet har förflutit för varje person som har fått ta del av projektet. 203 ärenden stämmer med definitionen av målgruppen för projektet. 74 procent fick en tid inom tre dagar. För den resterande delen översteg tiden tre dagar, vilket till hälften berodde på klienten och till hälften på socialkontorens tidsbrist, och i några få fall berodde fördröjningen på andra orsaker som att det inte gick att få en tolk. Av de 191 klienter som kom till den första träffen färdigställdes vårdplanen inom fyra veckor för 45 procent av klienterna. 24 klienter tog tillbaka sina ansökningar och i 16 fall berodde dröjsmålet på tidsbrist hos handläggarna. För en ungefär lika stor grupp låg orsakerna hos klienterna eller räknades som yttre orsaker, som att samverkande parter agerade utifrån sina ansvarsområden så att vårdplanens färdigställande drog ut på tiden. Totalt 50 klienter fick träffa en socialsekreterare inom tre dagar och hade dessutom en färdig vårdplan inom fyra veckor.

Resursteamet har varit socialkontoren behjälpliga med motivationsarbete och uppsökande arbete, och de har även haft en resurstilldelning ur projektbudgeten för att klara detta. De har haft cirka 62 uppdrag. Avsikten var att detta sker under utredningstiden och att klienten sedan slussas vidare till den vård och behandling som anses bäst motsvara hans eller hennes behov. Tendensen är emellertid att klienterna inte vill bryta en pågående kontakt med kuratorerna på resursteamet, vilket på sikt inte är bra för vare sig klienterna eller arbetsbelastningen på resursteamet.

Att snabbt erbjuda klienter träff med en socialarbetare medan motivationen är hög har upplevts som positivt av de medverkande enheterna. Där emot upplever man det inte alltid vara av godo att en vårdplan ska finnas inom fyra veckor. Tvärtom kan det vara bra att klienten får tid på sig att överväga alternativa behandlingar och att kunna vänta in samverkanspartners bedömningar och möjligheter även om det tar något längre tid. Örebro kommun kommer även i fortsättningen att försöka erbjuda personer som

ansöker om vård och behandling mot missbruk och beroende en kontakt inom ett fåtal dagar. Kanske inte inom tre till fyra dagar, men troligtvis inom sju dagar. Kravet på att utredningen ska vara klar inom fyra veckor kommer att släppas då man inte tycker att det gagnar kvaliteten. Samtidigt påpekas i slutrapporten att de flesta utredningarna i dag blir klara inom fyra veckor.

Kommunens svar i 2006 och 2008 års nationella enkät när det gäller de två frågor som är relaterade till behandlingsgarantin framgår av tabell 40.

Tabell 40. Örebro:s svar på frågan om behandlingsgarantin i totalundersökningen, 2006 respektive 2008

Hur snabbt kan ett första personligt samtal erbjudas den enskilde från det att man fått kontakt med verksamheten?	2006 Inom 3 dagar	2008 Inom 3 dagar	2008 Efter 4–7 dagar
Örebro	Ja		Ja
Hur snabbt kan en individuell vårdplan upprättas?	2006 Inom 4 veckor	2008 Inom 2 veckor	2008 Efter 7–8 veckor
Örebro: Öster/Väster	Ja/nej		Ja

I Örebro bedömdes klienterna kunna erbjudas ett första personligt samtal inom fyra till sju dagar år 2008 och tre dagar 2006. Samtidigt bedömde kommunen i enkäten att tiden har minskat avsevärt. I Örebro gav de två kommundelarna och socialnämnderna olika svar både 2006 och 2008, och 2008 svarade vuxenheten för kommunens räkning. Detta gör det svårt att tolka om det innebär en förbättring att vårdplaner upprättas inom sju till åtta veckor. Kommunen har själv bedömt att tiden för att upprätta vårdplaner har minskat i viss utsträckning. Flera kommuner (bl.a. Tyresö och Lessebo) har enligt tidigare beskrivningar framhållit att detta inte behöver bero på kommunens möjlighet att upprätta planer inom fyra veckor, utan att det finns andra hinder såsom klientens ageranden alternativt att hälso- och sjukvården har väntetider eller liknande. Kommunen uppgav i enkäten att de har erhållit medel för att genomföra behandlingsgaranti och har beviljats medel av länsstyrelsen för det.

Har projektet genomförts enligt ansökan och har man nått de resultat man tänkte?

Projektet har i stora drag genomförts på det sätt som angavs i ansökan. Man har sökt medel till införande av behandlingsgaranti och fått medel beviljat för detta, men även till andra insatser. Uppenbarligen har det inte varit lätt för länsstyrelsen eller kommunen att hålla isär vad som är det ena och det andra i ansökningarna i förhållande till intentionerna med vårdöverenskommelsen. Ansökan kan sägas ha formats med hjälp av länsstyrelsen för att passa in och därmed öka möjligheten att få medel. Med hjälp av FoU-enheten i länet har kommunen utarbetat mallar och rutiner för att följa de klienter som definieras som målgruppen. Under projektets gång har dock

målgruppen minskats då man inte hann med att hålla den kvalitet i utredningarna som man ville. ASI-, ASI- liksom MI.-utbildare har utsetts internt. I vilken utsträckning ASI används som såväl kartläggnings- som uppföljningsmetod är oklart även om ambitionen är hög (Alexanderson & Oscarsson 2008). Resursteamet i kommunen har kunnat stötta klienterna under utredningsfasen, men tendensen har blivit att deras ärendemängd ökar då etablerade relationer inte alltid är lätta avbryta. Samarbetet med RIA-Dorkas försvårades av personalbyte och av att ansvaret för samarbetet med kommunen lades på en person.

203 personer har ingått i projektet. En fjärdedel av dessa fick både tid för ett första samtal inom tre dagar och en vårdplan upprättad inom fyra veckor, och har således fått uppleva en fungerande behandlingsgaranti enligt intentionerna. I övrigt finns olika anledningar till att det första samtalet eller vårdplanen fördröjs. Det kan bero på socialtjänsten, på klienten eller på att det inte finns någon psykiater att tillgå, vilket många gånger är en förutsättning för att göra en vårdplan där klientens alla behov beaktas.

Arbetet med att erbjuda människor som ansöker om hjälp för missbruks- och beroendeproblem en snabb tid för ett första samtal kommer att fortsätta i Örebro, om än med en något lägre ambition – inom sju dagar. Däremot kommer man inte att kunna lova att utredningar och vårdplaner ska göras inom fyra veckor. Resultatet är således delvis nått. Behandlingsgarantin har fått ett visst genomslag i kommunen, men fungerar inte fullt ut sett utifrån statens intentioner.

Förhållanden som hindrat respektive främjat genomförande och resultat

Hindrande

- Den definierade målgruppen blev för stor från början, vilket gjorde att man inte hann hålla den kvalitet i utredningarna som man ville.
- Personalomsättning fördröjer implementering av nytt arbetssätt.
- Sjukvårdens väntetider försvårar införandet av medicinsk kompetens i vårdplaner.
- Samverkansparters ageranden kan påverka tidpunkten för vårdplanens upprättande.
- Klientens motivation går upp och ner, vilket gör att utredningsplanen och tider inte hålls även om resurser finns.
- Brist på tillgång till transportmedel försvårar det uppsökande arbetet.

Främjande

- En öppenhet i organisationen och på länsstyrelsen för att allt inte är formulerat i en ursprunglig projektansökan – projektet utvecklas och finner sina former efter hand.
- Länsstyrelsen har haft flera kontakter med kommunen för att reda ut innehåll i ansökningarna.
- FoU-enhetens stöd i systematisk dokumentation för uppföljningen av projektet.
- Fungerande styr- och ledningsgrupp.

4. 2. 4 Hur länsstyrelserna tänkte och gjorde

Detta avsnitt bygger på intervjuerna som har genomförts med handläggarna på länsstyrelserna. Dessa har i samtliga fall varit delaktiga i ansökningsförfarandet samt uppföljningen av och utbetalningen av medel inom ramen för vårdöverenskommelsen. De har även framfört en del synpunkter utifrån sina erfarenheter – inte bara om behandlingsgarantin utan av mer generell karaktär – som bedöms som intressanta ur ett implementeringsperspektiv. Samtliga handläggare på de sju länsstyrelser som har intervjuats pekar på STUV-gruppens samordnande funktion och roll inklusive positiva erfarenheter av erfarenhetskonferenserna.

Enligt de intervjuade länsstyrelserna finns det beslut om alla medel som kan hänföras till vårdöverenskommelsen. Alla är dock inte utbetalda då vissa projekt fortfarande pågår. Nedan redovisas synpunkter från länsstyrelserna som inte har redovisats tidigare i anslutning till varje kommuns ansökan, och som inte rör den redovisade formella gången för ansökan och utbetalning.

Blekinge län – intervju med handläggare 3 november 2009

Utgångspunkterna vid fördelning av utvecklingsmedlen är innehållet i ansökningarna i relation till de villkor regeringen har ställt upp. Det finns en utarbetad checklista för rutinen hur fördelningen av projektmedel och utvecklingsbidrag ska hanteras. Man har informerat kommunerna om intentionerna med medlen och bjudit in utifrån alla fyra områdena. Här såg man dock en möjlighet att styra pengarna till att bygga en beroendeenhet i länet i samverkan mellan kommuner och landsting och på så sätt få en ordentlig vårdkedja. Man vill att pengarna ska komma länet till del och har sett brister i vårdkedjan vid tillsyn, i kontakt med enskilda och även genom egen yrkeserfarenhet. Länsstyrelsen har således inte sett några effekter av utvecklingsmedlen – ännu.

Dalarnas län – intervju med handläggare 12 mars 2009

Länsstyrelsen i Dalarna ordnade en informationsdag i mars 2006 för att informera och diskutera stimulansmedlen. I informationsarbetet lade man tyngdpunkten på det som man uppfattat som centralt i regeringsbrevet – att bidra till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk i kombination med somatisk och/eller psykiatrisk sjukdom och utslagning. De lyfte inte särskilt fram behandlingsgarantin men informerade om att den finns. Begreppet tungt missbruk definierades inte särskilt – har man ett pågående missbruk så har man – men det ska vara påvisat och personen ska ha behov av medicinskt och socialt stöd. Det var också en anledning till att man ville stödja projekt med inriktning på samarbete mellan landsting och kommun. Det blir också en indirekt hjälp till de mest utslagna. Det verkar inte som departementet alltid förstår att det är en eftersläpning mellan länsstyrelsens beslut och tidpunkten för utbetalning av pengarna. Outbetalda medel ska ju gå tillbaka till staten. Om vi skulle betala ut i samband med besluten kan det få förödande konsekvenser: ”då har du ju inte koll på någonting”. Vad pengarna har inneburit verkar man inte intresserad av. ”De

här medlen har blivit mer och mer politiska slagdängor”. Vi fick i flera år pengar till barngrupper – barn till missbrukare – och till utbildning av ledare. Sedan kom det nya pengar med Morgan Johansson och nu är det kvinnofridsfrågor som gäller. ”Vi får en massa medel i famnen som vi ska förmedla. Det är väl bra med pengar i och för sig. Men i och med att man inte har någon riktig beredskap så ska man ut med information. Det gör att man har en seg långdragen process”. Ingen har frågat efter dem. Pengar från staten kommer också inom andra delar av länsstyrelsen. Vi på tillsynsmyndigheten kan bevilja medel till kvinnofridsprojekt med krav om 50 procent medfinansiering. På en annan avdelning finns liknande pengar utan krav på medfinansiering. Då kommer inga ansökningar till tillsynsenheten och den ena har ingen aning om vad den andre gör. Vi borde samordna oss bättre på länsstyrelsen.

På frågan om effekterna av vårdöverenskommelsepengarna är uppfattningen den att bidraget har haft stor betydelse för utvecklingen av missbruksvården i länet. Utbildningen och införandet av ASI har höjt nivån i länet och flera beroendemottagningar har uppstått. Samarbetet mellan landsting och kommun i missbruksfrågor verkar ha tagit mera fart – också med hjälp av projektet Kunskap till praktik som drivs av Sveriges Kommuner och Landsting.

Gävleborgs län – intervju med handläggare 30 mars 2009

Det finns inte någon egentlig definition på begreppet tungt missbruk. Man använder tunga droger, ofta i kombination med psykisk sjukdom, och passar inte in i vårdformerna. Vi hade sett i en kartläggning som gjorts av öppenvården i fem län att man inte nådde unga vuxna och kvinnor (Messing, Gustafsson & Almqvist 2006). Öppenvårdens innehåll var skapat utifrån normen att missbrukaren är en medelålders eller äldre man. Så vi kunde tidigt se att tungt missbruk även kunde gälla kvinnor och unga vuxna. De fyra områdena som angavs i direktiven har varit lite svåra att handskas med. Kommunerna blandade från början ihop dessa medel med ”kontrakt för livet” som kom 2005. De tycker ofta att de får för lite tid för ansökningar. ”De vill nog ha besluten i början på året”. Vi har kontakt med kommunerna i ansökningsfasen, men endast om det är något vi undrar eller om det fattas något och då oftast via telefon. Fick vi fler ansökningar än vi har medel till, då prutar vi på ansökningarna hellre än att avslå. Vi vill sprida utvecklingsmedel till länets alla kommuner. Tillsynen skulle kunna få betydelse för handläggningen av utvecklingsmedlen, men missbrukshandläggaren har varit bort en längre tid. När vi anställde en ny handläggare bjöd vi in kommunerna i länet så fick de berätta om vad de har använt utvecklingsmedlen till. Elisabeth ser att utvecklingsmedlen har inneburit att två beroendecenter i länet har blivit fem och att ”knutar i samarbetet med landstinget har löst sig”.

Kronobergs län – intervju med handläggare 20 mars 2009

Bakgrunden är att personer med det tyngsta missbruket hade svårt att få hjälp. Kommunerna fick göra sina ansökningar utifrån inbjudan och själva bestämma målgrupper. Men vi betonade muntligt när vi informerade att

”den typen av ansökningar där kommuner och landsting har något gemensamt kommer vi att prioritera när vi förmedlar pengarna”. Det finns en stor trötthet hos kommunerna att man ska hålla på och söka pengar till olika ändamål. Särskilt i de små kommunerna, för de har svårt att avsätta personal att skriva ansökningar som i sig kan vara ganska krävande. ”Man tar gärna emot statsbidrag men man vill ha dem på ett sådant sätt att man styra själva var man lägger pengarna någonstans”.

Ansökningsförfarandet innebär också att länsstyrelserna tar 5 procent av medlen för administration. Det kostar det inte att administrera dem utan de försvinner in i länsstyrelsernas svarta hål.

Vi har heller inte tid och resurser för information och uppföljning då de ordinarie arbetsuppgifterna finns kvar. ”Möjligen har de stora länsstyrelserna kunnat använda de här pengarna för att rekrytera människor”.

Det är svårt att svara på om utvecklingsmedlen har haft betydelse för missbruksvårdens utveckling. Kanske blir det tydligare när vi har genomfört tillsynen som nu görs nationellt inom missbruksvården. ”Jag är ju rätt tveksam till att man kommer så där jättelångt med sådana här pengar”. Även om det ska ingå i ordinarie verksamhet är det stor risk att det man byggt upp försvinner när vi nu går in i en lågkonjunktur.

Stockholms län – intervju med handläggare 10 mars 2009

På länsstyrelsen i Stockholm uppfattade man det som en paradox att medlen riktade sig till kommuner som ville öka tillgängligheten för personer med tungt missbruk – hur ska kommunen veta att det är människor med tungt missbruk redan innan de har sökt hjälp? Man måste ju vända sig till alla. Därför blev det ett dilemma för länsstyrelsen när Hässelby-Vällingby ville rikta sig till en särskild åldersgrupp. I ansökningarna beskrev en del kommuner och kommundelar väldigt tydligt vilket av de fyra områdena i vårdöverenskommelsen man avsåg, men i andra fall bedömdes detta på länsstyrelsen. Det är inte så lätt alltid för parterna att skilja ut då det har funnits mycket olika typer av statsbidrag de senaste åren – för tidiga och behandlande insatser, förebyggande medel m.m. Men utredningen om tungt missbruk var relativt känd av kommunerna. Men det kan också vara så att en person har stått för ansökan och projektledaren som ska genomföra arbetet är en annan – det kan bli skillnader. Alla ansökningar är inte så glasklara, de kan vara lite röriga. När det gällde vårdöverenskommelsepengarna intervjuades sökande och länsstyrelsen besökte även några av kommunerna för vidare diskussioner om hur de tänkt. Vid bedömningen av ansökningarna använder man sig av vad man sett i kommunerna om förhållandena i missbruksvården.

Vi väger också in våra erfarenheter av tillsyn. Det är sådana saker man ska ha i bakhuvudet har jag fått lära mig. Men det var ingen direkt koppling men ändå. Ibland har vi uppmanat [kommuner och kommundelar] att söka.

Bestämmelserna kring behandlingsgarantin har upplevts lite knepiga från länsstyrelsen. Vad är det man garanterar egentligen? Det är egentligen mer

en tillgänglighetsgaranti och det är ju också viktigt. Men det säger ingenting om innehållet i den hjälp man får. Frågor om tillgänglighet är det vanligaste klagomålet handläggarna på länsstyrelsen får även om det oftast rör sig om försörjningsstöd. Man kommer inte fram på telefon och handläggarna svarar inte på brev. Det är besvärligt och byråkratiskt och man ska ta sig förbi en massa spärrar innan man kommer in. Det är ju det man har gjort inom ramen för behandlingsgarantin – man har avdelat personer till mottagningsfunktioner för att vara mera tillgängliga. Det har också blivit en tydligare ingång för människor som söker hjälp i Tyresö och Hässelby- Vällingby. Men många kommuner skulle behöva arbeta med sina hemsidor som en aspekt av tillgänglighet. ”Vissa är bedrövliga. Det går inte att hitta någonting”.

Effekten av utvecklingsmedlen som man ser från länsstyrelsens perspektiv är att kommunerna byggt ut sin öppenvård. Det finns en oro från länsstyrelsen vad som nu kommer att hända när det blir sämre ekonomi i kommunerna och inga utvecklingsmedel finns att söka.

Örebro län – intervju med handläggare 15 april 2009

Länsstyrelsen ordnade ett informationstillfälle för kommunerna i länet till vilket sekreteraren i utredningen inbjöds. Även klinikchefen på beroendecentrum (samarbete mellan landsting och kommun) var med. Utgångspunkten var att tolka kommunernas ansökningar positivt i förhållande till intentionerna. Begreppet tungt missbruk gick man inte in på då det är svårt att definiera och det inte är en uppdelning som kommunerna arbetar efter. Vi tittade mer på vad man ville satsa på. Men det finns gränser för det också. Örebro hade fyra ansökningar och det var mycket ”rodd” kring ansökningarna, del- och slutrapporter. Deras ansökningar var inte klockrena. Det finns en tendens att man i första hand bygger på öppenvården för att det kostar mindre pengar – vilket ingen vet om det stämmer. ”Det måste finnas utrymme för andra typer av satsningar”. Vi bedömde om satsningen skulle kunna innebära att man når upp till de intentionerna med medlen. Frågor som länsstyrelsen försökte få svar på var ”kan man ge bättre vård och behandling för de här personerna? Kan man få in det här i ordinarie verksamhet? Är det långsiktigt strategiskt?”

Ungefär samtidigt med vårdöverenskommelsemedlen började de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården att gälla, som berörde delvis samma saker som vårdöverenskommelsen. Så kom Gunborg Brännström, SKL, som projektledare för Kunskap till praktik och skulle stödja delvis samma saker. På länsstyrelserna sysslar vi med politiskt känsliga frågor. ”Beroende på vad vi har för färg på regeringen ges vi olika uppdrag”. Vi erbjuder dialog med kommunerna. De kan komma in med en skiss så kan vi diskutera. Ofta är det en person som gör ansökningarna och någon annan som ska genomföra projektet. Det kan vara en tredje som skriva slutrapporten. Det tar ett tag för kommunerna att förstå förfarandet: ”Om jag hade gått precis på att jag exakt skulle hitta igen formuleringarna, då skulle inte kommunerna få en krona”. Men det finns även exempel på motsatsen. Strukturerade bra ansökningar där samma personer gör redovisningar och där kommunen också når resultat. Kommuner som aldrig har sökt utvecklingsmedel tidigare prioriteras, liksom andraårsansökningar från projekt som fungerar.

En svårighet är att vi inte är synkroniserade med kommunernas budgetprocesser. Länsstyrelsen får ofta regeringsbesluten relativt sent på våren. Kommunerna tycker att de får kort tid på sig. Utvecklingsmedel för ett år kan ju vara en process på två till tre år. Det är en fördröjning innan projekt- eller utvecklingsarbeten kommer igång.

Frågan om effekterna av medel som har utbetalats för behandlingsgaranti är svåra att bedöma. Man väntar på denna utvärdering. Det är ett långsiktigt arbete att utveckla missbruksvården och flera förhållanden än statsbidragen kan vara styrande, som det ekonomiska läget i kommunerna och länsstyrelsens tillsyn för missbruksvårdens utveckling. Missbruksvården är föremål för tillsyn just nu i hela landet och i Örebro under 2009. Om verksamheten vid vuxenheten i Örebro kommun, så som den fungerade nu vid tillsyn, är kopplade till utvecklingsmedlen – då har de haft betydelse.

Östergötlands län – intervju med handläggare 3 april 2009

När det ska fördelas utvecklingsmedel via länsstyrelsen tar man till sig det som finns skrivet i såväl regleringsbrev som i utredningen. Men utredningen var inte helt enkel att tolka. På länsstyrelsen gjorde vi ingen egen tolkning av begreppet tungt missbruk. Kommunerna fick anvisningarna som hade arbetats fram och fick själva bedöma. Det är viktigt att försöka anpassa medlen till kommunernas lokala förutsättningar och behov. En informationsträff om bakgrunden hölls för kommunerna innan inbjudningarna skickades ut. Vi har dialog med kommunerna i ansökningsskedet om det behövs. De kan ringa och diskutera sina tankar med oss, vilket kommunerna har uppskattat. Länsstyrelsen i Östergötland har utarbetade skriftliga rutiner för handläggning, utbetalning och uppföljning av stimulansmedlen.

Enligt länsstyrelsen i Östergötland har medlen betytt mycket för missbruksvårdens utveckling, framför allt i de mindre kommunerna men även för större. De har kunnat bygga verksamheter de inte hade kunnat göra annars. Missbruksfrågorna har fått uppmärksamhet. Några små kommuner har avstått från att söka då de inte kan möta de krav som ställts. På något sätt ser de till att människor med hjälpbehov får hjälp ändå, genom samverkan med andra kommuner och med landstingets beroendemottagningar. De har bara enstaka individer som kan definieras in i målgruppen och det är svårt bedriva egen verksamhet med kompetens för dem.

Det finns en risk att kommunerna binder upp sin verksamhet på utvecklingsmedel och förutsätter att de kommer år för år. Därför är det viktigt att vara tydlig från statens sida att detta är pengar för att bygga upp någonting i ett inledningsskede och att man sedan måste ta ansvar för fortsatt verksamhet.

4. 2. 5 Analys och diskussion, implementeringsperspektivet

Det övergripande syftet med hela studien är att utvärdera effekterna samt implementeringen av de stimulansmedel och statsbidrag som avsattes av regeringen för åren 2006 och 2007, för insatser med syfte att utveckla vården för personer med tungt alkohol- och narkotikamissbruk i kommunerna. I detta avsnitt fokuseras utvärderingens fjärde och i viss mån även femte frå-

geställning (se även avsnitt 4. 3. 2. 2 Införandet av individuella vårdplaner för personer med ett tungt missbruk, avseende den femte frågeställningen):

- Leder stimulansmedlen till införandet och tillämpningen av lokala behandlingsgarantier med riktmärke att en person med tungt missbruk som ansöker om vård och behandling ska få ett första samtal inom 2–3 dagar och en individuell vårdplan inom 4 veckor?
- Leder stimulansmedlen till införandet av individuella vårdplaner för personer med ett tungt missbruk?

För att besvara frågeställningarna har empiriska data hämtats från den nationellt genomförda enkäten samt från den implementeringsstudie som har gjorts i ett urval av 8 av totalt 26 kommuner som beviljades medel för införande av behandlingsgaranti under 2006 och 2007.

Ett första personligt samtal inom tre dagar

Kommuner som har fått medel och som själva uppgav det har i högre utsträckning än övriga kommuner svarat att ett första samtal kan erbjudas klienterna inom tre dagar, och detta i en betydligt högre andel ärenden. Det tyder på att utvecklingsmedlen har fått en viss effekt. Detta bekräftas även av kommunernas egna svar på frågan om vilken effekt de bedömer att medlen har haft. Närmare hälften av kommunerna som själva uppgav att de har fått utvecklingsmedel för ändamålet anger att de har haft avsevärd effekt. Det kan dock inte uteslutas att vetskapen om att man fått stimulansmedel för ett visst ändamål gör att en önskan om att påvisa effekt också återspeglas i svaren.

Individuell vårdplan upprättas inom fyra veckor

Cirka 60 procent av kommunerna som har fått utvecklingsmedel enligt Socialstyrelsen eller som själva uppgav att de har fått medel för att upprätta en individuell vårdplan inom fyra veckor uppger att så också sker. Enligt kommunerna beror detta delvis på medlen från vårdöverenskommelsen. De kommuner som själva uppgav att de har fått sådana medel bedömer effekten högst. När det gäller vårdplanerna förefaller kommunerna ha höga ambitioner att klara fyra veckorsregeln.

Fördjupningsstudie i åtta kommuner

I implementeringsstudien studerades åtta kommuner närmare. Enligt länsstyrelsernas rapportering till Socialstyrelsen beviljades de utvecklingsmedel med hänvisning till införande av behandlingsgaranti. Tre av dessa (Hässelby-Vällingby, Tyresö och Örebro) sökte och fick utvecklingsmedel för att införa en behandlingsgaranti och projekten har haft detta som tydligt fokus. I de övriga fem sökte man inte medel till behandlingsgarantin. I Avesta låg fokus på att utbilda personal. I Lessebo och Åtvidaberg fokuserade man på specialisering av missbruksarbetet och i Ovanåker på att nå målgrupper man inte når inom ordinarie verksamhet. Ronneby ville inrätta en gemensam beroendeklinik med landstinget och övriga kommuner i länet. Det gemen-

samma för alla projekt är att de enligt länsstyrelserna har bedömts falla inom ramen för intentionerna med behandlingsgarantin. I ett fall är dock detta, enligt länsstyrelsen, en felkategorisering från deras sida. Lessebo skulle i så fall aldrig ha registrerats som en kommun som har fått medel i enlighet med behandlingsgarantin. Den förklaring som länsstyrelserna ger till detta är att en felrapportering har skett från länsstyrelsen eller en felaktig registrering har skett på Socialstyrelsen.

Av detta följer inte att de projekt som har genomförts inte var lyckade i förhållande till vad man tänkt och i relation till den ursprungliga programteorin. I de tre kommuner där behandlingsgarantin varit fokus har man lyckats att erbjuda tider snabbare för människor som ansöker eller ber om hjälp. I en kommun, Ronneby, har ingenting hänt och medlen har inte heller betalats ut eftersom verksamheten inte har startat. I övriga kommuner har medlen inneburit utbildning (Avesta), specialisering (Lessebo), inrättande av öppenvård (Åtvidaberg) och inrättande av öppen verksamhet för människor med tungt missbruk som annars är svåra att nå (Ovanåker). Dessa fyra sistnämnda kommuner har otvivelaktigt utvecklat sin verksamhet inom missbruksområdet på olika sätt. Alla åtta kommuner kan enligt enkätsvaren erbjuda ett första samtal åtminstone inom fyra till sju dagar. För hälften av dessa kommuner är detta en förbättring jämfört med vad man svarade 2006.

Man skulle därmed kunna säga att det största genomslaget i resultaten, sett i relation till intentionerna med behandlingsgarantin, framträder när både givaren (staten) och mottagaren (kommunerna) har förstått och tydliggjort ändamålet med medlen och där statens intentioner har kunnat anpassas till aktuella lokala behov.

För att återknyta till utvärderingens teoretiska raster: Begreppen mål (goal) och medel (means) anges som centrala i relation till begreppen tvetydighet (ambiguity) respektive konflikt (conflict) för att belysa implementeringsprocessen (Matland 1995). Det kan tolkas så att om målen och medel är tvetydigt eller tydligt formulerade försvåras respektive underlättas implementeringsprocessen. Samma sak gäller huruvida det kan sägas råda konsensus eller inte kring angivna mål och kring hur dessa ska nås.

Studerar man vårdöverenskommelsen i ljuset av diskussionen kring mål och medel kan man konstatera att målen med hjälp av vilka fler tunga missbrukare ska bli fria från missbruk enligt behandlingsgarantin är relativt tydligt angivna i utredningen om vårdöverenskommelsen (SoU 2005:82). Ett första samtal ska ske inom två-tre dagar och en vårdplan ska vara upprättad inom fyra veckor från det att den hjälpsökande först tog kontakt med missbruksvården. Hur man ska uppnå detta anges dock inte exakt. De övergripande intentionerna i utredningen som föregick regeringsbeslutet kan inte sägas vara svåra att förstå, men när de bryts ner till förslag har det blivit svårare att hålla isär dem för länsstyrelser och kommuner. De har därmed blivit mer tvetydiga. Det anges i utredningen att en integrerad missbruks- och beroendevård har större möjlighet att få behandlingsgarantin att fungera. Det har exempelvis givit utrymme för länsstyrelsen att bevilja medel till specialisering eller integrering av missbruksvården med hänvisning till medlen för behandlingsgaranti. Detta är åtminstone synligt i rapporteringen till Socialstyrelsen, men inte alltid tydligt i de beslut som länsstyrelserna ger kommunerna. Fler länsstyrelser har bedömt uppsökande verksamhet, i syfte

att nå människor som inte själva söker socialtjänstens hjälp, som tillämpliga för behandlingsgaranti. En sådan intention finns visserligen i utredningen men om den ska anses vara tillämplig på just införandet av behandlingsgarantin är nog mycket tveksamt. Däremot förefaller det inte råda någon konflikt (conflict) kring intentionerna (goals) med utvecklingsmedlen – att människor med tungt missbruk ska få snabb och bra hjälp.

Med Matlands (1995) terminologi kan problemen med införandet av behandlingsgaranti beskrivas som en tvetydighet (ambiguity) kring hur målen ska nås (medel/means) Länsstyrelserna framhåller vikten av att anpassa intentionerna med utvecklingsmedlen till lokala förutsättningar i kommunerna. Det skulle kunna uttolkas som att en kombination av de bägge perspektiven top-down och bottom-up kan vara fruktbar i analysen. Forskningen med bottom-up-perspektiv studerar inte sällan förhållanden under själva implementeringen som kan störa eller hindra respektive främja genomförandet (Alexanderson, 2006; Vedung 1998). Rothstein (1994:87) skiljer på *substantiell* och *processuell* analys, det vill säga analys av de innehållsliga faktorernas respektive de dynamiska aspekterna av en policys genomförande. I nästa avsnitt analyseras förhållanden som förefaller ha hindrat respektive främjat införandet av i första hand behandlingsgarantin, men också förhållanden som kan ha främjat respektive hindrat implementeringen av det lokala projektet i enlighet med den lokala programteorin – en slags processuell analys i enlighet med Rothsteins terminologi.

Förhållanden som hindrat respektive främjat införandet av behandlingsgaranti

Förhållanden som bedöms ha främjat respektive hindrat implementeringen av det projekt kommunerna sökt pengar till har sammanställts för de studerade åtta kommunerna i tabellen nedan. Förhållanden som återfanns i flera kommuner har förts samman till ett sådant. Det vanligast förekommande förhållandet anges först. Ett förhållande som har hindrat implementering av behandlingsgaranti är generellt sett att väldigt få kommuner rent faktiskt har sökt medel för införande av behandlingsgarantin. Ett annat förhållande är att länsstyrelserna (eventuellt genom samarbetet i STUV-gruppen) har givit intentionerna med behandlingsgarantin en bred tolkning och därmed inte varit så noga med vilken del av vårdöverenskommelsepengarna som avsågs. På grund av detta har det uppstått en otydlighet för kommunerna som inte har förstått att de fick medel bland annat för att införa en lokal behandlingsgaranti.

Kommunerna har däremot genomfört det de avsåg att göra utom i ett fall där ingen verksamhet har kommit igång. De tre kommuner som har fått de bästa eller tydligaste resultaten i relation till intentionerna med behandlingsgarantin är de kommuner som själva eller i dialog med länsstyrelserna förstod ändamålet med medlen och där statens intentioner kunde anpassas till aktuella lokala behov. När det gäller införandet av vårdplaner är klientens ageranden och problem en bidragande orsak till att vårdplaner inte upprättas i tid eller att tider för ett första samtal inte hålls. Brister i samverkan med andra aktörer är också en försvårande omständighet. Osäkerheter rörande krav på medfinansiering hindrar kommuner från att söka utvecklingsmedel eftersom kommunerna är rädda för att ta på sig ekonomiska åtagande för

framtiden. Medfinansieringskravet gör att flera projekt befaras bli nedlagda efter projektidens utgång.

I tabell 41 finns även listade förhållanden som har hindrat eller främjat implementeringen av de projekt man sökte och fick pengar till oavsett behandlingsgarantin. Dessa kan gälla igångsättningssvårigheter i form av personalrekrytering och att det tar tid för nya arbetsgrupper att hitta nya arbetsformer. Hög personalomsättning på såväl handläggare- som ledningsnivå får också negativa konsekvenser i en implementeringsfas. Om kommunen samtidigt omorganiserar arbetet och inför nya arbetssätt kan detta också vara försvårande. Bristande tid för dokumentation kan minska möjligheten att följa upp resultat. Tekniska problem i form av brist på transportmedel eller problem med datastödet är andra hindrande förhållanden som har iakttagits. Ytterligare försvårande omständigheter är att politiker fattar beslut som direkt har motverkat projektens intentioner.

Främjande faktorer är arbetsledningens stöd, driftiga arbetsledare och projektmedarbetare samt förankring i alla led före och under projektets gång. Gemensamma utbildningar med samarbetspartner inom missbruks- och beroendevården främjar också det fortsatta samverkansarbetet. Länsstyrelsens öppenhet för dialog med kommunerna under ansökningsförfarandet har främjat införandet av behandlingsgarantin i några fall. STUV-gruppen har gjort att länsstyrelsens rutiner runt ansöknings- och bedömningsförfarandet har likriktats i länen. Politiskt stöd före, under och efter projektet har underlättat arbetets fortlevnad. I något fall har den regionala FoU-enheten bidragit till att projektresultatet gått att följa då olika former av systematisk dokumentation lades in som rutin från projektets start. Samtliga de nu uppräknade förhållandena är inte unika utan har iakttagits även i andra studier av implementering (Matland 1995; Vedung 1998; 2009; Fixsen 2005; Alexander-son 2006; Gullbrandsen 2007, Roselius & Sundell 2008).

Tabell 41. Förhållanden som hindrade respektive främjade implementeringen av projektplanerna i åtta kommuner

Kategori	Hindrande förhållanden	Främjande förhållanden
Organisation	Omorganisation av socialtjänsten. Bristande tid för dokumentation. Igångsättningssvårigheter – det tar tid att hitta arbetsformer för en ny personalgrupp. För hög ambition – målgruppen för stor. Försök att implementera två typer av öppenvård-program samtidigt. Bristfällig ansökan. Krav på medfinansiering.	Fungerande styr- och ledningsgrupp. Arbetsledning arbetat aktivt med metodutveckling i aktuell arbetsgrupp. Projekterfarenheten används och sprids i organisationen. Erfarenheter under projektets gång tas tillvara, innehåll och inriktning kan anpassas och utvecklas. Specialisering av arbetet banat väg för ett kvalitativt bättre arbete inom socialtjänstens missbruksvård. Stabilt, stödjande och kreativt ledarskap på flera nivåer. Kompetent projektledare. Engagerade och drivande projektmedarbetare. Låg personalomsättning. Samma person som drivit projektiden allt ifrån förarbete, ansökan till genomförande och uppföljning.
Personal	Svårt att rekrytera personal. En eldsjäl/nyckelperson slutade. Hög personalomsättning på såväl chefs- som handläggarnivåer. Svårt få personal att stanna.	Förankring av arbetet i arbetsgrupper och ledningsorganisation.
Delaktighet	Dålig förankring i personalgruppen. Soc.sekr. ej övertygade om ASI:s förtjänster.	
Klienterna	Svårigheter som har med klientens ageranden, situation eller förmåga att göra.	Förmåga att bygga relationer med klienter trots missbruksproblem kombinerade med psykiska problem.
Samverkan	Samverkansbrister med andra viktiga aktörer. Samverkansproblem internt. Projektformen kan göra att verksamheten inte tas på allvar av samverkanspartner.	Gemensamma utbildningar med samverkanspartner. Fungerande samverkan med hälso- och sjukvården, psykiatri m.fl. externa samverkanspartner.
Länsstyrelsen	Länsstyrelsen intermediär och kan välja inom vissa ramar hur man önskar att medlen används och agera för detta.	Länsstyrelse och kommun öppen för att projekt förändras under tiden, projektet utvecklas och finner sina former efter hand. Intermediär – länsstyrelsen uppmuntrade att uppsökande verksamhet skulle ingå för att nå tunga missbrukare. Länsstyrelsen haft flera kontakter med kommuner för att tydliggöra innehåll i ansökningarna. STUV-gruppens tolkningar och rekommendationer.
Tekniska problem	Dataprogram, bristande tillgång på transporter.	
Politiskt styre	Administrativa rutiner, t.ex. socialnämndens delegationsordning gör att väntetiderna på insats och beslut om vårdplan blir mycket långa. Politiskt beslut om nedläggning av verksamhet av betydelse för projektet. Utvecklingsmedlen blir för kortsiktiga – kommunerna kan inte göra stora ekonomiska åtaganden för framtiden.	Politiskt stöd banar väg för permanentning av projekt till ordinarie verksamhet efter projektslut.
Övrigt		FoU-enhetens stöd i systematisk dokumentation inbyggd i projektet från början för att möjliggöra uppföljning av projektet

Av utredningen om vårdöverenskommelsen (SoU 2005:82) framgår att det i hög utsträckning är brukarorganisationerna som har fört fram behovet av att tunga missbrukare snabbt ska erbjudas ett första samtal eftersom människors motivation ofta snabbt sviktar. Därför ska också en vårdplan snabbt upprättas så att den enskilde inte behöver vänta på hjälp. Det är ett mål som kan stödjas av de flesta intressenter inom missbruksvården. Tvetydigheterna kring detta har emellertid rört frågan om hur statens intentioner ska tolkas och genomföras – bokstavligt eller intentionsmässigt. Att beakta de lokala förutsättningarna kräver ett nära samarbete, på långsiktiga premisser, mellan företrädare för stat och kommun. Detta har dock länsstyrelserna haft svårt att leva upp till. Kanske beror det på att deras primära uppdrag är att utöva tillsyn över kommunerna. Det ligger nära till hands att referera till förslaget i den statliga utredningen Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren (SoU 2008:18). Detta förslag innebär att det ska upprättas regionala strukturer för stöd till implementeringen av kunskap, uppföljning och utvärdering. I dessa strukturer ska ett samarbete ske mellan huvudmän, forskning och högre utbildning. Uppdraget att implementera sådana strukturer ligger nu hos Sveriges Kommuner och Landsting, och de har i skrivande stund påbörjat i dialoger med företrädare för kommuner, landsting och andra intressenter. Kanske kan detta arbete leda till att stödet till kommunerna när det gäller implementeringen av statliga riktlinjer i framtiden underlättas.

4. 3 Implementeringsperspektivet: kompletterande data

I föreliggande resultatavsnitt redovisas vissa sådana kompletterande data rörande implementeringsperspektivet som inte har redovisats på något annat ställe.

4. 3. 1 Totalundersökningen

4. 3. 1. 1 Tillgänglighet¹⁴

Vårdkvaliteten har att göra med hur snabbt personer kan komma i kontakt med vården samt vilket vårdutbud som finns tillgängligt i kommunerna. I totalundersökningen ställdes därför frågor om hur sådana förhållanden ser ut i kommunerna.

Både 2006 och 2008 ställdes frågor om möjligheten för personer att dygnet runt komma i kontakt med kommunens missbruksvård. När det gäller denna fråga finns möjligheter att jämföra svaren från de som känner till att de har erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen åren 2006 och 2008 (se tabell 42).

Svaren på frågan ”Kan personer dygnet runt kontakta kommunens missbruksvård?” visar att ungefär hälften av kommunerna (52 procent) svarade ja på påståendet 2006 medan andelen 2008 hade sjunkit till 40 procent. Man ska dock ta i beaktande att frågorna inte formulerades på samma sätt i 2006

¹⁴ Frågor kring tillgänglighet redovisas även i avsnitt 4.2 Implementeringsperspektiv på lokala behandlingsgarantier.

och 2008 års enkäter, och att en påståendeformulering som användes i den enkät som distribuerades 2006 kan ha bidragit till den högre svarsfrekvensen detta år.

Tabell 42. Möjligheten för personer att dygnet runt komma i kontakt med kommunens missbruksvård (2006 och 2008)

Fråga		Kommuner som känner till att de erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen	
		2006 n = 29	2008 n = 82
Kan personer dygnet runt kontakta kommunens missbruksvård? ¹⁵	Ja	15 (52 %)	32 (39 %)
	Nej	12	49

4. 3. 2 Urvalsundersökningen

4. 3. 2. 1 Införandet och tillämpningen av lokala behandlingsgarantier

Av utredningen rörande vårdöverenskommelsen (SOU 2005:82) framgår vikten av att erbjuda personer med tungt missbruk snabba ingångar till socialtjänstens verksamheter. Detta framhålls också i de hearingar som utredaren genomförde i samband med betänkandet. Motivet till att erbjuda kommuner en möjlighet att ansöka om medel för så kallad behandlingsgaranti, vilket innebär ett första samtal med socialtjänsten inom 2–3 dagar och en individuell vårdplan efter cirka 4 veckor, var att representanter för brukarföreningar, forskare och andra berörda ställde sig bakom uppfattningen att kortast möjliga dröjsmål till kontakt samt annan tillgänglighet kan ge framgång i den fortsatta vårdprocessen (SOU 2005:82, s. 58).

En viktig fråga har därför bedömts vara hur företrädarna för de lokala praktikerna och kommunerna uppfattar att den lokala behandlingsgarantin tillämpas i kommunerna, oavsett om just deras kommuner har erhållit medel för detta syfte eller inte. I samband med detta har verksamhetsföreträdarna också ombetts beskriva sina verksamheters tillgänglighet under bland annat kvällar, nätter och helger.

Intervjuszvaren visar att synen på tillgängligheten spretar något, oavsett exempelvis kommunstorlek och andra bakgrundsförhållanden. Dock står det klart att större kommuner i de flesta fall har bättre beredskap under oönskade arbetstider än mindre kommuner, vanligtvis i form av socialjour. Socialjouren kan bestå av ett team med personal inom socialtjänstens verksamhetsområde eller av politiker i kommunen. I de kommuner som besöktes i samband med utvärderingen framträder tre varianter av beredskap: 1) socialjour som består av ett team med personal från socialtjänstens verksamhe-

¹⁵ Formuleringen i 2006 års enkät var: ”Missbruks-/beroendevården har, eller kan hänvisa till en beroendemottagning/-akut som är bemannad med vårdpersonal dygnet runt”.

ter, 2) en grupp av politiker som har jour och vars funktion av respondenterna beskrivs som socialjour, samt 3) en grupp av politiker som har jour, men respondenterna uppfattar det som att det inte finns någon beredskap utan menar sig vara "journlösa". Det vill säga, politikernas jour "räknas" inte i missbrukssammanhang.

I princip samtliga respondenter framhåller likväl att socialjouren, oavsett om den existerar eller inte, i första hand inte är till för personer med missbruksproblem. I stället förväntas dessa vända sig till psykiatriska akutmottagningar vid behov eller avvakta till vardagen efter.

Även tid till första samtal med socialtjänsten varierar bland kommunerna och det råder olika syn på vad som avses med lång tid. Dock påpekas att det är ärendets karaktär som är avgörande. I ett antal kommuner anges att väntetiden kan vara ett par dagar, och i flera kommuner eftersträvades detta långt innan det var möjligt att söka medel för införandet av en lokal behandlingsgaranti.

Vi tycker det är bra, det kanske tar lång tid [för klienten] att bestämma sig för att ringa det där samtalet och i morgon kanske det är annorlunda. (Övriga kommuner < 25 000 invånare)

I andra kommuner förs resonemangen på ett något annorlunda sätt:

Är det inget akut, utan ett vanligt missbruksärende som 'jag har jättesvåra alkoholproblem och skulle behöva diskutera vad som finns för vård och behandling', så ... ett par veckor, max. (Förortskommun)

Citaten ovan skiljer sig kraftigt åt. I den ena kommunen kan klienten erhålla ett samtal redan dagen efter medan den andra vanligtvis kan erbjuda samtal inom ett par veckor. "Max" tyder på att kommunen inte uppfattar väntetiden som särskilt lång. Det vanligaste svaret från de intervjuade är dock att de kan erbjuda ett samtal redan samma dag eller dagen efter kontakten om de upplever behovet som akut. I andra fall dröjer det cirka en vecka. Mycket få av de svarande uppger att de har riktlinjer för hur länge det får dröja som mest innan ett första personligt samtal kommer till stånd. Somliga av de intervjuade uppger att medlen från vårdöverenskommelsen har haft en viss betydelse för väntetiden. Det märks främst hos dem som har utvecklat missbruksvården genom öppenvårdsalternativ, där den första kontakten kan ske genom exempelvis en behandlingsassistent. I dessa fall sker vanligtvis heller ingen registrering av den hjälpsökande, det vill säga personen behöver inte föras in i socialtjänstregistret efter den första kontakten.

I flera av de kommuner som erhöll stimulansmedel för detta ändamål framkommer att de på olika sätt har försökt strukturera upp verksamheten på ett sådant sätt att den ska bli lättillgänglig och att det ska vara möjligt att få en kontakt inom den tidsram som behandlingsgarantin innebär. En viktig aspekt av att medel har delats ut för detta ändamål anses vara att det kan fungera som en påtryckning på kommunpolitikerna för att också tillföra resurser, och också för att visa att detta är ett prioriterat område.

4. 3. 2. 2 Införandet av individuella vårdplaner för personer med ett tungt missbruk

En viktig fråga att utreda, oavsett om kommunerna erhöll medel för behandlingsgarantin eller inte, var huruvida individuella vårdplaner görs i kommunerna. Det är tydligt att uttrycket individuella vårdplaner används på skilda sätt i kommunerna. Verksamheterna har också kunnat erhålla medel för vårdöverenskommelsen i syfte att upprätta individuella vårdplaner inom tre till fyra veckor.

Satsning på ett snabbt upprättande av individuella vårdplaner framstår dock som mycket odefinierbar efter samtalen med respondenterna. Liksom i många andra kategorier har inte de intervjuade uppfattat att de erhöll medel för detta ändamål. Uttrycket "individuella vårdplaner" förefaller upplevas "relativt" till sin karaktär. En majoritet av verksamheterna använder i stället ord som behandlingsplan, arbetsplan eller genomförandeplan, och innebörderna av dem tycks snarlika. Genom att en majoritet av kommunerna på olika sätt har implementerat ASI som bedömningsinstrument har de individuella vårdplanerna också utvecklats som ett resultat därav. I majoriteten av de studerade kommunerna har stimulansmedlen bidragit till att betydelsen av individuella vårdplaner har förtydligats, att de genomförs och dessutom inom föreskriven tid. Individuella vårdplaner upprättas även i de ärenden där inte bedömningsinstrument används. I de fall man inte når upp till målsättningen att upprätta individuella vårdplaner har det snarare att göra med den enskilda klienten som exempelvis inte fullföljer utredningen och att det därför blir omöjligt att upprätta en vårdplan inom föreskriven tid. Ett annat problem har enligt uppgift att göra med den höga personalomsättningen bland handläggarna i kommunerna.

I utredningen av vårdöverenskommelsen (SOU 2005:82) skriver Wigzell att vårdplanen ska ligga till grund för en aktiv behandlingsplanering och upprättas inom en tidsram av fyra veckor. Vid intervjuerna blir det uppenbart att personalen inom socialtjänstens verksamheter i relativt få fall finner denna fyraveckorsgräns vara rimlig. Många hänvisar till att personer med missbruksproblematik inte alltid kommer på avtalade tider och möten, vilket innebär att det kan ta längre tid att upprätta en individuell vårdplan. Vidare kan samverkan med andra aktörer också vara en faktor som försenar arbetet, då de inblandade inte alltid lyckas synkronisera insatser och samarbete. Det som förefaller tydligast är dock attityden att handläggaren har fyra månader på sig att genomföra en utredning. Med socialtjänstlagen som utgångspunkt har därför inte rekommendationen om fyraveckorsgränsen fått någon större genomslagskraft i kommunerna. Det bör även tilläggas att i de flesta fall ser inte respondenterna meningen med att påskynda processen att upprätta vårdplaner då detta endast är ett skriftligt dokument. Det är vad som sker i praktiken som är det viktiga, och i praktiken sätts insatser många gånger in under själva utredningen.

Sammanfattningsvis visar de kompletterande data som har presenterats rörande implementeringsperspektivet att möjligheten för personer att dygnet runt komma i kontakt med kommunens missbruksvård inte förbättrades mellan åren 2006 och 2008 i de kommuner som själva känner till att de erhöll medel från vårdöverenskommelsen. Resultaten visar även att medlen tycks ha haft effekt när det gäller behandlingsgarantin, men i enstaka kommuner

kvarstår dock problemet med långa väntetider som beror på personalresurser och hur verksamheten är organiserad. Slutligen framgår också att det har skett en viss utveckling av de individuella vårdplanerna men att det tidsintervall om fyra veckor som utredningen om vårdöverenskommelsen föreslår är svår att uppnå, bland annat på grund av samverkansproblem och brukarnas agerande.

4. 4 Brukarperspektivet

Ett av utvärderingen syften är att belysa brukar- och klientperspektivet på de insatser som har genomförts i kommunerna. Med anledning av detta avser föreliggande avsnitt att ge brukarnas syn på utvärderingens frågeställningar men också att på ett allmänt plan belysa de studerade verksamheternas förmåga och möjlighet att tillgodose olika brukargrupperns intressen och behov. I enlighet med vad som sägs i rapportens metodkapitel görs detta via dels ett top-down-perspektiv som i huvudsak på ett mer indirekt sätt studerar om och hur brukarnas legitima anspråk har tillgodosetts, dels ett bottom-up-perspektiv som har en mer direkt undersökningsform visavi brukarna.

Top-down-perspektivet tillgodoses med hjälp av de frågeställningar som finns i de utsända kvalitetsenkäterna (2006 och 2008) och som är relevanta ur klienthänseende. Bottom-up-perspektivet tillgodoses med hjälp av de intervjuer som genomfördes med brukare. I intervjuerna uttrycktes deras uppfattning om frågor som rör upplevelser av tillgänglighet, vårdplan, behandlingsplan eller ärendegång, vårdens anpassning till olika målgrupper, användandet av klientbedömningsinstrument, samverkan och kvalitet i vårdkedjan, samt insatsernas effekter och resultat.

Resultatredovisningen rörande brukarperspektivet inleds med att redovisa och referera till vissa basfakta från de genomförda enkäterna, det vill säga det som ovan benämns top-down-perspektivet. När det gäller top-down-perspektivet redovisas resultat som har bäring på det även i andra delar av rapporten, bland annat i avsnitt 4. 1 Organisationsperspektivet, i avsnitt 4. 2 Implementeringsperspektiv på lokala behandlingsgarantier samt i avsnitt 4. 3 Implementeringsperspektivet: kompletterande data från urvalsstudien. Som en konsekvens av detta baseras den sammanfattning och analys som görs av brukarperspektivet (se nedan) även delvis på de resultat som framkommer i de nu nämnda resultatavsnitten och analyserna.

4. 4. 1. Totalundersökningen (top-down-perspektivet)

4. 4. 1. 1 Vårdens differentiering

I 2008 års enkät ställdes frågor om i vilken mån kommunerna erbjuder differentierad missbruksvård som är anpassad till några specifika grupper som kan tänkas söka hjälp. Resultaten från dessa frågor redovisas i tabell 43.

Tabell 43. Verksamheternas utbud av differentierad vård (2008)

Klientgrupp	Vårdform	Antal	Andel i %
Kvinnor	Individuellt	178	63
	Grupp	93	33
Män	Individuellt	156	55
	Grupp	76	27
Ålder	Individuellt	158	56
	Grupp	48	17
Med psykisk funktionsnedsättning	Individuellt	158	56
	Grupp	22	8
Med fysisk funktionsnedsättning	Individuellt	95	34
	Grupp	7	2
Typ av missbruk	Individuellt	170	60
	Grupp	49	17

Av tabell 43 framgår att differentierad vård är vanligare på individuell nivå än på gruppnivå. Det framgår också att den lägsta graden av anpassad vård finns för gruppen som har fysiska funktionsnedsättningar medan den högsta graden av sådana insatser gäller gruppen kvinnor. Vidare kan man se att differentierad vård både på gruppnivå och individuellt är något vanligare för kvinnor än för män.

4. 4. 1. 2 Brukarnas delaktighet

Ur ett brukarperspektiv är det intressant att veta i vilken utsträckning personalen och klienten gemensamt upprättar en individuell vårdplan (IVP). Av denna anledning ställdes en fråga kring detta i 2008 års enkät. Frågan gav följande resultat (se tabell 44). Den högsta andelen ärenden i vilka IVP upprättas i samverkan mellan klient och personal återfinns, enligt respondenterna själva, i kategorin de som själva känner till att de har erhållit bidrag enligt vårdöverenskommelsen. I dessa kommuner svarade 90 procent svarat att IVP upprättas på det aktuella sättet i 76–100 procent av alla ärenden. Skillnaderna är inte så stora mellan övriga kategorier svarande, utan där har mellan 67 och 74 procent av kommunerna svarat att IVP upprättas på det aktuella sättet i 76–100 procent av alla ärenden.

Tabell 44. Den andel av ärendena i vilka personal och klient gemensamt upprättar en individuell vårdplan, IVP (2008)

	I hur stor andel av ärendena upprättas en individuell vårdplan av personal och klient gemensamt?				
	0 %	1–25 %	26–50 %	51–75 %	76–100 %
De kommuner som känner till att de erhållit medel från vårdöverenskommelsen n = 82	0	3 (4 %)	5 (6 %)	12 (14 %)	61 (90 %)
Kommuner som faktiskt inte erhållit bidrag enligt vårdöverenskommelsen n = 86	1 (12 %)	3 (3 %)	5 (6 %)	13 (15 %)	64 (74 %)
Kommuner som faktiskt erhållit bidrag enligt vårdöverenskommelsen n = 189	2 (1 %)	7 (4 %)	17 (9 %)	31 (16 %)	132 (70 %)
Kommuner som faktiskt erhållit bidrag enligt vårdöverenskommelsen men inte svarat enligt detta n = 108	2 (2 %)	4 (4 %)	12 (11 %)	19 (18 %)	71 (66 %)

4. 5 Brukarstudien

4. 5. 1 Tillgänglighet och bemötande

Samtliga brukare upplever att det var lätt att komma i kontakt med öppenvårdsmottagningen. Kontakten mellan brukaren och öppenvården initierades på olika sätt, antingen genom att brukarna själva tog kontakt eller med stöd av anhöriga. Verksamheten har i dessa fall varit välkänd för brukarna då de har varit aktuella tidigare för olika typer av stödinsatser inom ramen för kommunens missbruksvård. I andra fall har såväl psykiatrin, beroendevården som socialtjänsten remitterat brukarna till kommunens öppenvård. Detta kan tolkas som att olika huvudmän har kunskap om missbruksvårdens verksamhetsområde och funktion i kommunen.

Tillgängligheten till kommunens öppenvård uppfattas i samtliga fall som hög. Några väntetider har inte förekommit för möjligheten till ett första personligt samtal, snarare har brukarna tagits emot relativt omgående och i vissa fall redan samma dag. Missbruksvården beskrivs också som lättillgänglig på flera andra sätt. Brukarna fick utöver bokade möten möjlighet att personligen komma till öppenvårdsmottagningen när som helst under kontorstid. Det kan uppstå situationer som gör att brukarna av olika skäl känner behov av att omgående få kontakt med någon för ett samtal.

Jag känner ibland att jag måste få prata med någon här när jag har problem eller känner att jag vill supa. (Man 54 år)

Det kan också handla om att brukarna behöver stöd och hjälp på andra sätt, exempelvis med att läsa brev från olika myndigheter som Försäkringskassan, eller hjälp med att formulera skrivelser till olika samhälleliga instanser.

Jag kan inte skriva så bra och jag förstår inte heller allt som står i olika brev, men här är de bra och hjälper mig med allt sådant. (Man 50 år)

Att tillgängligheten på öppenvårdsmottagningarna är hög har för brukarna varit betydelsefullt, särskilt för de brukare som saknar ett socialt nätverk med vänner och anhöriga. Det går både snabbt och enkelt att komma i kontakt med öppenvården, vilket beskrivs som nödvändigt framför allt när brukarna upplever sig ha behov av stöd och hjälp i situationer som för dem är att betraktas som kritiska. En annan viktig aspekt med verksamheten handlar om att personalen vid öppenvårdsmottagningarna på olika sätt söker upp brukarna i de fall de uteblir från inplanerade möten. Detta är något som brukarna upplever har blivit annorlunda i förhållande till hur det fungerade tidigare. Ur brukarnas perspektiv handlar det om att motivationen ibland fallerar och att de därför har behov av insatser i form av uppsökande åtgärder, så som ett telefonsamtal eller i vissa fall ett hembesök. Brukarna uppfattar att personalen på öppenvårdsmottagningen är engagerade och att de bryr sig om dem:

En gång kom Kalle hem till mig, eftersom jag inte varit där som planerat. Jag kom inte och jag hade dragit i gång och var på fyllan. (Man 50 år)

En kvinna beskriver det på följande sätt:

När jag inte kommer som jag ska händer det att de ringer till mig, de fattar ju att jag knarkar igen, men de har också hittat mig ute på staden och då kommer de alltid och pratar med mig. De brukar också ringa till min socialsekreterare och fråga efter mig. (Kvinna 20 år)

4. 5. 2 Användning av bedömningsinstrument

Samtliga brukare har kommit i kontakt med de olika bedömningsinstrument som används inom missbruksvården. Dock är det oklart för brukarna vilken typ av bedömningsinstrument som används och flera pekar också på att de har varit föremål för användande av olika bedömningsinstrument inom både psykiatri och socialtjänsten. Detta har inneburit att de inte alls känner till vilka instrument som har använts och i vilka sammanhang. Däremot upplever brukarna att de har utretts inom olika instanser, men hur dessa utredningar sedan hänger samman med varandra är det ingen som känner till.

Något har de använt, men jag vet inte vad. Jag har gjort massor av sådant där både på soc. och när jag var på psyk. De har säkert berättat vad det är men jag minns inte för det har varit så mycket. (Man 50 år)

De bedömningsinstrument som används inom kommunens missbruksvård har enligt brukarna syftat till att kartlägga hur missbruket eller beroendet ser ut. Samtliga är överens om att den bedömning som gjordes är relevant i förhållande till deras egen uppfattning om problembilden.

Respondenterna har inget emot att bedömningsinstrument används, och uppfattningen är den att användandet av bedömningsinstrument utgör en grund för att personalen inom missbruksvården ska erhålla kunskap om brukaren för att därefter kunna planera olika insatser.

Det får de ju använda om de vill, inte gör det mig något om det kanske underlättar deras arbete. (Man 54 år)

Brukarnas själva tillmäter kontakten med personalen större betydelse än just användandet av ett bedömningsinstrument.

Jag tycker att de är bra att prata med, men att jag hade alkoholproblemet det var ju ingen nyhet. Det visste jag ju redan innan. (Man 50 år)

Det är oklart huruvida användandet av bedömningsinstrument har bidragit till att innehållet i vården har förändrats i förhållande till hur det såg ut tidigare.

4. 5. 3 Vårdplan och ärendegång

Samtliga brukare beskriver att de insatser som ges inom ramen för missbruksvården är välplanerade och motiverade i förhållande till deras problembilder. Insatserna diskuteras också tillsammans med brukaren för att svara mot den enskildes situation, behov och önskemål. Att flera olika typer av insatser är organiserade inom öppenvården, exempelvis samtal, läkarkontakt, antabusmottagning samt utredning och bedömning, anses betydelsefullt. Brukarna uppfattar att personalen inom den kommunala missbruksvården har ett gemensamt synsätt vilket underlättar i brukarnas möte med personalen. Att brukarna också erbjuds stöd i kontakt med andra instanser som psykiatri och kommunens socialtjänst är också angeläget för dem. Kontakten med personalen inom öppenvården tillmäts av respondenterna stor betydelse. De är både pålitliga och kompetenta och inger förtroende.

Här känner de mig och vet vad jag har för problem. (Kvinna 60 år)

Förut sprang jag både på soc. och var på psyket, usch. Det är skillnad på kontakten med personalen här. Jag tycker att de bryr sig om mig och jag litar på dem fullständigt. (Man 45 år)

Brukarna är väl förtrogna med vilken yrkeskompetens personalen inom öppenvården besitter. Att brukarna ges möjlighet till en samlad bedömning av sin psykiska hälsa, sitt missbruk och beroende såväl som sin fysiska hälsa är viktigt för dem. De insatser som de intervjuade brukarna erbjuds är samtal med sjuksköterska, kurator eller skötare, läkarkontakt, antabusintag, urinprov, läkemedelsförskrivning och nykterhetskontroll, men också olika

gruppaktiviteter som gemensamma frukostar, fisketurer eller fysiska aktiviteter som innebandy och långpromenader. Av brukarnas beskrivningar framkommer att man inom öppenvården tycks arbeta team-orienterat så att flera kompetenser möter varandra inom ramen för verksamheten, för att ge olika insatser. Dessutom synes den kommunala öppenvårdsverksamheten också utgöra en viktig länk i kontakten mellan andra myndigheter så som psykiatri och socialtjänsten i övrigt, där öppenvården företräder brukaren i olika sammanhang. Intervjuerna talar för att det föreligger en samverkan mellan olika samhällsorgan vad avser att tillgodose dessa brukares behov.

Huruvida det finns en dokumenterad vårdplan förefaller vara otydligt för brukarna. Däremot svarar de att de insatser som ges är välplanerade och att det finns en tydlighet kring hur dessa planerats och ska fullföljas. Brukarna erbjuds insatser relativt snart efter att de har aktualiserats inom öppenvården, och dessa har också varit anpassade efter den enskildes situation och behov.

Flera av de brukare som har varit aktuella inom öppenvården under många år pekar på förändringar som har inneburit att de uppfattar att vården har förbättrats i vissa avseenden. I dag upplever de att de kan få en tätare och mer regelbunden kontakt med personalen inom öppenvården än tidigare.

Jag kan komma hit när jag vill och det finns alltid personal att prata med, även om jag har fasta tider så kan jag komma när jag vill. (Kvinna 60 år)

Förut var det mer bestämt när man skulle komma, men nu kan jag komma när som helst och vara här länge, jag är här varje dag nästan. Jag kan träffa andra med samma problem och så pratar jag med alla som jobbar här. (Man 55 år)

En annan särskilt betydelsefull del som lyfts fram är att möjligheten till gemensam samvaro tillsammans med andra brukare och personal har ökat.

Nu har vi gemensamma frukostar där vi träffas och pratar tillsammans, jag är ju ensam så det är väldigt bra. Dessutom är det så att vi förstår varandra, jag kan gå hit utan att säga något och alla förstår mig, att jag kanske inte mår så bra just då. (Man 50 år)

Att missbruksvården också i större utsträckning än tidigare arbetar med utåtriktade aktiviteter tillsammans med brukare och personal tillmäts stor betydelse. Brukarna upplever sig många gånger ha svårt att själva finna lämplig sysselsättning och upplever därför ett stödbehov till följd av att de också känner sig stämplade som missbrukare. Att genomföra gemensamma aktiviteter har kommit att bli lika betydelsefullt som att få utökade möjligheter till enskilda samtal.

När vi är på olika utflykter pratar vi ju med varandra hela tiden, det är så bra. (Kvinna 27 år)

Vi brukar gå långpromenader i skogen och jag har upptäckt att det finns platser som jag aldrig besökt trots att jag bott här i mer än 30 år. Jag tycker att vi får en bra kontakt med varandra när vi gör saker tillsammans. Vi spelade minigolf förra veckan och det var kul. Själv skulle jag aldrig göra det, alla vet ju vem jag är och att jag är en gammal missbrukare. En sådan person vill ju ingen ha att göra med. Nu kan jag komma ut och göra saker tillsammans med andra, annars är jag ensam, ja helt isolerad. Nu ser jag fram emot att komma hit. (Man 54 år)

Både kvinnorna och männen är nöjda med de insatser som ges inom den kommunala missbruksvården. Däremot poängterar kvinnorna att de önskar ett utökat utbyte med kvinnor i samma situation som dem själva, eftersom de upplever att männen utgör större delen av brukarna inom missbruksvården.

4. 5. 4 Analys och diskussion, brukarperspektivet

Av resultaten framgår att kvinnor är den grupp som i störst utsträckning erhåller differentierad vård. Detta gäller såväl på individ- som på gruppnivå. Trots detta är det just kvinnor som efterfrågar ett utökat utbyte med andra kvinnor i samma situation som de själva, eftersom de flesta brukare de möter trots allt är män. Från de manliga brukarna framkommer inga önskemål om denna typ av samkönade grupper, men det kan för den skull inte uteslutas att även män som brukare har samma behov som kvinnorna.

Resultaten visar även att brukarna upplever tillgängligheten till missbruksvården som god. Detta stämmer också överens med de resultat som presenteras i avsnitt 4. 2 Implementeringsperspektiv på lokala behandlingsgarantier. Där framkommer nämligen att andelen som kan erbjudas ett första samtal inom tre dagar ökade mellan åren 2006 och 2008 bland de kommuner som enligt Socialstyrelsen har erhållit medel. De aktuella data om tillgänglighet är även i överensstämmelse med de intervjuer med verksamhetsföreträdare som presenteras i avsnitt 4. 3. Implementeringsperspektivet: kompletterande data från urvalsstudien. Där framkommer att även de menar att tillgängligheten har blivit bättre.

Brukarna upplever också att användandet av olika bedömningsinstrument gynnar dem själva, men för den skull har de inte alls insikt i hur dessa instrument används i det konkreta behandlingsarbetet. Kanske kan dessa upplevelser vara i överensstämmelse med de resultat som presenteras i avsnitt 4. 1 Organisationsperspektivet som visar att verksamheterna är bättre på att screena och bedöma behandlingsbehov än på att använda bedömningsinstrumenten för att följa upp och utvärdera hur behandlingen till klienterna har fallit ut. Om instrumenten i huvudsak används i början av en behandlingsprocess borde det nämligen vara svårare för klienten att förstå värdet med instrumenten än om det återkommer under hela vårdprocessen.

Brukarna upplever att personalen har god kompetens och att de insatser som de får är välplanerade och motiverade. Jämför man detta med resultaten

som framkommer i avsnitt 4. 1 Organisationsperspektivet kan det kanske bekräfta brukarnas upplevelser. Där framkommer nämligen att den kategori kommuner som har erhållit pengar från vårdöverenskommelsen har personal med relevant vidareutbildning i en större del av ärendena än de kommuner som inte har erhållit bidrag.

Brukarna upplever att de insatser som görs är välmotiverade och uppskattar de utåtriktade och aktivitetssinriktade insatser som ges. Även dessa upplevelser kan jämföras med vad som framkommer i avsnitt 4. 1 Organisationsperspektivet. Resultaten som presenteras där visar nämligen att de kommuner som har erhållit medel från vårdöverenskommelsen erbjuder flera strategiskt viktiga insatser (abstinensbehandling, läkemedelsassisterad behandling, psykofarmakabehandling, psykosocial behandling, utredning och diagnos samt återfallsprevention) i högre omfattning än de som inte har erhållit sådana medel. Brukarna uppger att de är delaktiga i planeringen av de insatser som görs. Vidare framkommer att det inte är några nämnvärda skillnader mellan de olika kommunkategorierna (de som har erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen och de som inte har gjort det) när det gäller i hur stor andel av ärendena som personalen tillsammans med brukarna upprättar en individuell vårdplan (IVP).

Det är intressant att notera att brukarna i stort uttrycker att de är nöjda med den vård de får. Det är inte ovanligt i brukarstudier att man erhåller denna typ av resultat och att det blir på det sättet har att göra med flera faktorer. En sådan är att urvalet av klienter kan ge en selektion som inte är önskvärd ur vetenskaplig synpunkt. Denna innebär att de som deltar i studien i första hand är klienter som fullföljer behandlingen och därför upplever den som mer meningsfull och relevant. De andra brukarna avbryter sina behandlingar i förtid och tenderar därmed att skatta behandlingen som mindre lyckosam. Denna selektion kan också bero på att sådana klienter som mår bra och därför har större sannolikhet att tillskriva behandlingen större värde deltar i studien i högre grad än sådana som inte är i psykisk eller fysisk balans. De erhållna resultaten ska alltså tolkas i ljuset av dessa invändningar rörande representativiteten. När detta är sagt kan man konstatera att klienterna överlag är nöjda med den vård de får. Deras bedömningar av tillgängligheten är god och de upplever användandet av bedömningsinstrument som relevant och viktigt. Det senare bekräftas också av andra studier på området. Den utvärdering som Beijer (2009) har gjort av två enheter i Göteborgs stad som även de har erhållit medel från vårdöverenskommelsen bekräftar nämligen detta.

5. Slutsatser av utvärderingen av vårdöverenskommelsen

Mot bakgrund av de resultat som presenterades i utvärderingen av stimulansmedel inom ramen för vårdöverenskommelsen görs i detta kapitel ett försök till sammanfattande slutsatser om effekterna av satsningen. I avsnitt 5.1 anges ett antal resultat och slutsatser i förhållande till de utvecklingsområden som pekades ut i regeringsbeslutet, i 5.2 anläggs ett brukarperspektiv, i 5.3 görs ett försök att dra vissa övergripande slutsatser, och i 5.4 diskuteras några generella slutsatser från statliga satsningar inom den kommunala missbruksvården samt några implikationer när det gäller eventuella framtida satsningar för att stimulera utvecklingen inom vården.

5. 1 Resultat och slutsatser i förhållande till regeringens angivna utvecklingsområden

I regeringsbeslutet (reg.beslut 8, 2006-01-12, dnr S2006/962) anges fyra utvecklingsområden för vilka stimulansmedel kan sökas inom ramen för vårdöverenskommelsen: specialiserad och integrerad missbruksvård, behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser, individuella vårdplaner för att sätta individen i centrum samt andra insatser som bidrar till en stärkt vårdkedja för personer med tungt missbruk. Inom vart och ett av dessa områden anges här de huvudsakliga slutsatser som kan dras av utvärderingen.

5. 1. 1 Specialiserad och integrerad missbruksvård

Knappt två tredjedelar av de kommuner som ingår i studien hade år 2008 sin verksamhet organiserad i form av specialiserade missbruksenheter. Drygt hälften av dessa enheter har tillkommit under de senaste tio åren, men relativt många också under 1990-talet. När det gäller förekomsten av öppenvårdsmottagningar fanns en sådan i närmare tre fjärdedelar av kommunerna år 2008. Den stora majoriteten av dessa mottagningar har etablerats under de senaste tjugo åren och med en kraftigt accelererande utveckling under det senaste decenniet. När det gäller betydelsen av medlen inom vårdöverenskommelsen för etablerandet av dessa enheter tyder resultaten generellt inte på att de har haft någon avgörande inverkan. För två tredjedelar av de kommuner som sökte medel specifikt för att utveckla specialiserade missbruksenheter eller öppenvårdsmottagningar tycks medlen dock ha haft en stor betydelse.

Knappt en femtedel av kommunerna hade 2008 någon samverkan med andra kommuner eller kommundelar kring en gemensam missbruksenhet. En jämförelse mellan 2006 och 2008 tyder inte heller på att statsbidraget har lett till att en större andel kommuner samverkar med andra kommuner eller

kommundelar. Liksom i fallet med specialiserade missbruksmottagningar eller öppenvårdsmottagningar verkar statsbidraget dock ha haft stor betydelse för de kommuner som fick medel för samverkan. När det gäller samverkan med landstingens beroendevård var det fler kommuner 2008 än 2006 som sade sig ha en sådan samverkan. Det var dock inga stora skillnader mellan sådana som har fått och inte fått medel inom ramen för vårdöverenskommelsen.

När det gäller de kommuner som fick medel för samverkan med landstingets beroendevård anger en tredjedel att medlen har lett till att samverkan i form av en öppenvårdsmottagning kunnat inledas, och knappt två tredjedelar att de har bidragit avsevärt eller i viss utsträckning till utvecklingen av befintlig öppenvårdsmottagning. Samtidigt visar urvalsstudien att i alla tre ansökningsområdena, (i) inrätta specialiserad missbruksenhet, (ii) organisera en gemensam missbruksenhet tillsammans med andra kommuner, och (iii) inrätta öppenvårdsmottagningar i samverkan med landstingets beroendevård och psykiatri, har kommunerna i stor utsträckning genomfört aktiviteter som avviker kraftigt från beskrivningarna i betänkandet om vårdöverenskommelsen. Till exempel har ingen av de kommuner som enligt länsstyrelserna erhöll medel för att inrätta en specialiserad missbruksenhet gjort detta. Däremot har de på andra sätt förstärkt sin missbruksvård via till exempel extra personal eller genom att starta andra verksamheter och utveckla samverkan med andra parter. Här tycks stimulansmedlen ha haft en särskild betydelse för att öka mindre kommuners tillgång till resurser och kompetens.

Inom ansökningsområdet att inrätta lokala öppenvårdsmottagningar i samverkan med landstingets beroendevård och psykiatri har kommunerna tillsammans med landstingen använt stimulansmedlen till en rad andra aktiviteter, som gemensamma utbildningar och förstärkning av personalresurser, samt andra samverkansaktiviteter som har utvecklats positivt och som man menar kommit klienterna till godo – men som ligger långt från vårdöverenskommelsens ambitioner.

Faktorer som lägger hinder i vägen för samverkan och för att utveckla den i större städer är bl.a. skilda ekonomiska förutsättningar och andra resurser i de olika stadsdelarna eller förvaltningarna. När det gäller samverkan mellan kommuner och landsting tycks olikheter mellan huvudmännen beträffande organisation och ledning samt i synen på samverkan utgöra hinder. I de fall det finns en väl fungerande samverkan framförs faktorer som stabila personalgrupper, god kännedom om varandras verksamheter och gemensamma utbildningsinsatser vara viktiga. Att generellt bygga samverkan på individburna faktorer som dessa verkar samtidigt vanskligt när personalomsättningen ofta rapporteras som stor inom både kommunerna och landstingen, vilket också innebär att till exempel utbildningssatsningar är en ”färskvara”. Ofta tycks en mer formaliserad långsiktig strategi för samverkan saknas, vilket kan leda till frågor om verksamheternas prolongering när stimulansmedlen upphör.

Ett skäl till att de aktiviteter som har genomförts inom utvecklingsområdet specialiserad och integrerad missbruksvård ofta ligger långt från regeringens ambitioner med området tycks vara att uttrycket ”specialiserad missbruksenhet” definieras på skilda sätt och inte upplevs som adekvat i förhål-

lande till den egna organisationen, verksamheten och ambitionerna – faktorer som i sin tur skiljer sig åt mellan kommunerna. Effekterna av medlen kan därför generellt inte sägas ha uppnått sitt syfte, och de insatser som har genomförts passar i många fall bättre in under området ”andra insatser som bidrar till en stärkt vårdkedja för personer med tungt missbruk”.

För ett mindre antal kommuner som tidigare inte haft specialiserade missbruksenheter eller gemensamma missbruksenheter eller öppenvårdsmottagningar tillsammans med andra kommuner eller kommundelar och landsting, kan vårdöverenskommelsen dock ha bidragit till att de har etablerat eller utvecklat sådan verksamhet. Ett sätt att uttrycka det är att vårdöverenskommelsen här har haft en viss marginaleffekt för att utveckla missbruksvården i ett nationellt perspektiv. Medlen verkar också på andra sätt ha stärkt kompetensen och resurserna inom många kommuners missbruksvård.

5. 1. 2 Behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser

När det gäller missbruksvårdens tillgänglighet tyder resultaten på att det var i färre kommer 2008 än 2006 där man kunde kontakta kommunens missbruksvård dygnet runt. Däremot var det fler kommuner som 2008 kunde erbjuda heldygnsinsatser.

De relativt få kommuner som har fått medel för att införa en behandlingsgaranti anger i betydligt större utsträckning (mellan två tredjedelar och tre fjärdedelar av kommunerna) än andra kommuner att klienterna erbjuds ett första personligt samtal inom tre dagar. Om vi ser till i hur stor andel av fallen där detta också sker, uppger en mycket stor majoritet av de kommuner som har erhållit medel att det gäller i mellan hälften och samtliga fall. Av de kommuner som enligt egen uppgift fick medel för ett första samtal inom tre dagar bedömer cirka fyra femtedelar också att stimulansmedlen har haft en avsevärd eller viss betydelse för möjligheten att kunna erbjuda detta. Jämfört med samtliga kommuner 2006 var det också en större andel av de kommuner som har erhållit medel som anger att ett första samtal sker inom tre dagar.

I urvalsstudien framkommer att de former av jourverksamheter som åtminstone de flesta större kommunerna har i första hand inte är avsedda för personer med missbruksproblem; dessa personer är i stället hänvisade till psykiatriska akutmottagningar. Däremot kan de flesta kommuner erbjuda ett samtal inom någon dag om ärendet bedöms som akut. Också här bedöms medlen inom vårdöverenskommelsen ha haft stor betydelse för att klara behandlingsgarantin.

Den fördjupade studien i åtta kommuner visar dock stora oklarheter eller otydligheter från både kommun- och länsstyrelsehåll när det gäller tolkningen av uttrycket behandlingsgaranti. Till detta bidrar också att man från kommunhåll ibland har svårt att särskilja medel och mål för olika parallella statliga satsningar inom missbruksvården. Det största genomslaget sett till statens intentioner med behandlingsgarantin finns i de projekt där såväl länsstyrelse som kommun har förstått och tydliggjort syftet med projekten utifrån en tydlig fokusering på införandet av en behandlingsgaranti och där medlen samtidigt har anpassats till de lokala behoven.

5. 1. 3 Individuella vårdplaner för att sätta individen i centrum

När det gäller upprättandet av en individuell vårdplan inom fyra veckor anger cirka 60 procent av de kommuner som har fått bidrag för ändamålet att så också sker, medan motsvarande andel bland kommuner som har fått medel för andra ändamål inom vårdöverenskommelsen, eller som inte deltog i satsningen, är drygt hälften. Bland de kommuner som själva uppger att de har sökt medel för ändamålet svarar tre fjärdedelar att stimulansmedlen har haft avsevärd eller viss effekt för att upprätta en vårdplan inom fyra veckor.

I urvalsstudien framkommer att uttrycket individuell vårdplan används mycket olika och att det råder viss förvirring kring termer som ”vårdplan”, ”genomförandeplan” och ”behandlingsplan”. Dock verkar stimulansmedlen ha bidragit till att sätta fokus på betydelsen av individuella vårdplaner och att sådana upprättas inom rimlig tid. Bland förhållanden som kan försvåra för kommunerna att upprätta en vårdplan inom fyra veckor märks att klienterna av olika skäl inte kommer till avtalade möten, eller att samarbetspartner såsom landstingets psykiatri inte klarar de åtaganden som krävs från deras håll.

Kopplad till upprättandet av individuella vårdplaner finns frågan om användningen av bedömningsinstrument inom kommunernas missbruksvård. Här uppger drygt 90 procent av de kommuner som har fått stimulansmedel att sådana används för screening av missbruks- och beroendeproblem och för bedömning av klienters problemtyngd och hjälpbehov. Cirka två tredjedelar uppger att de använder sådana instrument för uppföljning av enskilda klienter under pågående behandlingsprocess och drygt 40 procent för motsvarande uppföljning efter avslutad behandling. Cirka en tredjedel av kommunerna använder bedömningsinstrument för att sammanställa uppgifter om klienter på gruppnivå.

I urvalsstudien framkommer att utbildning, och då framför allt i det standardiserade bedömningsinstrumentet ASI, är en av de vanligaste insatserna med stöd av medel från vårdöverenskommelsen. Samtidigt har många kommuner tidigare erfarenhet av ASI, och medlen inom ramen för vårdöverenskommelsen har troligen spelat en mindre roll för den fortsatta spridningen och etablerandet av ASI. Här verkar också implementeringen av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården och deras hänvisning till bland annat ASI ha haft betydelse. Utbildning i ASI ingår också ofta som en del i en större satsning. Dock har medlen i många kommuner antingen inneburit en nystart i användningen av ASI eller att fler personer har fått utbildning i instrumentet. Detta gäller inte minst mindre kommuner med små egna utbildningsresurser.

Drygt 90 procent av de kommuner som har fått stimulansmedel anger att bedömningsinstrument används för screening av missbruks- och beroendeproblem samt för bedömning av klienters problemtyngd och hjälpbehov, men det innebär inte att instrument såsom ASI används på alla och flertalet av klienterna inom missbruksvården i dessa kommuner. En mer systematisk tillämpning av till exempel ASI verkar mer bero på andra faktorer såsom organisationer i ständig förändring, avsaknad av fasta rutiner för ASI-användning, generell tidsbrist och stress, än snävare ekonomiska kostnader kopplade till själva instrumentet.

5. 1. 4 Andra insatser som bidrar till en stärkt vårdkedja för personer med tungt missbruk

Under denna rubrik ryms insatser som inte faller under de övriga tre områdena. Samtidigt är det som beskrivits ovan möjligt att projekt inom dessa tre områden snarare hade hört hemma under rubriken Andra insatser. En samlad bedömning är därför att det i många fall inte är mycket som i praktiken skiljer projekten inom detta område från projekten inom övriga tre områden. Det är inte möjligt att utifrån mer kvantitativa data bedöma effekterna av projekten i detta område. Liksom när det gäller faktisk verksamhet inom de andra områdena bedömer kommunrepresentanter i urvalsstudien dock att medlen på olika sätt har bidragit till att utveckla verksamheten inom missbruksvården, och det finns ingen anledning att ifrågasätta den bedömningen mer här än när det gäller projektmedel inom övriga tre områden.

5. 2 Brukarperspektivet

När det gäller att anpassa utbudet av insatser till olika brukarkategorier kan drygt hälften av kommunerna erbjuda personer med psykisk funktionsnedsättning en differentierad vård, och knappt två tredjedelar kan erbjuda kvinnor en differentierad missbruksvård. Personer med både missbruksproblem och fysisk funktionsnedsättning kan däremot bara erbjudas differentierad vård i en tredjedel av kommunerna.

Av intervjuerna med brukare framgår att de upplever att det var lätt att komma i kontakt med kommunernas öppenvård. Brukarna upplever det också som positivt att personalen söker upp dem när de uteblir från planerade möten. De upplever också att de bedömningsinstrument som används inom kommunen är relevanta i förhållande till deras problembild. Detsamma gäller de insatser de får. Brukarna lyfter vidare fram betydelsen av en samlad bedömning av deras problembild och att den kommunala öppenvårdsverksamheten utgör en viktig länk till andra myndigheter och insatser.

5. 3 Övergripande slutsatser

Genomförandet av statsbidraget

- I många kommuner råder det stor oklarhet kring om man har fått medel inom ramen för vårdöverenskommelsen, och i så fall hur mycket och för vilka ändamål. Att regeringen via olika kanaler genomför satsningar riktade mot missbruksvården, satsningar som tidsmässigt och sett till syften och mål mer eller mindre överlappar varandra, skapar en situation som ur kommunernas perspektiv kan beskrivas som att de över tid har en pott med stimulansmedel där ursprung och givarens syften med varje enskilt anslag har gått förlorade under vägen.
- Många kommuner har fått medel för och genomfört projekt som inte är i linje med de mer specificerade utvecklingsområdena inom ramen för vårdöverenskommelsen, utan snarare faller under området ”andra insatser som bidrar till en stärkt vårdkedja för personer med tungt missbruk”. Även dessa projekt har dock i många fall utvecklat och stärkt den av re-

geringen eftersträvade vårdkedjan på antingen ett mer generellt sätt eller sett till vissa delar i en sådan.

Delmålen

- I många kommuner finns redan den typ av verksamheter eller enheter inom missbruksvården som efterfrågas i betänkandet om vårdöverenskommelsen. För de kommuner som inte har haft specialiserade missbruksenheter, gemensamma missbruksenheter eller öppenvårdsmottagningar tillsammans med andra kommuner eller landsting har stimulansmedlen dock i vissa fall inneburit en etablering eller utveckling av sådana verksamheter. Också hos de kommuner som har fått medel för behandlingsgaranti och ökad tillgänglighet tycks stimulansmedlen ha haft betydelse för att utveckla missbruksvården mot dessa mål. Vårdöverenskommelsen verkar i dessa fall ha haft en viss marginaleffekt för att utveckla missbruksvården i ett nationellt perspektiv.
- När det gäller att nå målet att upprätta individuella vårdplaner inom fyra veckor verkar vårdöverenskommelsen ha haft en mindre betydelse. Att så är fallet kan bero på faktorer som oklarheter kring själva begreppet ”vårdplan”, att samverkanspartner som landstinget inte kan ställa upp med åtaganden som krävs från deras sida för att upprätta en vårdplan, och att klienterna inte kommer till avtalade möten.
- Standardiserade bedömningsinstrument, och då framför allt ASI, är i dag mycket spridda inom missbruksvården, men de används ofta inte på ett systematiskt sätt och mer sällan för att följa upp klienterna efter avslutad vård. Trots att utbildning i bland annat ASI är den vanligast förekommande insatsen stödd av stimulansmedlen verkar medlen inte ha haft någon större betydelse för den fortsatta etableringen av ASI. Här har andra satsningar och incitament redan bidragit till en sådan utveckling.

Sammanfattande bedömning

- Stimulansmedlen inom ramen för vårdöverenskommelsen har i många kommuner bidragit till att utveckla olika delar och verksamheter inom missbruksvården, men ofta på ett sätt som ligger relativt långt från de mer specificerade utvecklingsområdena.
- Stimulansmedlen förmedlades via länsstyrelserna där kommunernas sökta projekt anpassades till lokala förutsättningar och där kommunerna kunde söka medel för i hög grad ospecificerade insatser (”andra insatser som bidrar ...”). Detta innebar att regeringen i stor utsträckning förlorade kontrollen över stimulansmedlens verkan inom kommunernas missbruksvård – utanför en allmänt förstärkande och utvecklande effekt.

5. 4 Några generella slutsatser och implikationer för framtida satsningar

Staten har under de senaste decennierna genomfört en rad satsningar inom den kommunala missbruksvården i form av stimulans- och utvecklingsme-

del. Om vi ser till några av dessa som Offensiv narkomanvård, Vårdkedje-projektet och den här aktuella vårdöverenskommelsen, kan några generella slutsatser dras som kan ligga till grund för eventuella framtida satsningar.

En sådan är att, delvis oberoende av hur specificerade målen och de tänkta aktiviteterna är, leder satsningarna generellt till en antingen allmän utveckling och kompetenshöjning genom till exempel utbildningsinsatser, eller till att vissa specifika verksamheter såsom uppsökarteam, boendeprojekt eller samverkan mellan olika parter initieras. En annan slutsats är att många av de verksamheter som dras igång genom statsbidrag avvecklas eller reduceras när statsbidraget upphör. Erfarenheterna visar också att det sällan eller aldrig går att konstatera om dessa ofta mycket stora och vällovliga statliga satsningar, själva eller i kombination med andra insatser, leder till att missbruket minskar eller livssituationen i övrigt förbättras för klienterna inom missbruksvården.

Vi kan vidare se att om staten väljer att förmedla stimulansmedel via länsstyrelserna och ger kommunerna möjlighet att söka medel för i realiteten ospecificerade verksamheter ("andra insatser som bidrar ...") förlorar regeringen i stor utsträckning kontrollen över hur olika stimulansmedel används och därmed också deras verkan inom, i det här fallet, kommunal missbruksvård. Kopplat till detta är att statliga reformer och andra satsningar i dag genomförs med så korta ledtider mellan politisk idé och krav på uppföljning att man äventyrar kvaliteten i planering och genomförande av både de projekt som satsningarna leder till och uppföljningen av dem.

En möjlig implikation av det ovanstående är att staten i större utsträckning än hittills bör fokusera statliga utvecklings- och stimulansmedel inom den kommunala missbruksvården på områden och verksamheter där det är möjligt att konstatera om dessa leder till att klienternas missbruk minskar och/eller deras livssituation i övrigt förbättras. Målet att kommunerna ska utveckla verksamheter eller aktiviteter som skapar förutsättningar för att klienter och brukare ska få en verkningsfull hjälp och stöd är inte tillräckligt för att säkra att de också får sådana insatser. Utbildning i ASI garanterar inte att instrumentet också används för flertalet klienter, och att det används för flertalet klienter innebär inte nödvändigtvis att det också utgör en grund för val av insats etc. Eventuella framtida stimulansmedel bör inte enbart utvärderas utifrån förutsättningarna att ge vård, utan också utifrån vårdens "output" i form av förändringar i klienternas missbruk och livssituation i övrigt. Annars är det svårt att motivera satsningarna ur ett klient- eller brukarperspektiv, särskilt som det inte finns några belägg för att hittillsvarande satsningar har lett till sådana effekter.

Det här handlar om individer med missbruksproblem – en politiskt svag grupp i samhället som inte kan förväntas av egen kraft få tillstånd förbättringar i den kommunala vården. Därför är en annan möjlig implikation att staten då har att välja på att åstadkomma förbättringar genom olika former av mer direkt styrning av vårdens form, innehåll och genomförande. Detta kan ske genom en rad olika åtgärder, från att skapa lagstiftning av mindre ramlagskaraktär än den nuvarande socialtjänstlagen och ge den mer preciserad mål- och/eller rättighetskaraktär, till krav på viss utbildning, kompetens och behörighet för att i offentlig regi eller via offentligt finansierad vård arbeta med och driva verksamheter för individer med missbruksproblem.

Referenser

- Alexanderson, K. & Oscarsson, L. (2008). *Samverkan mot hemlöshet. En programteoriutvärdering av ett projekt i Örebro*. Arbetsrapport. Dalarnas forskningsråd.
- Alexanderson, K. (2006). *Vilja Kunna Förstå – om implementering av systematisk dokumentation för verksamhetsutveckling i socialtjänsten*. Doktorsavhandling. Örebro universitet.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1990). Vad får det kosta att bota en missbrukare? En text kring etik och missbrukarvård inom socialtjänsten. I: Pettersson, Ulla. (red) *Etik och socialtjänst*. Stockholm: Gothia.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1994). Från producenternas paradiset till marknadens retorik. I: Pettersson, Ulla. (red) *Socialtjänstens klientarbete. Från vision till marknad?* Lund: Studentlitteratur.
- Bergmark, Å. (1995). *Prioriteringar i socialtjänsten. Rättvisa och ekonomi*. Rapport nr 73. Stockholm: Institutionen för socialt arbete.
- Beijer, E. (2009). *"De förstår alla situationer" Erfarenheter av att utveckla integrerade former för vård vid missbruk eller beroende samt psykiska problem Med fokus på brukares perspektiv*. Göteborg: FoU i Väst.
- Direktiv (2004). *En vårdöverenskommelse om missbrukarvården*. Kommittédirektiv 2004:164. Socialdepartementet.
- Fixsen, D. L. (red.) (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, Florida: National Implementation Research Network. Tillgänglig på Internet: <http://nirn.fmhi.usf.edu/resources/publications/Monograph/pdf/Monograph%5Ffull.pdf>
- Fäldt, J. & Oscarsson, L. (2007). Implementeringen av dokumentationssystem och behandlingsmetoder. I: Fäldt, J, Storbjörk, J. Palm, J. Oscarsson, L. & Stenius, K. *Vårdkedjeprojektet: Tre utvärderingsperspektiv*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (Forskningsrapport 2007: 2).
- Guldbrandsson, K. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta: om implementeringens mödosamma konst: en forskningssammanställning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Hajighasemi, A. (2008). *Ett kontrakt för livet. Utvärdering av en särskild satsning på missbrukarvården*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS).

- Hasenfeld, Y. (1983). *Human Service Organizations*. Englewood Cliffs, N.J, Prentice Hall.
- Johansson, S. (2003). *En utvärdering av statsbidragsmodellen till ideella organisationer inom det sociala området*. Staffan Johansson. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Johansson, S. (2004). *Implementering av BBIC-projektet i socialtjänstens organisation. En studie av den lokala organiseringen av projektet Barns behov i centrum*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Kommunförbundet Stockholms län & Hälso- och sjukvårdsnämnden (1998) *Samverkan i missbrukar- och beroendevården. En gemensam policy för missbrukarvård och specialiserad beroendevård i landstinget och kommunerna i Stockholms län*. Stockholm.
- Larsson, J. & Segraeus, V. (2008). Uppföljning av tvångsvårdade LVM-klienter. I: Arlebrink, J. (red.) *Från teori och randomisering till klinik*. Lund: Lunds universitet.
- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in the Public Service*. New York: Russel Sage.
- Malmström, U. (2007-05-07). *Förslag till text ang. Beredningsgruppens (STUV) uppdrag och syfte*. Internt material. Socialstyrelsen.
- Messing, J., Gustafsson, K. & Almqvist, A. (2006). *Kartläggning av den öppna missbrukar- och beroendevården i fem län. Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna och Gävleborg*. Dalarnas forskningsråd. Arbetsrapport.
- Matland, R. E. (1995). Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. *Journal of Public Administration*, 5:1, 145–174.
- Oscarsson, L. & Stenius, K. (2007). VKP-projektet – några avslutande reflektioner. I: Fäldt, J., Storbjörk, J., Palm, J., Oscarsson, L. & Stenius, K. *Vårdkedjeprosjektet: Tre utvärderingsperspektiv*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (Forskningsrapport 2007: 2).
- Prop. 1984/85:151. *Om statsbidrag till missbrukarvård m.m.*
- Prop. 1991/92:150. *Med förslag om slutgiltig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93 m.m.*
- Prop. 2002/03:1. *Budgetpropositionen för 2003*.
- Prop. 2003/04:1. *Budgetpropositionen för 2004*.
- Regeringen (2006-01-12) Uppdrag att stödja utvecklingen av vården av personer med ett tungt missbruk. Regeringsbeslut 8. Socialdepartementet S2005/7632/ST; S2006/281/ST.*
- Riksdagens revisorer. (2003). *Vad ska man tro? Redovisning av statsbidrag till kommunerna*. Rapport 2002/03:14.

- Riksrevisionsverket 1993:2. *Narkomanvården – om kostnader, resursutnyttjande, samordning och statlig styrning.*
- Roselius, M. & Sundell, K. (red.) (2008). *Att förändra socialt arbete: forskare och praktiker om implementering.* Stockholm: Gothia.
- Rothstein, B. (1994). *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik.* SNS förlag. Stockholm.
- SKL (2009) *Ekonomirapporten. Om kommunernas och landstingens ekonomi 2009.* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Socialdepartementet (2004) *En vårdöverenskommelse om missbrukarvården, Direktiv 2004:164.*
http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=10&dok_id=DIR2004:164&rm=2004&bet=2004:164
- Social- och hälsovårdsministeriet, publikation 2002:18. *Finlands, EU:s och WHO:s Europabyrås centrala alkoholpolitiska dokument.* Helsingfors.
- Smith, T.B. (1973). The Policy Implementation Process. *Policy Sciences*, no 4, pp.197–209.
- Socialstyrelsen (1989). *Förändringar inom missbrukar- och ungdomsvården 1987 med anledning av nytt statsbidrag till missbrukarvården m.m.* SoS-rapport 1989:15. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1993). *Effekter av offensiv narkomanvård.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1994). *Missbrukarvårdens utveckling i Stockholms län.* Socialstyrelsens aktiva uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2005). *Social tillsyn 2004. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006b). *Enkät rörande kvalitetsaspekter i missbruks- och beroendevården.* Stockholm: Socialstyrelsen.
<https://www.surveymethods.com/admin/Survey/Questions/questions.asp?SID=6994> (2006-11-30)
- Socialstyrelsen (2007a). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007b). *Inbjudan att lämna anbud på utvärdering av regeringsuppdraget "Vårdöverenskommelser – stimulansmedel till bättre vård och behandling av personer med tungt missbruk.* Stockholm. Socialstyrelsen (Dnr. 01-2854).
- Socialstyrelsen (2007c). *Fördelning av medel till alkohol- och narkotikaförebyggande åtgärder, ungdomsvård och missbrukarvård samt vårdöverenskommelsen för utveckling av vården för personer med*

- tungt missbruk år 2006. Uppföljning av länsstyrelsernas medelsfördelning.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008a). *Kvalitetsutveckling i missbruks- och beroendevård. En lägesbeskrivning av arbetet med kvalitet och vårdöverenskommelser mellan stat och kommun.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008b). *Fördelning av medel till alkohol- och narkotikaförebyggande åtgärder, ungdomsvård och missbrukarvård samt vårdöverenskommelsen för utveckling av vården för personer med tungt missbruk år 2007. Uppföljning av länsstyrelsernas medelsfördelning.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009). *Fördelning av medel till alkohol- och narkotikaförebyggande åtgärder, år 2008. Uppföljning av länsstyrelsernas medelsfördelning.* Artikelnr 2009-126-74.
- SOU 1991:98 *Kommunal ekonomi i samhällsekonomisk balans: statsbidrag för ökat handlingsutrymme och nya samarbetsformer.*
- SOU 1992:18 *Tvångsvård i socialtjänsten: ansvar och innehåll.* Betänkande av IUM-utredningen om tvångsinstitutioner inom socialtjänsten.
- SOU 1994:139 *Ny socialtjänstlag.* Huvudbetänkande av Socialtjänstkommittén.
- SOU 2000:3 *Välfärd vid vägska: utvecklingen under 1990-talet.* Delbetänkande av Kommittén Välfärdsbokslut.
- SOU 2000:38 *Den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1990-talet.*
- SOU 2005:29 *Storstad i rörelse. Kunskapsöversikt över utvärderingar av storstadspolitikens lokala utvecklingsavtal.* Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- SOU 2004:3 *Tvång och förändring. Rättsäkerhet, vårdens innehåll och eftervård.* Betänkande av LVM-utredningen.
- SOU 2005:82 *Personer med tungt missbruk: stimulans till bättre vård och behandling: betänkande av Utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården.* Stockholm: Fritzes.
- SOU 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft: slutbetänkande.* Stockholm: Fritzes.
- SOU 2008:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukarna. Betänkande från utredningen för kunskapsbaserad socialtjänst.* Stockholm: Socialdepartementet.
- Statskontoret (2007). *Verksamhetsanknutna statsbidrag till kommuner och landsting. En studie av hur bidragen följs upp och utvärderas.* Stockholm: Statskontoret (Rapport 2007:17).

- Stenius, K. (1991). The Most Successful Treatment in the World. Introduction of the Minnesota Model in the Nordic Countries. *Contemporary Drug Problems*, 18(1):151–179.
- Svenska Kommunförbundet (1995). *Kommunerna fram till 2020*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Svenska Kommunförbundet (2003). *Kommunernas ekonomiska läge – november 2003*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Takala, J-P., Klingemann, H. & Hunt, G. (1992). Afterword: common directions and remaining divergences. I: Klingemann, H., Takala, J-P. & Hunt, G. *Cure, Care or Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. Albany: State University of New York Press. pp. 285–304.
- Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Studentlitteratur. Lund.

Bilagor

Bilaga 1. Inbjudan Länsstyrelsen



LÄNSSTYRELSEN
ÖSTERGÖTLAND
Sociala enheten

Information sid 1 (6)

Medel för stimulans till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk 2007

Inom ramen för regeringens satsning på utveckling av vården för personer med tungt missbruk har för år 2007 avsatts stimulansmedel/statsbidrag med 250 Mkr för hela landet. För åren 2005 och 2006 har medel tidigare fördelats. Medlen kan sökas av kommunerna i länet för ett år i taget. Länsstyrelsen Östergötland har tilldelats totalt 10 miljoner för 2007 att fördela till dessa insatser.

Syfte

Stimulansmedlen ska främst användas för att ge bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk i kombination med somatisk och/eller psykiatrisk sjukdom och social utslagning.

Syftet med utvecklingsmedlen är även att bidra till en praktisk användning av Socialstyrelsens nyligen beslutade nationella riktlinjer för beroende-/missbrukarvård.

Bakgrund

Regeringen anser att statsbidrag bör användas mer strategiskt och att kommunerna ska få långsiktigt hållbara förutsättningar för utvecklingen och finansieringen av missbruksvården.

Stödet bör ges på ett sådant sätt att förändringsarbetet kan bedrivas inom ordinarie verksamhet.

Det bör finnas en långsiktig strategi för vården av människor med tungt missbruk som är gemensam för alla berörda aktörer såsom socialtjänst, beroendevård, psykiatri, tvångsvård och kriminalvård.

Utredningen ”Personer med tungt missbruk” (SOU 2005:82) lyfter fram tre faktorer som har avgörande betydelse för att utveckla en effektiv missbruksvård med god kvalitet:

- Kunskap om vilka insatser som ger resultat
- Samordnade insatser från myndigheter
- Principen ”individen i centrum” blir styrande för hur vården organiseras och utförs

Stimulansmedlen kan sökas till följande områden:

1. Specialiserad och integrerad missbruksvård
2. Behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser
3. Individuella vårdplaner för att sätta individen i centrum
4. Andra insatser som bidrar till en stärkt vårdkedja för personer med tungt missbruk

1. Specialiserad och integrerad missbruksvård

Vad kan kommunen söka till?

- Införande av en specialiserad missbruksenhet
- Gemensam samlad missbruksenhet
- Lokal öppenvårdsmottagning där kommunens missbruksvård och landstingets specialiserade beroendevård/psykiatri arbetar integrerat med särskild inriktning på personer med tungt missbruk

Vilka kostnader kan kommunen få stimulansbidrag till?

- Täcka kostnader för att genomföra en specialisering i en kommun eller flera samverkande kommuner
- Täcka kostnader för olika aktiviteter i syfte att identifiera och reglera förutsättningar och former för samverkan kring arbetet med personer med tungt missbruk som till exempel en gemensam utbildning om olika huvudmäns uppdrag, lagstiftning, resurs

och metoder

- Engångskostnader som till exempel utbildning, lokalanpassning med mera i samband med en förändring till integrerad mottagning mellan socialtjänst och beroendevård/psykiatri

2. Behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabba insatser

Vad kan kommunen söka till?

- Införande och tillämpning av lokala behandlingsgarantier för personer med tungt missbruk som innebär en längsta väntetid på högst 2-3 dagar till ett första samtal med socialtjänsten och högst 4 veckor till att en individuell vårdplan upprättats

Vilka kostnader kan kommunen få stimulansmedel till?

- Engångskostnader för omställning av till exempel organisation och metod inklusive utbildning
- Motsvarande omställningsinsatser och gemensam kompetensutveckling tillsammans med landstingets beroendevård och psykiatri för att underlätta så att behandlingsgarantin kan införas
- Ekonomisk engångskompensation (schablonkostnad) för att fler personer ansöker om hjälp och för att utveckla uppsökande arbete

3. Individuella vårdplaner för att sätta individen i centrum

Vad kan kommunen söka till?

- Införande, användande och uppföljning av individuella vårdplaner för personer med tungt missbruk

Vilka kostnader kan kommunen få stimulansmedel till?

- Utveckla och förankra en strategi för att implementera individuella vårdplaner med hjälp av systematiska bedömningsinstrument samt införande av programstöd för denna process
- Utbildning av arbetsledare och handläggare i hur man upprättar individuella vårdplaner med stöd av ASI eller DOK

- Resurser för och analys och uppföljning av uppgifter om enskildas och målgruppers behov som den strukturerade dokumentationen genererar

4. Andra insatser som bidrar till en stärkt vårdkedja för personer med tungt missbruk

Vad kan kommunen söka till?

- Insatser som utvecklar delar av vårdkedjan som inte är tillgodosedda

Vilka kostnader kan kommunen få stimulansmedel till?

- Täcka kostnader för att stärka vårdkedjan i en kommun eller flera samverkande kommuner
- Täcka kostnader för olika aktiviteter i syfte att identifiera och reglera förutsättningar och former för samverkan kring arbetet med personer med tungt missbruk som till exempel en gemensam utbildning om olika huvudmäns uppdrag, lagstiftning, resurser och metoder

Handläggning av ansökan

Länsstyrelsen kommer vid fördelning av medlen att prioritera de kommuner där det finns vilja, beredskap och en tydlig och väl förankrad plan för förändring och förbättring av missbruksvården. De lokala behoven, förutsättningarna och de effekter som kan uppnås lokalt kommer att vara vägledande för Länsstyrelsen vid fördelningen.

De kommuner som blir aktuella kommer att erbjudas att ingå ett avtal med Länsstyrelsen. I avtalet kommer kommunens och landstingets respektive Länsstyrelsens åtagande att preciseras.

Vår service

Vi förklarar gärna eventuella oklarheter per telefon eller e-post. För att kunna uppfylla vår målsättning avseende handläggningstid vill vi att ni lämnar in en så fullständig ansökan som möjligt. Ansökningarna kommer att behandlas allt eftersom de kommer in till Länsstyrelsen.

Anvisningar

En plan för att utveckla missbruksvården ska bifogas ansökan. I planen ska de punkter som är aktuella för ansökan finnas med:

- Vilka behov finns i kommunen/stadsdelen
- Redovisning av missbrukets omfattning
- Vilka resurser finns lokalt
- Vilka resurser behövs för att få till stånd en **fungerande vårdkedja**

som svarar mot kommunens behov

- Samarbete/samverkan med **andra kommuner** eller huvudmän
- Samarbete/samverkan med **beroendevården** inom hälso- och sjukvården
- Samarbete/samverkan med **kriminalvården**
- Samarbete med **frivillig- och brukarorganisationer**
- Mål för den planerade verksamheten
- Hur ska arbetet planeras/utvecklas
- Hur kommer utvärdering att ske

Planen ska utgå från befintlig kunskap om olika behandlingsformers effektivitet, kvinnors och mäns olika behov och förutsättningar. Den ska också visa vilka effekter insatserna väntas få samt ha ett mångfalds- och brukarperspektiv.

Planen ska också innehålla en tidsplan för planerade insatser och budget. Planen ska ha ett tidsperspektiv uppdelat på ett respektive två år och även ange den tänkta fortsättningen. I ansökan ska även medel som sökts eller erhållits från andra finansiärer redovisas. Ansökan ska även redovisa en budget för planerade insatser.

Ansökan ska vara politiskt förankrad vilket ska framgå av bifogat beslutsprotokoll från socialnämnd eller motsvarande, eventuellt landstinget och övriga samarbetsparter.

Rapportering

Verksamhetens start ska anmälas till Länsstyrelsen. Delrapport ska lämnas en gång i halvåret varefter delutbetalning sker. Slutrapport och utvärdering ska lämnas efter bidragstidens slut. Slutrapporten ska behandlas i socialnämnden eller motsvarande innan den lämnas till Länsstyrelsen.

Krav på delrapporter

Delrapporterna ska innehålla följande punkter:

Hur har resurser använts?

- Beskriv verksamheten under rapportperioden, verksamhetens innehåll, personalutnyttjande, lokaler, övrigt resursutnyttjande, målgruppen som man arbetat med och ekonomisk redovisning.
- Förändringar jämfört med planeringen?
- Resultatredovisning
- Redovisa kvantitativa och kvalitativa data. Eventuella bieffekter?
- Positiva effekter och erfarenheter respektive negativa effekter och erfarenheter?
- Vilka problem har det varit? Hur har man hanterat och löst problem?

- Viktiga lärdomar?
- Fortsättning efter avslutad bidragstid

Krav på slutrapport

Slutrapporten ska innehålla följande punkter:

Hur har resurser använts?

- Beskriv vad som gjorts (start/slut), verksamhetens innehåll, personalutnyttjande, lokaler, övrigt resursutnyttjande, målgruppen som man har arbetat med och ekonomisk redovisning.
- Förändringar jämfört med plan?
- Har målen uppnåtts?
- Redovisa hur mål uppfyllts.
- Resonera om orsaker till att mål eventuellt inte uppfyllts.
- Resultatredovisning
- Redovisa kvantitativa och kvalitativa data. Eventuella bieffekter?
- Positiva effekter och erfarenheter respektive negativa effekter och erfarenheter?
- Vilka problem har funnits? Hur har man hanterat och löst problem?
- Viktiga lärdomar?
- Fortsättning efter avslutad bidragstid

För mer information kontakta:

Lisbeth Gustavsson tfn 013 – 19 61 11, e-post lisbeth.gustavsson@e.lst.se

Bilaga 2. Enkät vårdöverenskommelsen 2008

Enkät rörande vårdöverenskommelser samt kvalitet inom missbruksvården

Kommun:

Stads-/kommundel:

Uppgiftslämnarens namn:

Befattning:

Telefonnummer:

E-post:

Har verksamheten under 2006/2007 via Länsstyrelsen sökt och erhållit statliga medel för utvecklingen av missbruksvården?

Flera alternativ kan anges.

☐ Ja, medel för vårdöverenskommelsen, *En överenskommelse mellan staten och kommunerna om missbruksvården. Vårdöverenskommelsen preciserar vad kommunerna ska göra för att få ta del av ett riktat statsbidrag för att förstärka missbruksvården. För mer information, se missivbrevet eller SOU 2005:82.*

☐ Ja, medel för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser (barn i familjer med missbruk, psykisk ohälsa, våld och övergrepp samt våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem).

☐ Ja, medel för utveckling av missbruksvårdsprojekt till ungdomar och vuxna (öppenvård/behandling).

☐ Ja, annat/andra medel, ange vilket/vilka:

☐ Nej

Följande frågor gäller hur det ser ut för närvarande (hösten 2008) i verksamheten.

Organisation och insatser

Är verksamheten organiserad som en missbruksenhet?

Här avses att socialtjänsten har organiserat verksamheten så att missbruksfrågor handläggs inom en särskild enhet.

☐ Ja, sedan: År __ Mån __

☐ Nej

Har medel enligt vårdöverenskommelsen erhållits för att inrätta och/eller utveckla en missbruksenhet?

☐ Ja

☐ Nej

Om ja på fråga 2a, vilken effekt bedömer ni att medlen enligt vårdöverenskommelsen haft på inrättandet/utvecklandet av missbruksenheten?

☐ Missbruksenhet har inrättats som ny verksamhet

☐ Medlen har bidragit till avsevärd utveckling av befintlig missbruksenhet

☐ Medlen har bidragit till viss utveckling av befintlig missbruksenhet

- ☐ Medlen har bidragit till liten utveckling av befintlig missbruksenhet
☐ Medlen har inte bidragit till någon utveckling av befintlig missbruksenhet
☐ Medlen har bidragit till annan effekt, vilken:

Samverkar kommunen/kommundelen med andra kommuner/kommundelar kring en gemensam missbruksenhet?

- ☐ Ja
☐ Nej

Har medel enligt vårdöverenskommelsen erhållits för att samverka och/eller utveckla befintlig samverkan med andra kommuner/kommundelar kring en gemensam missbruksenhet?

- ☐ Ja
☐ Nej, gå vidare till fråga 4

Om ja på fråga 3a, vilken effekt bedömer ni att medlen enligt vårdöverenskommelsen haft på samverkan och/eller utveckling av befintlig samverkan med andra kommuner/kommundelar kring en gemensam missbruksenhet?

- ☐ Samverkan har inletts som ny företeelse
☐ Medlen har bidragit till avsevärd utveckling av befintlig samverkan
☐ Medlen har bidragit till viss utveckling av befintlig samverkan
☐ Medlen har bidragit till liten utveckling av befintlig samverkan
☐ Medlen har inte bidragit till någon utveckling av befintlig samverkan
☐ Medlen har bidragit till annan effekt, vilken:

Finns det en öppenvårdsmottagning i kommunen/stadsdelen?

Här avses särskilt organiserad verksamhet, i socialtjänstens regi eller i samverkan med andra aktörer, som kan erbjuda t ex rådgivning, behandling eller träning i boende och/eller arbete.

- ☐ Ja, sedan: År __ Mån __
☐ Nej

Vilka former av öppenvårdsinsatser kan erbjudas?

Markera ja eller nej samt om insats erbjuds av enheten eller i samverkan för samtliga alternativ

	Nej, denna form av öppenvårdsinsats erbjuds inte	Ja, erbjuds av verk- samheten	Ja, erbjuds av verksamheten i avtal eller samverkan med andra aktörer
Rådgivning	☐	☐	☐
Motiverande samtal	☐	☐	☐
Psykosocial behandling	☐	☐	☐
Psykoterapi	☐	☐	☐
Miljöterapi	☐	☐	☐
Abstinensbehandling	☐	☐	☐
Psykofarmakabehandling	☐	☐	☐
Läkemedelsassisterad behandling	☐	☐	☐
Återfallsprevention	☐	☐	☐
Psykosocialt stöd	☐	☐	☐
Arbetssträning	☐	☐	☐
Omvårdnad	☐	☐	☐
Eftervård	☐	☐	☐
Uppsökande/utåtriktade insatser	☐	☐	☐
Utredning/diagnos	☐	☐	☐
Provtagning	☐	☐	☐
Övrig hälsovård	☐	☐	☐
Anhörigstöd	☐	☐	☐

Andra insatser, ange vilka:	☐	☐	☐
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Har medel enligt vårdöverenskommelsen erhållits för att inrätta och/eller utveckla en öppenvårdsmottagning?

- ☐ Ja
☐ Nej, gå vidare till fråga 5

Om ja på fråga 4a vilken effekt bedömer ni att medlen enligt vårdöverenskommelsen haft på inrättandet och/eller utvecklandet av öppenvårdsmottagningen?

- ☐ Öppenvårdsmottagning har inrättats som ny verksamhet
☐ Medlen har bidragit till avsevärd utveckling av befintlig öppenvårdsmottagning
☐ Medlen har bidragit till viss utveckling av befintlig öppenvårdsmottagning
☐ Medlen har bidragit till liten utveckling av befintlig öppenvårdsmottagning
☐ Medlen har inte bidragit till någon utveckling av befintlig öppenvårdsmottagning
☐ Medlen har bidragit med annan effekt, vilken:

Om ja på fråga 4, samverkar öppenvårdsmottagningen med beroendevården och eller psykiatri?

Fler alternativ kan anges.

- ☐ Ja, med beroendevården sedan: År__ Mån__
☐ Ja, med psykiatri sedan: År__ Mån__
☐ Nej, samverkan sker inte, gå vidare till fråga

Har medel enligt vårdöverenskommelsen erhållits för att samverka och/eller utveckla samverkan med landstingets beroendevård och/eller psykiatri?

Fler alternativ kan anges.

- ☐ Ja, för att samverka och/eller utveckla samverkan med beroendevården
☐ Ja, för att samverka/utveckla samverkan med psykiatri
☐ Nej, gå vidare till fråga 7

Om medel erhållits för att samverka och/eller utveckla samverkan med landstingets beroendevård, vilken effekt bedömer ni att medlen haft?

- ☐ Samverkan har inletts som ny företeelse
☐ Medlen har bidragit till avseende utveckling av befintlig samverkan
☐ Medlen har bidragit till viss utveckling av befintlig samverkan
☐ Medlen har bidragit till liten utveckling av befintlig samverkan
☐ Medlen har inte bidragit till någon utveckling av befintlig samverkan
☐ Medlen har bidragit till annan effekt, vilken:

Om medel erhållits för att samverka och/eller utveckla samverkan med landstingets psykiatri, vilken effekt bedömer ni att medlen haft?

- ☐ Samverkan har inletts som ny företeelse
☐ Medlen har bidragit till avseende utveckling av befintlig samverkan
☐ Medlen har bidragit till viss utveckling av befintlig samverkan
☐ Medlen har bidragit till liten utveckling av befintlig samverkan
☐ Medlen har inte bidragit till någon utveckling av befintlig samverkan
☐ Medlen har bidragit till annan effekt, vilken:

Vilka former av öppenvårdsinsatser kan erbjudas?

Markera ja eller nej samt om insats erbjuds av enheten eller i samverkan för samtliga alternativ

	Nej, denna form av öppenvårdsinsats erbjuds inte	Ja, erbjuds av verk- samheten	Ja, erbjuds av verksamheten i avtal eller samverkan med andra aktörer
Rådgivning	☐	☐	☐
Motiverande samtal	☐	☐	☐
Psykosocial behandling	☐	☐	☐
Psykoterapi	☐	☐	☐
Miljöterapi	☐	☐	☐
Abstinensbehandling	☐	☐	☐
Psykofarmakabehandling	☐	☐	☐
Läkemedelsassisterad behandling	☐	☐	☐
Återfallsprevention	☐	☐	☐
Psykosocialt stöd	☐	☐	☐
Arbets träning	☐	☐	☐
Omvårdnad	☐	☐	☐
Eftervård	☐	☐	☐
Uppsökande/utåtriktade insatser	☐	☐	☐
Utredning/diagnos	☐	☐	☐
Provtagning	☐	☐	☐
Övrig hälsovård	☐	☐	☐
Anhörigstöd	☐	☐	☐
Andra insatser, ange vilka:	☐	☐	☐

Kan heldygninsats erbjudas, enskilt eller i avtal eller samverkan med andra aktörer?

- ☐ Ja, *Abstinensbehandling*
☐ Ja, *Rehabilitering/behandling*
☐ Ja, *Annat, vad:*
☐ Nej

Tillgänglighet

Kan personer dygnet runt kontakta kommunens/stadsdelens missbruksvård?

t ex via jour/mottagningsfunktion/telefonist/receptionist

- ☐ Ja
☐ Nej

När kontaktas den enskilde senast efter att denne försökt nå verksamheten?

Förutsättningen är att den enskilde lämnat meddelande

- ☐ Senast dagen efter
☐ Efter 2-3 dagar
☐ Efter 4-5 dagar
☐ Efter 6 dagar eller mer
☐ Kontakt tas i allmänhet inte

När sker vanligtvis ett första personligt samtal för bedömning av problem från det att klienten fått kontakt med verksamheten?

- ☐ Inom 3 dagar
☐ Efter 4-7 dagar
☐ Efter 8-14 dagar
☐ Efter 15 dagar eller mer
☐ Det sker vanligtvis inget personligt samtal

I hur stor andel av ärendena sker ett personligt samtal för bedömning av problem med klienten inom tre dagar från det att klienten fått kontakt med verksamheten?

- ☐ 0 % ☐ 1-25 % ☐ 26-50 % ☐ 51-75 % ☐ 76-100 %

Har medel enligt vårdöverenskommelsen erhållits för att ett första personligt samtal med klienten för bedömning av problem sker inom tre dagar från det att klienten fått kontakt med verksamheten?

- ☐ Ja
☐ Nej, gå vidare till fråga 11a

Om ja på fråga 10c, vilken effekt bedömer ni att medlen enligt vårdöverenskommelsen haft på möjligheten att ett första personligt samtal med klienten för bedömning av problem sker inom tre dagar från det att klienten fått kontakt med verksamheten?

- ☐ Väntetiden för ett första personligt samtal har minskat avsevärt
☐ Väntetiden för ett första personligt samtal har minskat i viss utsträckning
☐ Väntetiden för ett första personligt samtal har minskat i liten utsträckning
☐ Väntetiden för ett första personligt samtal har inte minskat
☐ Annat, vad:

När upprättas vanligtvis en individuell vårdplan, räknat från det första personliga samtalet med klienten?

Här avses vårdplan som övergripande och långsiktigt uttrycker förutsättningar för samt mål och innehåll i den fortsatta vårdprocessen inklusive eftervården. Socialtjänsten och individen ansvarar gemensamt för vårdplanen. Den individuella vårdplanen skall bland annat innehålla en kartläggning, genomförd via strukturerad intervju, som ligger till grund för fortsatt utredning och vårdbedömning.

- ☐ Inom 2 veckor
☐ Efter 3-4 veckor
☐ Efter 5-6 veckor
☐ Efter 7-8 veckor
☐ Inom annan tidsram, ange vilken:
☐ Individuell vårdplan upprättas vanligtvis inte

I hur stor andel av ärendena upprättas en individuell vårdplan inom fyra veckor räknat från det första personliga samtalet med klienten?

- ☐ 0 % ☐ 1-25 % ☐ 26-50 % ☐ 51-75 % ☐ 76-100 %

Har medel enligt vårdöverenskommelsen erhållits för att upprätta individuell vårdplan inom 4 veckor, räknat från det första personliga samtalet med klienten?

- ☐ Ja
☐ Nej, gå vidare till fråga 11 e

Om ja på fråga 11c, vilken effekt bedömer ni att medlen enligt vårdöverenskommelsen haft på möjligheten att upprätta individuell vårdplan inom 4 veckor, räknat från det första personliga samtalet med klienten?

- ☐ Tiden för att upprätta en individuell vårdplan har minskat avsevärt
☐ Tiden för att upprätta en individuell vårdplan har minskat i viss utsträckning
☐ Tiden för att upprätta en individuell vårdplan har minskat i liten utsträckning
☐ Tiden för att upprätta en individuell vårdplan har inte minskat
☐ Annat, vad:

I hur stor andel av ärendena upprättas en individuell vårdplan av personal och klient gemensamt?

- ☐ 0 % ☐ 1-25 % ☐ 26-50 % ☐ 51-75 % ☐ 76-100 %

Samverkan

Samverkar missbruksvården kring personer med missbruks-/beroendeproblematik med någon av följande aktörer?

Flera alternativ kan anges.

- ☐ Ja med behandlingshem
- ☐ Ja med kriminalvården
- ☐ Ja med polisen
- ☐ Ja med annan kommunal verksamhet
- ☐ Ja med klientorganisation/frivilligverksamhet
- ☐ Ja med somatisk sjukvård
- ☐ Ja med psykiatrisk- och beroendevård
- ☐ Ja med statens institutionsstyrelse (SiS)
- ☐ Ja med annan kommun
- ☐ Ja med annan aktör, ange vilken/vilka:
- ☐ Nej

Finns det skriftliga avtal om samverkan mellan missbruksvården och andra aktörer rörande personer med missbruks-/beroendeproblematik?

Flera alternativ kan anges.

- ☐ Ja, med behandlingshem
- ☐ Ja, med kriminalvården
- ☐ Ja, med polisen
- ☐ Ja, med annan kommunal verksamhet
- ☐ Ja, med klientorganisation/frivilligverksamhet
- ☐ Ja, med somatisk sjukvård
- ☐ Ja, med psykiatrisk- och beroendevård
- ☐ Ja, med Statens institutionsstyrelse (SiS)
- ☐ Ja, med annan kommun
- ☐ Ja, med annan aktör, ange vilken/vilka:
- ☐ Nej, skriftliga avtal om samverkan finns ej med någon aktör

Finns det skriftliga överenskommelser om rutiner för informationsöverföring mellan missbruksvården och samverkansaktörer rörande personer med missbruksproblem?

Flera alternativ kan anges.

- ☐ Ja, med behandlingshem
- ☐ Ja, med kriminalvården
- ☐ Ja, med polisen
- ☐ Ja, med annan kommunal verksamhet
- ☐ Ja, med klientorganisation/frivilligverksamhet
- ☐ Ja, med somatisk sjukvård
- ☐ Ja, med psykiatrisk- och beroendevård
- ☐ Ja, med Statens institutionsstyrelse (SiS)
- ☐ Ja, med annan kommun
- ☐ Ja, med annan aktör, ange vilken/vilka:
- ☐ Nej

Delaktighet

När upprättas en behandlingsplan, räknat från det första personliga samtalet med klienten?

- ☐ Inom 2 veckor
- ☐ Efter 3-4 veckor
- ☐ Efter 5-6 veckor
- ☐ Efter 7-8 veckor
- ☐ Inom annan tidsram, ange vilken:

- ☐ Behandlingsplan upprättas vanligtvis inte
☐ Annat, vad:

I hur stor andel av ärendena upprättas behandlingsplan av personal och klient gemensamt?

- ☐ 0 % ☐ 1-25 % ☐ 26-50 % ☐ 51-75 % ☐ 76-100 %

Utredning och dokumentation

Tillämpar verksamheten bedömningsinstrument för *screening* (upptäckt/kartläggning) av missbruk-/beroendeproblematik?

Flera alternativ kan anges

- ☐ Ja
☐ Nej, gå vidare till fråga 20

I vilken omfattning används bedömningsinstrument för *screening* (upptäckt/kartläggning) av missbruks-/beroendeproblematik?

Flera alternativ kan anges

	0 % av ärendena	1-25 % av ärendena	26-50 % av ärendena	51-75 % av ärendena	76-100 % av ärendena
AUDIT	☐	☐	☐	☐	☐
DUDIT	☐	☐	☐	☐	☐
CAGE	☐	☐	☐	☐	☐
MAST	☐	☐	☐	☐	☐
ADAD	☐	☐	☐	☐	☐
ASI	☐	☐	☐	☐	☐
DOK	☐	☐	☐	☐	☐
ADDIS	☐	☐	☐	☐	☐
MAPS	☐	☐	☐	☐	☐
Andra, vilka:	☐	☐	☐	☐	☐

Har medel enligt vårdöverenskommelsen erhållits för att införa/tillämpa bedömningsinstrument för *screening* (upptäckt/kartläggning) av missbruk-/beroendeproblematik?

- ☐ Ja
☐ Nej

Om ja på fråga 16c, vilken betydelse har medlen enligt vårdöverenskommelsen haft för införandet/tillämpningen av klientbedömningsinstrument?

- ☐ Medlen har betytt att klientbedömningsinstrument har kunnat införas
- ☐ Medlen har haft mycket stor betydelse för tillämpningen
- ☐ Medlen har haft stor betydelse för tillämpningen
- ☐ Medlen har haft viss betydelse för tillämpningen
- ☐ Medlen har haft liten betydelse för tillämpningen
- ☐ Medlen har ej haft någon betydelse för tillämpningen

Tillämpar verksamheten bedömningsinstrument för bedömning av klienters problemtyngd och hjälpbehov?

- ☐ Ja
- ☐ Nej, gå vidare till fråga 17c

I vilken omfattning används bedömningsinstrument för bedömning av klienters problemtyngd och hjälpbehov?
Flera alternativ kan anges.

	0 % av ärendena	1-25 % av ärendena	26-50 % av ärendena	51-75 % av ärendena	76-100 % av ärendena
AUDIT	☐	☐	☐	☐	☐
DUDIT	☐	☐	☐	☐	☐
CAGE	☐	☐	☐	☐	☐
MAST	☐	☐	☐	☐	☐
ADAD	☐	☐	☐	☐	☐
ASI	☐	☐	☐	☐	☐
DOK	☐	☐	☐	☐	☐
ADDIS	☐	☐	☐	☐	☐
MAPS	☐	☐	☐	☐	☐
Andra, vilka:	☐	☐	☐	☐	☐

Tillämpar verksamheten bedömningsinstrument för uppföljning av enskild klient under pågående behandlingsprocess?

- ☐ Ja
- ☐ Nej, gå vidare till fråga 18

I vilken omfattning används bedömningsinstrument för uppföljning av enskild klient under pågående behandlingsprocess? Flera alternativ kan anges.

	0 % av ärendena	1-25 % av ärendena	26-50 % av ärendena	51-75 % av ärendena	76-100 % av ärendena
AUDIT	☐	☐	☐	☐	☐
DUDIT	☐	☐	☐	☐	☐
CAGE	☐	☐	☐	☐	☐
MAST	☐	☐	☐	☐	☐
ADAD	☐	☐	☐	☐	☐
ASI	☐	☐	☐	☐	☐
DOK	☐	☐	☐	☐	☐
ADDIS	☐	☐	☐	☐	☐
MAPS	☐	☐	☐	☐	☐
Andra, vilka:	☐	☐	☐	☐	☐

Tillämpar verksamheten bedömningsinstrument för uppföljning av enskild klient efter avslutad behandling?

- ☐ Ja
☐ Nej, gå vidare till fråga 19

I vilken omfattning används bedömningsinstrument för uppföljning av enskild klient efter avslutad behandling? Flera alternativ kan anges.

	0 % av ärendena	1-25 % av ärendena	26-50 % av ärendena	51-75 % av ärendena	76-100 % av ärendena
AUDIT	☐	☐	☐	☐	☐
DUDIT	☐	☐	☐	☐	☐
CAGE	☐	☐	☐	☐	☐
MAST	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐

ADAD

ASI	☐	☐	☐	☐	☐
DOK	☐	☐	☐	☐	☐
ADDIS	☐	☐	☐	☐	☐
MAPS	☐	☐	☐	☐	☐
Andra, vilka:	☐	☐	☐	☐	☐

Tillämpas bedömningsinstrument för att sammanställa uppgifter om klienter på grupp-nivå?

- ☐ Ja
☐ Nej

Specialiserade/riktade stöd- och vårdformer

Erbjuds differentierad missbruksvård för någon av följande grupper?

Flera alternativ kan anges

	Nej, differentierad vård erbjuds ej för denna grupp	Ja, individuella insatser	Ja, insatser på grupp- nivå
För kvinnor	☐	☐	☐
För män	☐	☐	☐
För olika åldrar	☐	☐	☐
För personer med psykiska funktionshinder	☐	☐	☐
För personer med fysiska funktionshinder	☐	☐	☐
För olika typer av missbruk	☐	☐	☐
För andra grupper, ange vilka:	☐	☐	☐

Personalens kompetens

Hur stor andel av personalstyrkan som arbetar med missbruks-/beroendeproblematik har högre utbildning?

Med högre utbildning avses högskole- eller universitetsutbildning. T ex socionom-/social omsorgsexamen, sjuksköterska, psykolog, läkare.

☐ 0 % ☐ 1-25 % ☐ 26-50 % ☐ 51-75 % ☐ 76-100 %

Hur stor andel av personalstyrkan med högre utbildning som arbetar med missbruks-/beroendeproblematik har vidareutbildning med relevans för området?

Med vidareutbildning avses här minst 4 veckors heltidsstudier sammanlagt

☐ 0 % ☐ 1-25 % ☐ 26-50 % ☐ 51-75 % ☐ 76-100 %

Finns någon av följande yrkesgrupper, vars huvuduppgift är att arbeta med missbruks-/beroendeproblematik, representerade inom verksamheten?

	Nej, finns ej representerad	Ja, finns i den egna verksamheten	Ja, finns genom samverkan eller avtal med annan verksamhet
Socionom-/social omsorgsexamen	☐	☐	☐
Psykolog	☐	☐	☐
Sjuksköterska	☐	☐	☐
Läkare	☐	☐	☐
Andra yrkesgrupper, ange vilka:	☐	☐	☐

Får personalen, vars huvuduppgift är att arbeta med missbruks-/beroendeproblematik, handledning i enskilda ärenden?

Flera alternativ kan anges

- ☐ Ja, av intern handledare
☐ Ja, av extern handledare
☐ Nej gå vidare till fråga 23

Hur ofta har personalen, vars huvuduppgift är att arbeta med missbruks-/beroendeproblematik, handledning i enskilda ärenden?

Flera alternativ kan anges

	Intern handledare	Extern handledare
1 ggr/vecka	☐	☐
1 ggr/fjortonde dag	☐	☐
1 ggr/tredje vecka	☐	☐
1 ggr/månaden	☐	☐
1 ggr/varannan månad	☐	☐
Annat, ange vad:	☐	☐

Förekommer det någon annan typ av handledning för personalen, vars huvuduppgift är att arbeta med missbruks-/beroendeproblematik?

- ☐ Ja, vilken:
☐ Nej

Säkerhet och jämställdhet

Har verksamheten en dokumenterad hot- och våldsplan (eller motsvarande)?

- ☐ Ja
☐ Nej

Har verksamheten en dokumenterad jämställdhetsplan?

- ☐ Ja
☐ Nej

Ledning/styrning

Finns det krav från ansvarig nämnd att verksamheten ska kunna beskriva dess huvudsakliga syfte för medborgarna?

- ☐ Ja
☐ Nej

Finns det krav från ansvarig nämnd att verksamheten ska kunna beskriva de viktigaste insatserna (arbetsprocesserna) för medborgarna?

- ☐ Ja
☐ Nej

Finns det krav från ansvarig nämnd att verksamheten ska kunna beskriva resultaten av insatserna?

Two ja-alternativ är möjliga

- ☐ Ja, per individ/på individnivå
☐ Ja, per grupp/på gruppnivå
☐ Nej

Tack för din medverkan!

Bilaga 3. Intervjuguide urvalsstudien

INTERVJUGUIDE

BAKGRUNDSDATA

Intervjupersonen

Namn

Titel

Kontaktuppgifter

Kommun

SÖKTA MEDEL, ANVÄNDNING OCH EFFEKTER

I detta avsnitt skall alla frågor följas upp med begreppet ”personer med tungt missbruk” eftersom det är detta som trycks på i anbudet.

1. Har ni erhållit medel enligt vårdöverenskommelsen? (för vad hur mycket, när söktes pengarna, vem ansökte)
2. För vilket huvudsakligt syfte har pengar enligt vårdöverenskommelsen erhållits?
3. Har medel/anslag för detta syfte eller liknande syften även erhållits från annat håll och för vad? (När? Hur mycket? Även kommunens egna satsningar).
4. Hur påverkar det faktum att ni erhållit medel från flera olika håll verksamheten?
5. Vad mer konkret (vilka utgiftsposter/insatser etc) söktes pengar för? (fråga med stöd av projektplan och försök få IP att var så konkreta som möjligt (tex. kompetenshöjning, nya dokumentationssystem, behandlingsinsatser arbetsformer i övrigt osv).

6. Vad avsåg man (enligt ansökan eller andra tankar) göra med de sökta medlen (ev i projektet) på vilket sätt? I vilken ordning? Vem/vilka skulle göra vad? Med vilka resurser? Vad skulle uppnås? Vilka resurser skulle skapas? Vilka brister skulle avhjälpas?
7. Har projektet avlöppt på det sätt som var tänkt/avsett?
8. Har verksamheten *haft de förutsättningar (struktur)* som var tänkt(i ansökan/eller på annat sätt). Struktur avser i detta fall, lokaler, personal, kompetens och andra mer fasta/trögrörliga/strukturella kvaliteter? (finns dessa tankar dokumenterade).
9. Vilka mekanismer ligger enligt din uppfattning bakom att det gått bra alternativt dåligt?
10. Några positiva negativa bieffekter när det gäller hur verksamheten har utformats?
11. Vilken betydelse (effekt) bedömer ni att de beviljade medlen enligt vårdöverenskommelsen haft för att förändra *verksamhetens förutsättningar* så som det var tänkt/avsett (i ansökan eller annars). (finns dessa tankar dokumenterade).
12. *Genomförs arbetet* (arbetsprocesser) på det sätt som var tänkt (i ansökan eller på annat sätt)? (har mottagningen, utredning, behandling behandlingsplaner, samverkan, vårdkedjor, eftervård mm förändrats?) (finns dessa tankar dokumenterade).
13. Vilka mekanismer ligger enligt din uppfattning bakom att det gått bra alternativt dåligt?
14. Några positiva negativa bieffekter när det gäller hur verksamheten arbetsprocesser (förändrats)?

15. Vilken betydelse (effekt) bedömer ni att de beviljade medlen enligt vårdöverenskommelsen haft för att förändra *verksamhetens arbetsprocesser* så som det var tänkt/avsett (i ansökan eller annars). (finns dessa tankar dokumenterade).
16. Uppnår verksamheten de *resultat* som var tänkta (i ansökan eller på annat sätt)? (har mottagningen, utredning, behandling behandlingsplaner, samverkan, vårdkedjor, eftervård mm förändrats?) (finns dessa tankar dokumenterade).
17. Vilka mekanismer ligger enligt din uppfattning bakom att det gått bra alternativt dåligt?
18. Några positiva negativa bieffekter när det gäller verksamhetens resultat?
19. Vilken betydelse (effekt) bedömer ni att de beviljade medlen enligt vårdöverenskommelsen haft för att förändra *verksamhetens resultat* så som det var tänkt/avsett (i ansökan eller annars). (finns dessa tankar dokumenterade).
20. Om det blivit förändring (i *förutsättningar, arbetsprocesser eller resultat för klienterna*) sedan projektets start hur värderar ni i så fall dessa förändringar?
21. Om inte förändring/effekter (i *förutsättningar, arbetsprocesser eller resultat för klienterna*) uppträtt ännu tror du att de kan komma senare och när kan det i så fall börja märkas förändringar? (vad kommer att hända? Varför? På vilket sätt? Kommer den att vara långsiktig? (varför-varför inte) Kan du värdera denna förändring?)
22. Har andra förändringar genomförts i verksamheten eller i andra verksamheter med betydelse för verksamheten (i *förutsättningar, arbetsprocesser eller resultat för klienterna*) och har dessa förändringar i så fall eller påverkat (positivt eller

negativt) möjligheten att förändra verksamheten så som var tänkt (i ansökan eller på annat sätt)?

23. Har sådana andra förändringar varit finansierade av andra bidrag/medel som kommit utifrån?

24. Har andra förändringar skett i lokalsamhället som har påverkat (positivt eller negativt) möjligheten att förändra verksamheten så som var tänkt (i ansökan eller på annat sätt)?

VERKSAMHETENS FÖRUTSÄTTNINGAR

Personal och kompetens

1. Antal anställda inom socialtjänsten som arbetar med missbruksfrågor (socioonomer, sjuksköterskor, läkare, psykologer eller andra (följ upp fråga 21 a, b, c)?
2. Vilka anställningsformer har dessa personer/anställda (permanent, samverkan avtal, konsult, köp och sälj osv.)?
3. Vilka arbetsuppgifter har de anställda som du angivit?
4. Vilken är personalsammansättningen (andel av heltidsanställda) när det gäller socioonomer, sjuksköterskor, läkare, psykologer eller andra?
5. Är ni nöjda med personalsammansättningen eller saknar ni någon kompetens? (problem möjligheter med denna sammansättning)
6. Hur stor andel är kvinnor/män i personalstyrkan? (problem/möjligheter med denna sammansättning)

Antal klienter och insatser

7. Hur ser missbruksläget ut i kommunen rent generellt?
8. De klienter som ni arbetar med, hur fördelas sig olika typerna av missbruk på dessa? (narkotika/läkemedel/alkohol, oralt alt. injicera) (öppna avslutade under ett år)?

9. Hur många av dessa anser Du har ett tungt missbruk (hur definierar du "tungt missbruk"? kan återkopplas till frågan om begreppsanvändning och definition av "tungt missbruk").
10. Erbjuder ni "differentierad missbruksvård" (förklara begreppet: olika typer av insatser med personer med olika bakgrund/typer av missbruk)?
11. Vilka typer av differentierad missbruksvård erbjuds? (Vilken typ av insats, vilken är metoden/-erna, sker på gruppnivå alt.individnivå)?
12. Vad ligger till grund (teoretiskt tänkande/erfarenheter/annat) för den typen av insatser som ni erbjuder differentierade grupper (till exempel differentierad vård till män respektive kvinnor alternativt till personer med olika typer av missbruk)? (Vad baserar ni er differentierade vård på för typ av (evidens/belägg) (forskning alt. andra källor för de metoder ni använder för denna vård).

ORGANISERING

1. Följa upp fråga 2 och 4. Finns det en missbruksenhet i kommunen? Sedan när?
2. Hur fungerar er missbruksenhet? (tex. Öppenvård alternativt särskild enhet där missbruksfrågor handäggs).
3. Finns det några fördelar med att inrätta missbruksenhet (har det gett högre kompetens, tydligare ansvar (har ert ansvarsområde förtydligats efter att ni erhållit medel?, bättre/effektivare organisation? (Stäm av från tidigare frågor).
4. På vilket sätt kompetenshöjning?
5. Varför/varför inte har ert ansvar förtydligats. På vilket sätt. Vem har ansvar för vad?
6. Har det skett förändringar i ärendegången/-processen efter att medel erhållits från VÖK. (ärendeprocessen olika idag från tidigare. Vad

har blivit annorlunda? (t ex vårdkonferenser, vårdlag etc.) (Be att få exemplifierat med hjälp av en organisationsskiss)

7. Hur stor andel av verksamhetens totala budget har finansierats av vårdöverenskommelsen, andra projektmedel/andra tillfälliga medel samt fasta medel?
8. Är verksamheten projekt eller permanent (resonera om skillnad projekt och permanent)?
9. Kommer verksamheten att bestå (i samma eller annan form efter att projektet och/eller VÖK-pengarna har tagit slut? (I vilken mån har VÖK-medlen bidragit till att verksamheten kan permanentas, politiska beslut/politisk vilja när det gäller permanentande).
10. Hur bedömer ni att arbetet fördelas mellan följande uppgifter 1. upplysande arbete på 2. Upptäckande/uppsökande arbete) övergripande nivå. 3. Utredande. 4. Vårdande/behandlande arbete på individ eller gruppnivå.

SAMVERKAN

I detta skall det särskilt frågas om samverkan med psykiatri/beroendevård eftersom detta fanns med i anbudet. Här är fokus på missbruksvård.

1. Samverkar ni med andra kommuner/kommundelar/huvudmän/verksamheter etc?
2. Om inte vad beror det på att ni inte samverkar?
3. Har ni erhållit medel enligt VÖK för att samverka med andra kommuner/kommundelar/huvudmän/verksamheter etc?
4. Beror den samverkan som ni har på att ni erhållit medel?
5. På vilket sätt har medlen bidragit till samverkan?

6. Har det bidragit till att samverkansfrågor har kommit upp på agendan på politisk nivå och i så fall vad har det inneburit?
7. Hur ser samverkan ut? 1. Samordning ”koordinerar” (ungefär att skicka remisser till varandra), 2. Samverkan ”kollaboration” (ungefär att gemensamt delta i arbetsprocesse), 3. Sammansmältning, integration” (ungefär att lära sig varandras arbetsområden och att utföra dem) (genom ledord leda in IP på vilken samverkansform är den som passar bäst på det som IP talar om?). (förutsättningar, process)
8. Vad mer konkret när det gäller samverkan har förändrats i verksamhetens förutsättningar så som det var tänkt (i ansökan eller på annat sätt) Skillnad på ledningsnivå alternativt på handläggarnivå?
9. Vad mer konkret när det gäller samverkan har förändrats i verksamheten när det gäller arbetets genomförande (*arbetsprocesser*) så som det var tänkt i ansökan eller på annat sätt? (har mottagningen, utredning, behandling behandlingsplaner, samverkan, vårdkedjor, eftervård mm förändrats på ett sätt som befrämjar verksamheten? Skillnad på ledningsnivå alternativt på handläggarnivå?
10. Finns skriftliga överenskommelser/avtal om innehåll och ansvar i förhållande till Samverkanspartners? (*Skillnad på ledningsnivå alternativt på handläggarnivå*) Är det något vi kan få ta del av?
11. Om ni samverkar med beroendevården/psykiatrien vem är det som bär huvudansvaret för att samverkan kommer tillstånd? Kan du berätta hur det ser ut?
12. Om du tänker på de olika samverkanspartners som ni samverkar med vilken/vilka av dessa skulle du vilja påstå att det fungerar bra respektive dåligt tillsammans med och vad är det i så fall som karaktäriserar de samverkanspartners där det fungerar bra respektive dåligt? Vad utmärker bra respektive dålig samverkan?

13. Vilka problem finns när det gäller samverkan? Mellan olika yrkesgrupper (tex. kriterier/definitioner, syn på behandling, synen på vilka typer av "evidens" som finns/bör finnas för insatser mot missbruk och organisationer ?
14. Brukarråd? Finns det och hur vanligt är det? Brukarmedverkan i vården/ beslutskedjan.(Fråga för att tydliggöra hur brukardelen är endel av samverkan).

TILLGÄNGLIGHET

1. Hur snabbt kan verksamheten möta en person i behov av vård (Dag, kväll, nattetid, vardag och helg)
2. Hur ser mottagningsfunktionen ut? (reception på soc/missbruk eller endast kommunens reception i typ kommunhuset.

Första personliga samtal

3. Inom vilken tid sker ett första personligt samtal efter det att klienten fått kontakt med verksamheten? (hur har man tänkt när man bestämmer den tid inom vilket första samtal skall ske)
4. Vad innebär ett första personligt samtal? (Ett samtal i receptionen? Ett bokat samtal?)
5. Hur ser kommunerna på att riktlinjen är sådan att ett samtal ska ske inom tre dagar? Värdet av detta? Nyttä? Rimligt? Är det alltid bra o viktigt att det sker så snabbt?
6. Vem gör bedömningen av problem? Vad har man för stöd för bedömningen ? (socionom, sjuksköterska mfl. Vilka instrument/om man har något instrument)
7. Har tiden till ett första samtal minskat sedan medlen tilldelades vad beror det på? Vilka är förändringarna som har gjort för att väntetiden skall kunna minska?

Vårdplan/ Behandlingsplan

8. När i ärendegången/processen brukar en vårdplan upprättas? När i ärendegången upprättas en behandlingsplan? Hur lång tid brukar det ta? I veckor angett...
9. Om vårdplan/behandlingsplan inte upprättas, berätta vad det kommer sig?
10. Upprättas vårdplan/behandlingsplan gemensamt klient personal – och vad innebär det? Aktivt deltagande från klienten.
11. Hur många professioner brukar medverka vid framtagande av vårdplan/behandlingsplan?

KLIENTBEDÖMNINGSINSTRUMENT

OBS ! Använd en skiss att utgå ifrån i denna del av intervjun som visar hu teori leder till instrument, som tar reda på problem, leder till bedömning – insatser, behandlingsprinciper – genomföra behandlings – uppföljning under behandling – eventuella förändringar i behandlingen – avslut behandling – uppföljning igen.

1. Har medel erhållits för att använda bedömningsinstrument? (t.ex. screening o bedömning, uppföljning o sammanställning.
2. Vad använder man eventuella instrumenten (ASI mfl.) till o varför till just dessa saker? (t.ex. screening o bedömning, uppföljning o sammanställning.
3. Har det med hjälp av dessa instrument gjorts utvärderingar eller uppföljningar av resultat visavi klienterna som verksamheten uppnår? (på individnivå alternativt gruppnivå) (Kan vi få ta del av sådan sammanställning?. Vad har det genererat? Har man gjort några förändringar utifrån det? Vilka förändringar har gjorts? Vem har gjort

sammanställningarna? Vilka hinder och möjligheter finns för att utvärderingar eller följa upp resultat visavi klienterna?

4. Vilket stöd har du eller/verksamheten fått/får för att införa bedömningsinstrument (utbildning, tid mm från IMS, länsstyrelse, din arbetsgivare eller andra)
5. Uppföljning: om man då ser att det inte går som vi tänkt. Vad händer då?
6. På vilket sätt anpassas behandlingsinsatser utifrån det som framkommit i de strukturerade intervjuerna? Är insatserna anpassade efter resultaten som erhålls från bedömningsinstrumenten? (hur harmonierar resultatet av instrumentet med insatsen?)
7. Om man inte använder instrument för uppföljning, hur gör man då uppföljning?
8. Hur många gånger använder man instrumentet? Ärende inleds, under pågående behandling, vid utskrivning, uppföljning efter avslutad behandling.
9. Vad har gjort att man har valt att använda det instrument de använder, till förmån framför andra instrument?
10. I hur många år har ni använt instrumentet? Vilken utbildning i att använda instrumenten har den personal som använder dem ?
11. Vad tycker ni är fördelar/nackdelar med att använda instrument?
12. Hur ställer sig klienterna till att ni använder instrument? (blir de tillfrågade?)
13. Klientpåverkan – instrument, vilka möjligheter har klienten att påverka insatserna? Inflytande.

STYRNING OCH BEGREPPSANVÄNDNING

Denna del skall ta up lite om hur IP och dennes organisation ställer sig till begreppsanvändningen på området.

1. Vad lägger du i begreppet/hur definierar du begreppet ”specialiserad missbruksenhet”
2. Hur används detta begrepp i din verksamhet
3. Hur använder de professioner som ni samarbetar/samverkar med detta begrepp
4. Hur använder regering/riksdag/socialstyrelsen detta begrepp
5. Hur ställer du dig/din organisation rent praktiskt till att det finns förväntningar från regering/riksdag att det bör inrättas ”specialiserad missbruksenhet”
6. Vad lägger du i begreppet/hur definierar du begreppet ”tungt missbruk”
7. Hur används detta begrepp i din verksamhet
8. Hur använder de professioner som ni samarbetar/samverkar med detta begrepp
9. Hur använder regering/riksdag/socialstyrelsen detta begrepp
10. Hur ställer du dig/din organisation rent praktiskt till att det finns förväntningar från regering/riksdag att ni skall arbeta med personer med” tungt missbruk”
11. Vad lägger du i begreppet/hur definierar du begreppet ”behandlingsgaranti”
12. Hur används detta begrepp i din verksamhet

13. Hur använder de professioner som ni samarbetar/samverkar med detta begrepp
14. Hur använder regering/riksdag/socialstyrelsen detta begrepp
15. Hur ställer du dig/din organisation rent praktiskt till att det finns förväntningar från regering/riksdag att ni skall kunna erbjuda ”behandlingsgaranti”
16. Finns det några problem/ fördelar med att regering/riksdag/socialstyrelsen försöker styra verksamheten med sådana begrepp som nu nämnts (vilka, varför)
17. I vilken mån/grad borde regering/riksdag/socialstyrelsen söka styra missbruks

Bilaga 4. Intervjuguide brukarstudien

Tillgänglighet (lokala behandlingsgarantin)

- När var hade du din allra första kontakt med den aktuella mottagningen? (känt till annan verksamhet sedan tidigare?)
- Hur fick du reda på att mottagningen fanns? (samma verksamhet som tidigare haft kontakt med, Annan verksamhet övergått till nuvarande osv.?)
- Hur fick du din första kontakt? (telefon eller annat?)
- Vem/vad (telefonsvarare?) fick du tala med?
- Vad fick du för svar då?
- Var det svårt att få en första kontakt?
- Hur lång tid tog det innan du fick träffa någon för ett första personligt samtal/möte?
- Vem träffade du?
- Vad talade ni om då?
- Hur ser du på att det var en person med det yrket du träffade (hade han/hon rätt kompetens för att kunna hjälpa dig då?)
- Var det väntetider på att få komma hit?
- Hur ser du på att riktlinjen är sådan att ett samtal ska ske inom tre dagar? Värde av detta?

Vårdplan/behandlingsplan/ärendegång/genus, generation, klass och etnicitet

- Kommer du ihåg vad du hade för föreställningar om vad mottagningen skulle kunna hjälpa till med?
- Har detta besannats eller inte?
- Vad är skillnaden mot det du trodde?
- Berättade man om vad det här är för mottagning och om hur ärendegången ser ut?
- Samtyckesblanketten, vad har du skrivit under?
- Vad har hänt så här långt/hur långt i behandlingen/hjälpen som du skall få har ni kommit nu?
- Har det skrivits några papper/upprättats någon plan för vad du skall få hjälp med (behandlingsplan)?
- Hur lång tid tog det innan en sådan plan upprättades?
- Vilken hjälp har du fått?
- Upplever du den hjälp som du fått som adekvat?
- Har insatserna varit anpassade till att du är kvinna/man (eventuellt även sexuell läggning?)
- Har insatserna varit anpassade till ditt ursprung?
- Har insatserna varit anpassade till att du är ung/gammal?
- Har insatserna varit anpassade till din yrkesmässiga bakgrund/ditt nuvarande yrke?
- Har något varit överflödigt?
- Hur är den vård som givits i förhållande till det du fått tidigare till exempel beträffande *tillgänglighet* det vill säga när det gäller att få kon-

takt och bli informerad) samt *skyndsamhet* det vill säga när det gäller att få ett snabbt första möte och att en vårdplan/behandlingsplan upprättas inom fyra veckor (om klienten har erfarenhet från tidigare?)

-

Klientbedömningsinstrument

- Har du deltagit i eller själv fyllt i några skattningsskalor eller andra frågeformulär?
- Har det gjorts en intervju som heter ASI eller DOK?
- När och hur har det gjorts?
- Vad skulle de användas till?
- Hur ser du på att man använder sådana verktyg?
- Har någon förklarat för dig vilket värdet av sådana verktyg är?
- Vad är enligt din uppfattning bra dåligt med sådana verktyg?
- Har användandet av ASI eller andra instrument gjort att innehållet i vården förbättras i den nya organisationen (om klienten har erfarenhet från tidigare?)

Personalens kompetens/samverkan/vårdkedja

Nu vill jag ställa några frågor om samarbete mellan olika personer här på mottagningen

- Vilka har du haft kontakt med?
- Hur kommer det sig att det blev dessa?
- Hur ser du på att det är personer med dessa yrken du träffat?
- Har personalen den specialist kompetens de borde ha? (Vad kan de vad saknar de?)
- Har du märkt att personalen har fått någon speciell utbildning som är dig till gagn?
- Samverkar personalen inom enheten med varandra?
- Hur ser samverkan ut? 1. Samordning "koordinerar" (ungefär att skicka remisser till varandra), 2. Samverkan "kollaboration" (ungefär att gemensamt delta i arbetsprocessen), 3. Sammansmältning, integration" (ungefär att lära sig varandras arbetsområden och att utföra dem) (genom ledord leda in IPå vilken samverkansform är den som passar bäst på det som IP talar om?).
- Hur på vilket sätt – kan du märka av att det finns ett samarbete dem emellan?
- Involveras du?
- Har ni träffats tillsammans?
- Är ett samarbete önskvärt?
- Har du fått information om att här finns andra yrkeskategorier än de du träffat?
- Har du behov av att träffa någon mer?
- Finns det ett vårdteam?
- Hur ser du på det?
- Vilka eventuella problem i samverkan har funnits?
- Har kompetensfrågor och samverkan förbättras i den nya organisationen (om klienten har erfarenhet från tidigare?)

Och nu vill jag ställa några frågor om samarbete med andra utanför mottagningen

- Hur kommer det sig att det blev flera?
- Hur ser du på att det är personer med dessa yrken du träffat?
- Samverkar man?
- Hur på vilket sätt – kan du märka av att det finns ett samarbete dem emellan?
- Hur ser samverkan ut? 1. Samordning ”koordinerar” (ungefär att skicka remisser till varandra), 2. Samverkan ”kollaboration” (ungefär att gemensamt delta i arbetsprocessen), 3. Sammansmältning, integration” (ungefär att lära sig varandras arbetsområden och att utföra dem) (genom ledord leda in IP på vilken samverkansform är den som passar bäst på det som IP talar om?)
- Har samverkan överlag varit bra eller dålig i ditt fall (finns goda exempel och dåliga exempel?)
- Involveras du?
- Har ni träffats tillsammans?
- Är ett samarbete önskvärt?
- Har du fått information om att här finns andra yrkeskategorier än de du träffat?
- Har du behov av att träffa någon mer?
- Finns det ett vårdteam?
- Hur ser du på det?
- Vilka eventuella problem i samverkan har funnits?
- Har samverkan med aktörer utanför verksamheten förbättrats i den nya organisationen (om klienten har erfarenhet från tidigare?)
-

Avslutningsvis vill jag fråga dig om mottagningens insatser

- Vad har du fått för hjälp?
- Tycker du eller tycker du inte att du fått den hjälp du behövt så här långt? Är det något som har saknats?
- Vad har varit bra med mottagningen, är det något som varit mindre bra?
- Vart skulle du vända dig om mottagningen inte funnits?
- Skillnader mot andra mottagningar.

Är det något jag inte frågat som du tycker är viktigt att ta upp?

Bilaga 5. Intervjuguide implementeringsstudien

Intervjuguide– Implementeringsstudien, behandlingsgarantier och vårdplan

Organisation

1. Hur är missbruksvården organiserad?
2. Finns organisationsskiss – se även kommunernas hemsidor.
3. Var i organisationen skulle förändringen ske?
4. Var låg implementeringsorganisationen (i eller utanför, ansvarig projektledare)?
5. Antal anställda

Projektet – hur såg programteorin ut från början?

6. Vad har ni sökt pengar för?
7. Vad avsåg man göra i kommunen, på vilket sätt, i vilken ordning?
8. Vilka personalgrupper/enheter var involverade?
9. Vem/vilka skulle göra vad?
10. Vilken brist skulle avhjälpas? Vad ville man uppnå?
11. Vad skulle det kosta (projektbudget)?
12. Fanns kortare och mer långsiktiga mål?

Planering/förankring

13. Hur har planeringen för förändringen/projektet gått till?
 - i. Information/förankring/politiska beslut?
14. Personalens utbildningsbakgrund?
15. Utbildnings- och informationsinsatser vid införandet?
16. Förändringar i personalbemanningen inför förändringen?
17. Var det aktuellt med datorstöd eller annat tekniskt administrativt stöd för att fullfölja förändringen? Var det ordnat innan förändringen?

Stor eller liten förändring

18. I vilken utsträckning var införandet av lokala behandlingsgarantier en förändring av befintlig verksamhet?
19. Fanns lokala behandlingsgarantier i någon form redan innan pengarna från länsstyrelsen beviljades?
20. Arbetade man med vårdplaner innan projektmedel beviljades?
21. Hur lång var tiden mellan aktualisering och ett första personligt samtal innan projektmedlen beviljades?

Genomförande och relevans

22. Genomfördes arbetet som det var tänkt?
 - i. Har förändringen upplevts relevant av berörd personal?
 - ii. Vilja
 - iii. Kunna – förmåga och resurser
 - iv. Förstå
 - v. Arbetsledningens stöd och intresse för förändringen under projektiden
 - vi. Vad har gått bra?
 - vii. Fanns några problem?
 - viii. Hur har arbetet följts upp?
 - ix. Dokumentation av projektet?
 - x. Dokumentation gällande enskilda klienter i akten?

Ärendeprocessen

23. Beskriv hur ser ärendegången ut idag från det att den enskilde tagit kontakt/fått kontakt med socialtjänsten till avslut?
24. Skiljer sig denna i förhållande till hur det var innan utvecklingsmedlen beviljades?
25. Vad avser ni med vårdplan respektive behandlingsplan?
26. Upprättades individuella vårdplaner innan medlen från lst beviljades?
 - i. Efter hur lång tid från det att ärendet den enskilde tagit kontakt/fått kontakt med socialtjänsten?
 - ii. Klientens delaktighet i vårdplan eller behandlingsplan?
27. När upprättas de och hur ser innehåll i behandlingsutbud och eftervård ut enligt dessa?
 - i. Är vårdplanerna alternativt behandlingsplanerna styrande för processen?
 - ii. Följs vårdplanerna eller beh.planerna upp?
28. I vilken utsträckning bedömer ni att det är en effekt av de beviljade medlen från länsstyrelsen?
29. Upplever ni att arbetet kvalitativt förbättrats efter genomfört projekt? Hur?

Uppnåddes önskat resultat - på kort och lång sikt?

30. Är projektet avslutat?
 - i. Fortsätter arbetet som det var tänkt efter projektiden?
31. Hur snabbt får den enskilde hjälp från det att denne tagit kontakt/fått kontakt med socialtjänsten idag?

32. I vilken utsträckning bedömer ni att de beviljade medlen från länsstyrelsen haft någon betydelse för genomförande av behandlingsgarantin?

Andra effekter

33. Har satsningen medfört andra positiva eller negativa effekter?
34. Har andra förändringar genomförts samtidigt på enheten/förvaltningen?
35. Har detta i så fall haft betydelse för detta projekt tror ni ?

Övrigt

Bilaga 6. Redovisning av bortfall implementeringsstudien

Antalet kommuner som har erhållit medel för behandlingsgaranti och anledningar till bortfall.

Sammantaget 37 projekt har enligt länsstyrelsernas inrapporteringar beviljats medel i enlighet med behandlingsgarantin 2006 och 2007, vilket avser 26 kommuner (Socialstyrelsen 2008 –107-2). På grund av en felrapportering från en länsstyrelse, som rättades till i efterhand, har ytterligare en kommun tillkommit. Två kommuner har inte besvarat enkäten och utgör ett bortfall. För Malmö och Göteborg är det stadsdelarna som har besvarat enkäten men de centrala förvaltningarna som har fått medel för behandlingsgarantin – pengar som inte har förmedlats vidare ut i stadsdelarna. Någon effekt kan således inte avläsas i verksamheterna i stadsdelarna, varför dessa kommuner har tagits bort i denna redovisning av enkätsvaren.

Summan blir att 23 kommuner (av 27 möjliga) ingår i resultatredovisningen som en jämförelsegrupp som enligt Socialstyrelsen och länsstyrelserna har fått utvecklingsmedel för att genomföra behandlingsgarantin. Här redovisas resultatet för de frågor i enkäterna som går att hänföra till innehållet i den lokala behandlingsgarantin. När det gäller frågor till kommunerna som rör den faktiska situationen i missbrukarvården (således inte de frågor där kommunerna ombeds bedöma effekten av utvecklingsmedlen) har resultaten från samtliga svarande kommuner redovisats, från såväl 2006 års som 2008 års enkät. I redovisningen av kommunernas bedömda effekter av utvecklingsmedlen ingår de som har erhållit medel från vårdöverenskommelsen, de som fått medel för behandlingsgaranti enligt STUV respektive de som själva svarade att de har erhållit medel. Den sistnämnda gruppen är uppdelad på två i redovisningen: a) de 19 kommuner som svarade att de har fått utvecklingsmedel för att erbjuda klienterna ett första personligt samtal inom tre dagar från det att de först tog kontakt med verksamheten, respektive b) de 20 kommuner som svarade att de har fått medel för att upprätta en individuell vårdplan inom fyra veckor räknat från det första samtalet.

Bilaga 7. Källhänvisningar implementeringsstudien

Källor Avesta

Ansökan om stimulansmedel till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk (2006-05-12). Kontaktperson Sten Eriksson.

Delrapport 2007-06-04. Stimulansmedel tungt missbruk, ert dnr 704-6960-06. Omsorgsförvaltningen. Avesta.

Gruppintervju med Britt Lindström, Lotta Åberg, Maria Söderström och drogterapeuten januari 2009.

Holmqvist, Eva (2007). *Bedömningsinstrument, verktyg för brukare och handläggare i förändrings- och utvecklingsarbete*. Genomförandeplan. Utvecklingsrådet mars. Individ- och familjeomsorgen i Avesta.

Intervju med Bernt Johansson, Länsstyrelsen Dalarna, mars 2009.

Länsstyrelsen Dalarna (2006-11-24). Stimulansmedel till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk. Till Omsorgsstyrelsen i Avesta kommun. Beslut.
Dnr 704-6960-06.

Olla Stahre, Kerstin (2008). Rapportering av stimulansmedel till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk. Del-/slutrapport. 9 januari. Socialtjänsten Avesta.

Källor Hässelby-Vällingby

Alegren, Ingrid & Litvinov Säärelä, Anitta (2009). Ökad tillgänglighet och snabbare insatser till missbrukarvården för unga vuxna med tungt missbruk. Slutrapport av projekt 704-06-46001 till Länsstyrelsen i Stockholms län. Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning. Individ och familjeomsorgen/vuxenenheten.

Alegren, Ingrid (2009). Behandlingsgaranti 2007-2008. Ny arbetsmetod. Uppdaterad slutversion 2009. Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning. Individ- och familjeomsorg vuxenenheten.

Alegren, Ingrid (2008-09-19). Specialiserad missbruksenhet med uppdrag att förebygga och tidigt behandla missbrukare genom ökad tillgänglighet och förstärkt vårdkedja. Delrapport. Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning. Individ- och familjeomsorg vuxenenheten.

Ansökan om stimulansmedel till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk (2007). Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning. Individ- och familjeomsorg vuxenheten. Ingrid Alegren. Projektbeskrivning. Juni.

Intervju med Länsstyrelsen i Stockholms län, Gunnel Nyman och Margit Markgren, 2009-03-10.

Länsstyrelsen i Stockholms län (2007-11-12). Stimulansbidrag för utveckling av vården för personer med tungt missbruk. Beslut. Dnr 704-06-46001.

Länsstyrelsen i Stockholms län (2008-01-14). Överenskommelse om bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk inom Hässelby-Vällingby stadsdel. Dnr 704-06-46001.

Länsstyrelserna (2008). Rum 3 - idéer - utveckling - möjligheter inom missbruks- och beroendevården i Skåne, Stockholm och Västra Götalands län.

Gruppsintervju med enhetschef Ingrid Alegren, gruppleadare Jan Köhler och metodutvecklare, 2008-12-12.

Källor Lessebo

Ansökan om stimulansmedel till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk i Lessebo kommun (2006-05-12). Socialförvaltningen. Handläggare Lizel Forsberg. Diariernr 2006.534.

Ansökan om fortsatt verksamhet i Lessebo kommun (2007-04-03). Socialförvaltningen. Handläggare Lizel Forsberg.

Enestubbe, Malin (2008). Kartläggning av missbruket. Lessebo kommun september 2006–augusti 2008.

Forsberg, Lizel (2007-07-23). Redovisning av kostnader när det gäller medel Lessebo sökt för bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk hos Länsstyrelsen i Kronobergs län. Delrapport. Socialförvaltningen. Lessebo kommun.

Gruppsintervju med Lizel Forsberg och Gerd Andersson, december 2009.

Intervju med Perarne Pettersson, Länsstyrelsen i Kronobergs län, 2009-03-20.

Länsstyrelsen i Kronobergs län (2006-06-27). Beslut. Ansökan om utvecklingsmedel till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk. Ärendenummer 7041-5234-06.

Källor Ovanåker

Danielsson, Viveka (2006). Torpet – ett nytt spår. Projektbeskrivning 2006-10-04.

Intervju med Viveka Danielsson, Ovanåkers kommun, 2008-11-18.

Intervju med Elisabeth Källdén Länsstyrelsen Gävleborg, 2009-03-30.

Länsstyrelsen, sociala enheten i Gävleborg. Beslut 2006-12-20, dnr 704-13825-06.

Slutrapport (2009-04-30). Vändplatsen – projekt riktat till personer med mycket tungt missbruk för utveckling av vård och behandling samt En stärkt vårdkedja för personer med tungt missbruk i Ovanåkers kommun. Under perioden 2007-04-01–2009-04-01.

Socialnämnden Ovanåkers kommun. Beslutsprotokoll 2006-10-25, dnr 2006.134 750, § 136.

Källor Ronneby

Ansökan om utvecklingsmedel till vårdkedja i missbruksvården (2006-11-13). Ronneby kommun. Verksamhetschef Eira Bring.

Ansökan till länsstyrelsen angående utvecklingsmedel för uppbyggnad av samordnad beroendeenhet i Blekinge (2007-12-13). Individ- och familjeomsorgen. Ronneby kommun. Dnr: 2007.139.701 Verksamhetschef Eira Bring.

Intervju med Pernilla Lindgren och Lena Karlsson, Länsstyrelsen Blekinge län, 2009-03-11.

Länsstyrelsen Blekinge län (2006-12-20). Utvecklingsmedel till projekt för utveckling av vårdkedja inom missbrukarvården. Till socialnämnden i Ronneby kommun. Beslut. Dnr 704-8971-06.

Stålhandske, Peter & Trolle, Sören (2006). Förslag till verksamhetsmodell för samordnad beroendevård. Landstinget Blekinge. Psykiatriförvaltningen.

Källor Tyresö

Ansökan om stimulansbidrag hos länsstyrelsen i Stockholms län till vårdöverenskommelser inom missbrukarvården (2007-06-13).

Socialförvaltningen, Tyresö kommun. Enhetschef Ansa Haapala, avdelningschef Elisabeth Hermansson och förvaltningschef Anita Brynje.

Gustavsson, Hjärdis (2009). *Behandlingsgaranti och uppsökande verksamhet – ett projekt vid Tyresö missbruksenhet*. Arbetsmaterial i anslutning till uppdraget att utvärdera projektet vid missbruksenheten i Tyresö. FoU Södertörn.

Intervju med enhetschef Ansa Haapala. 2008-11-25.

Intervju med Länsstyrelsen i Stockholms län, Gunnel Nyman och Margit Markgren, 2009-03-10.

Komplettering till ansökan om stimulansbidrag hos länsstyrelsen i Stockholms län till vårdöverenskommelser inom missbrukarvården (2007-10-24). Socialförvaltningen, Tyresö kommun. Enhetschef Ansa Haapala.

Länsstyrelsen i Stockholm (2007-11-12). Stimulansmedel för utveckling av vården för personer med tungt missbruk. Beslut till socialnämnden i Tyresö kommun. Ärendenummer 704-07-54874.

Länsstyrelserna (2008). Rum 3 - idéer - utveckling - möjligheter inom missbruks- och beroendevården i Skåne, Stockholm och Västra Götalands län.

Källor Åtvidaberg

Ansökan om medel för stimulans till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk i Åtvidabergs kommun (2007-02-28). Vård- och omsorgsförvaltningen. Ulla Salmela Trosell.

Forsberg, Camilla (2009?). Utvärdering av EDIT-öppenvård i Åtvidaberg – ett projekt i öppen missbruksvård. Åtvidabergs kommun.

Intervju med socialsekreterare Elinor Sjödin, Åtvidabergs kommun, november 2008.

Intervju med Lisbeth Gustavsson, Länsstyrelsen Östergötland, 2009-04-03.

Kommunstyrelsen Åtvidabergs kommun (2009-05-06). Permanent verksamhet – EDIT öppenvård. Beslutsprotokoll § 74, dnr 2009-KSO 177, s. 762

Länsstyrelsen i Östergötland (2007-06-01). Statsbidrag till utveckling av vårdkedja inom missbrukarvården. Beslut till Åtvidabergs kommun. Ärendenummer 704-8531-2007.

Källor Örebro

Ansökan om utvecklingsmedel till Stimulans till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk år 2006 (2006-05-30). Socialförvaltningen

Öster (dnr. 63-06-93) och Väster, Örebro. Socialcheferna Susanne Bergström och Laila Johansson.

Ansökan om utvecklingsmedel till Stimulans till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk år 2007 (2007-08-13). Socialförvaltningen Öster (dnr. 63-06-93) och Väster, Örebro. Socialcheferna Susanne Bergström och Laila Johansson.

Intervju med Stefan Tonnvik, Örebro kommun, november 2008 (hade slutat sin anställning vid tidpunkten för intervjun).

Intervju med Hans Askerlund, Länsstyrelsen Örebro län, 2009-04-15.

Länsstyrelsen Örebro län (2006-06-21). Statsbidrag: Stimulans till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk 2006. Beslut till Örebro kommun. Dnr: 704-09504-2006.

Länsstyrelsen Örebro län (2006-06-21). Statsbidrag: Stimulans till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk 2006. Beslut till Örebro kommun. Dnr: 704-09307-2006.

Länsstyrelsen Örebro län (2008-01-18). Statsbidrag: Stimulans till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk 2007. Beslut till Örebro kommun. Dnr: 704-13305-2007.

Tonnvik, Stefan (2007-04-02). Delrapport från projektet Behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser. Socialnämnd Öster, Örebro kommun. Dnr: 42-07-009.

Tonnvik, Stefan (2007-10-08). Delrapport från projektet Individuella vårdplaner för att sätta individen i centrum (ASI) Socialnämnd Öster, Örebro kommun. Dnr: 42-07-009.

Tonnvik, Stefan (2008-09-20). Slutrapport från projektet Individuella vårdplaner för att sätta individen i centrum (ASI) Socialnämnd Öster, Örebro kommun. Dnr: 42-07-009.

Tonnvik, Stefan (2008-09-20). Slutrapport från projektet Behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser. Socialnämnd Öster, Örebro kommun. Dnr: 42-07-009.

Bilaga 8. Intervjuguide Länsstyrelsen

Karin Alexanderson

2009-02-25

En länsstyrelsestudie i Vårdkom – frågemanual.

Syftet är att försöka förstå hur länsstyrelserna tänker och agerar när de fördelar medlen till kommunerna och/eller andra presumtiva mottagare av medel. Vårdkom i allmänhet och behandlingsgarantier + vårdplan i synnerhet. Använd konkreta kommuner som exempel.

Frågor om det specifika projektet.

Regeringens intentioner kring vårdkom – behandlingssgarantier + vårdplan.

- Hur har ni uppfattat regeringens intentioner med dessa medel?
Hur har ni definierat begreppet tungt missbruk?
begreppet specialiserad missbruksenhet?
begreppen vård plan/behandlingsplan/genomförandeplan?
- Varifrån har ni fått information?
- Vem har hjälpt er att tolka intentionerna/vem brukar hjälpa er att tolka sådan information?
- Hade länsstyrelserna i landet sinsemellan någon diskussion om kriterierna kring vårdöverenskommelsepengarna?
- Hade Socialstyrelsen eller andra organ någon roll i detta med att fastställa kriterierna för att fördela medlen?
- Har ni själva bedrivit något internt arbete när det gäller att bestämma utifrån vilka kriterier ansökningarna skulle behandlas?

Information till kommunerna

- Hur gick ni ut med information? Hur informerade ni om detta?
- Vilka förväntningar hade ni eller vilka krav ställde ni på ansökan? (vad måste, vad borde finnas med?)
- Vilka nåddes av informationen?
- Hur togs den emot?
- Varierade dessa ”krav” ni ställde utifrån de tre (fyra) områdena?
 1. Införa specialiserad missbruksenhet, gemensam med andra, inrätta lokala öppenvårdsmott.

- 2. lokala behandlingsgarantier och vårdplan
- 3. ASI/DOK och individuella vårdplaner
- 4. Övrigt
- Fanns krav på redovisning/uppföljning/ rapport gällande
 - 1. Innehåll
 - 2. Form
- Förekom någon dialog med kommunerna inför ansökan?
- Hur kunde denna dialog förlöpa?

Ansökningsprocessen

- Hur bedömdes ansökningarna?
- Hade ni några särskilda bedömningskriterier?
- Finns någon nedskriven/fastställd rutin för länsstyrelsen tillvägagångssätt?
- Förekom någon dialog med ansvariga i samband med bedömningen av ansökningarna?
- Fick ni fler ansökningar än ni hade medel till?
I så fall: utifrån vilka kriterier beviljades medel?
- Fick ni färre ansökningar än de medel ni tilldelats?
I så fall: hur hanterade ni detta? Gjordes några särskilda insatser från er sida för att få fler ansökningar?

Beslutsprocessen

- Hur gick beslutsprocessen till?
- Vem beredde ärendet hos er?
- Vem fattade det formella beslutet?
- Kunde det överklagas?

Uppföljning/utvärdering

- Har någon uppföljning/utvärdering gjorts av länsstyrelsen - utöver kommunernas egna eller de som kommunerna föranstaltat om (t.ex. FoU-enhet, universitet)?
- Har ni anordnat några särskilda aktiviteter för att sprida erfarenheter och idéer?
- Har alla medel som beviljats också utanordnats?
Om ej – av vilken anledning har pengarna ej utanordnats?
- Har medel skickats tillbaka till staten?
- Anser ni att fördelningen av utvecklingsmedel via länsstyrelserna, avseende missbruksvården, gagnar missbruksvårdens utveckling i kommunerna?
På vilket sätt?
Om ej – varför inte?