

Kunskap till praktik

Utvärderingen av implementeringsarbetet med de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården i Östergötland

Ulla Andersson
Pia Käcker
Valerie Tegelström

Läns-SLAKO



**Linköpings
kommun**



Sammanfattning

Uppdraget att utvärdera implementeringsarbetet med de nationella riktlinjerna inom missbruks- och beroendevården kom från den regionala styrgruppen för Kunskap till praktik genom samordnings och beredningsgruppen, Sabe.

Syftet med utvärderingen var att undersöka hur implementeringsprocessen har uppfattats av de personalgrupper, chefer och deras medarbetare som arbetar inom missbruks- och beroendevården.

Arbetet påbörjades i augusti 2011. Första steget var att genomföra intervjuer med åtta chefer, därefter genomfördes tre gruppintervjuer med medarbetare. Samtliga intervjuer har bandats och transkriberats. Därefter har texten analyserats med underlag av frågorna i de två intervjuguiderna (bilaga 2 och 3).

Resultatet visar att både chefer, men framför allt medarbetare, uttrycker sig positivt om kunskap till praktik i sin helhet. Den utbildningssatsning som har genomförts har bidragit till ett gemensamt språk, en gemensam grund, en bättre samverkan, vilket var själva syftet med kunskap till praktik. De positiva resultat som rapporteras är en ökad trygghet i arbetet när evidensbaserade metoder används samt, att medarbetarna uppfattar att de kan utvecklas i sitt arbete. Medarbetarna uppger att de har ett stort eget ansvar i att använda metoderna. Samtidigt som de tycker det är positivt efterfrågar de även ett ökat stöd från sina chefer. Cheferna uppfattar att Kunskap till praktik från start var rörigt och ostrukturerat och att de inte gavs utrymme att påverka innehållet.

Slutsatser som kan dras är att fler gemensamma utbildningssatsningar bör genomföras, att uppföljning och brukarinflytande är utvecklingsområden, samt att det även fortsättningsvis bör finnas en länsövergripande samordning.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	3
Uppdraget	3
Syfte	4
Frågeställningar	4
GENOMFÖRANDE	4
Metod	4
Urval	4
Intervjuer med chefer	4
Intervjuguide	5
Gruppintervjuer med medarbetare	5
Analys	5
Etik	5
RESULTAT	6
Intervju med chefer	6
1. Verksamhetens metoder innan Kunskap till praktik infördes	6
2. Nya metoder som har implementerats	6
3. Stöd till personalen	8
4. Hur användningen av de nya riktlinjerna följs upp	9
5. Kvalitetssäkring	9
6. Inställningen till riktlinjerna	10
7. De utvärderings- och uppföljningssystem som används idag	10
8. Chefernas uppfattning om vilka som bör erbjudas att delta i en gruppintervju	11
9. Chefernas uppfattning om vilka frågor som ska ställas till personalen	11
10. Hur tillvaratas brukarnas önskemål och erfarenheter	11
Övriga synpunkter	12
Gruppintervjuer med medarbetare	13
1. Verksamhetens metoder innan Kunskap till praktik	13
2. Deltagarnas uppfattningar om vad Kunskap till praktik har bidragit med	14
3. Uppfattningar om delaktighet vid implementeringen av de nationella riktlinjerna	17
4. Stöd i att använda de nya metoderna som finns i riktlinjerna	18
5. Uppföljning av de nya metoderna som finns i riktlinjerna	19
6. Deltagarnas inställning till metoderna i riktlinjerna	21
7. Hur de nya riktlinjerna förändrat arbetssättet och om deltagarna känner sig bekväma vid användandet	24
8. Deltagarnas ansvar för att använda de nya metoderna som finns i riktlinjerna	26
9. Hur brukarnas önskemål och erfarenheter tillvaratas	28
10. Deltagarnas uppfattning om det stöd de fått och önskar få framåt	29
UTVÄRDERARNAS SLUTSATSER	32

Utvärderarnas förslag på det fortsatta arbetet34

Bilaga 1, inbjudan till gruppintervju

Bilaga 2 intervjuguide chefsintervju

Bilaga 3 intervjuguide gruppintervju med medarbetare

Inledning

Idag ställs allt större krav på att insatser inom socialtjänsten ska baseras på kunskap om resultat, kvalitet och effektivitet. För att uppnå en kunskapsbaserad verksamhet krävs ett långsiktigt arbete.

Regeringen och Sveriges kommuner och landsting, SKL slöt under 2008 en överenskommelse där SKL fick ansvar för att bygga upp ett stöd till kommuner och landsting. Kunskap till praktik är ett utvecklingsarbete inom SKL som syftar till att förbättra den svenska missbruks- och beroendevården. Den bärande idén är att kommuner och landsting ska ta ett gemensamt ansvar för utvecklingen. SKL har i överenskommelsen med regeringen tagit ansvar för att bygga upp ett kvalificerat stöd för kommuner och landsting i arbetet med att driva utvecklingen inom missbruks- och beroendeområdet vidare.

Det här vill Kunskap till praktik uppnå

Kunskap till praktik arbetar tillsammans med kommuner och landsting/regioner för att:

- Implementera socialstyrelsens nationella riktlinjer och annan aktuell kunskap så att all personal har kompetens att utföra sina arbetsuppgifter i enlighet med befintlig kunskap
- Utveckla evidensbaserad praktik som väger samman vad forskningen säger med brukarnas erfarenheter och önskemål och de professionellas erfarenheter
- Förtydliga ansvarsfördelningen mellan primärvård, beroendevård, psykiatri och socialtjänst
- Utveckla vårdkedjan så att alternativa insatser kan erbjudas på lokal nivå
- Förstärka samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst
- Förstärka brukarmedverkan.

För att de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård ska kunna omsättas i praktiken är ett fungerande samarbete mellan den nationella, regional och lokala nivån en förutsättning. SKL har träffat överenskommelser med kommunförbund/regionförbund och landsting/regioner i samtliga län. December 2008 träffades överenskommelsen mellan SKL och Läns-SLAKO i Östergötlands län.

Under 2009 och 2010 har personal inom missbruks- och beroendevården i länets kommuner och landstinget erbjudits olika utbildningsinsatser inom projektet Kunskap till praktik. Det har genomförts utbildningar i flera av de evidensbaserade metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna och dessutom har medarbetarna erbjudits att delta i en nationell baskurs.

Uppdraget

I de lokala överenskommelserna anges att tillämpade evidensbaserade arbetssätt och metoder kontinuerligt ska granskas och utvärderas. I landstingets och kommunernas överenskommelse med Läns-SLAKO avseende 2011 års utvecklingsarbete står att de lokala styrgrupperna ska utvärdera det egna utvecklingsarbetet. Utvärderingen ska ge kunskap om implementeringsprocessen och vad som främjar respektive försvårar för organisationer att omsätta nya metoder och arbetssätt i den praktiska vardagen.

Uppdraget att utvärdera implementeringsprocessen kom från den regionala styrgruppen via Läns-SLAKO till den regionala samordnings och beredningsgruppen, Sabe-gruppen i maj 2011.

Syfte

Syftet med utvärderingen var att undersöka hur implementeringsprocessen har uppfattats av de personalgrupper, chefer och deras medarbetare som arbetar inom missbruks- och beroendevården både i landstinget och kommunen.

Frågeställningar

- Hur såg delaktigheten ut vid införandet av de Nationella riktlinjerna?
- Vilket stöd uppfattade verksamheten att de fick?
- Vad uppfattade deltagarna att Kunskap till praktik har bidragit med?
- Hur tillvaratogs brukarnas önskemål och erfarenheter?

Genomförande

Metod

För att kunna besvara syftet och frågeställningarna användes en kvalitativ metod med intervjuer och gruppintervjuer. Först genomfördes tio intervjuer med chefer, vilka representerade de sju kommuner och landstingets primärvård samt beroendeenheter som ingick i Kunskap till praktik. Från och med nu används förkortningen Ktp när det gäller projekt Kunskap till praktik i Östergötland. Därefter bjöds personal, medarbetare från samtliga kommuner och landstingets beroendeenheter, psykiatri samt primärvården in till gruppträffar (bilaga 1). Tre gruppintervjuer med medarbetare inom landstingets verksamheter och kommunernas missbruksvård genomfördes. Till de båda olika intervjuomgångarna togs två delvis olika intervjuguider med öppna frågeområden fram (bilaga 2 och 3).

Urval

Det första urvalet gjordes i samråd med projektledaren för Ktp och bestod av de chefspersoner som satt i den regionala styrgruppen. Dessa representerade både landstingets primärvård, psykiatri och beroendevård samt sju av länets tretton kommuner vilka ingick i Ktp. Kommunerna var, Linköping, Åtvidaberg, Motala, Mjölby, Finspång, Söderköping och Norrköping. Urvalet bestod av chefer från sex av de sju kommunerna, en chef valde att avstå på grund av tidsbrist. Samtliga chefer kontaktades via e-post och telefon. Tio chefer deltog i en intervju, Ett flertal chefer, utöver dessa tio, kontaktades och ombads komma med förslag på verksamheter som utvärderarna kunde kontakta. Nästa urval gjordes i samråd med de intervjuade cheferna, som ombads föreslå namn på personer, medarbetare som hade erfarenhet av att ha deltagit i implementeringsarbetet med riktlinjerna. Cheferna gav tips på personer, medarbetare som kunde erbjudas vara med vid en gruppintervju.

Intervjuer med chefer

Utvärderarna genomförde under hösten 2011 åtta inspelade telefonintervjuer och två personintervjuer med (10) chefer, vilka representerade landstingets beroendevård (2), psykiatri (1), primärvård (1) och kommunernas missbruksverksamheter (6). Intervjuerna genomfördes med stöd av en semistrukturerad intervjuguide (bilaga 2).

Intervjuguide

Frågorna i de båda intervjuguiderna togs fram utifrån uppdragets frågeställningar samt, när det gällde intervjuguiden som användes vid gruppintervjuerna med medarbetare, även från de synpunkter som framkom vid chefsintervjuerna. Frågorna handlade om hur deltagarna uppfattat att Ktp bidragit till metodutveckling. Om deltagarna uppfattar sig delaktiga vid införandet av metoderna i de Nationella riktlinjerna. Om vilket stöd deltagarna uppfattar sig ha fått från sin arbetsplats i att använda metoderna i riktlinjerna. Hur de nya metoderna följs upp, hur inställning till metoderna varit. Om riktlinjerna förändrar arbetssättet och om deltagarna känt sig bekväma i användandet av riktlinjerna. Om deltagarna känt ett ansvar för att använda de nya metoderna som finns i riktlinjerna. Hur brukarnas önskemål och erfarenheter tagits tillvara samt, vilket stöd deltagarna önskat och önskar sig framåt i tiden (bilaga 2).

Gruppintervjuer med medarbetare

En inbjudan skickades ut till mellan trettio och fyrtio anställda inom landstingets och kommunernas missbruksvård. Sexton personer deltog vid tre gruppintervjuer (4, 5, 7 personer). En gruppintervju i det här sammanhanget innebar att i samtalsform, men på ett strukturerat sätt gå igenom ett antal frågor. Gruppen leddes av en samtalsledare och vid varje tillfälle fanns även en sekreterare med som bandade samtalet. Frågorna var tio till antalet och lades fram för gruppen en fråga i taget. Detta för att få deltagarna att fokusera på frågeställningen. Tidsåtgången var ca femton minuter per fråga. Varje gruppintervju varade ca två och en halv timme. Frågorna utgick från intervjuguiden.

Analys

Alla telefonintervjuer, personliga intervjuer och gruppintervjuer har spelats in och transkriberats. Därefter har utvärderarna läst texten var för sig. Analysen av texten har gjorts genom att meningsbärande textdelar, enheter har markerats utifrån frågeområden i intervjuguiderna, av utvärderarna var för sig och tillsammans. Texten har sedan bearbetats och redovisas nu i denna rapport under rubriken resultat.

Etik

Deltagarna har informerats dels skriftligt, dels muntligt i början av gruppintervjun om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan samt att de garanterades anonymitet. För att garantera anonymitet redovisas inte vilken verksamhet de intervjuade kommer från, inte heller vilken del av länet de arbetar i.

Resultat

Resultatet presenteras i två delar, först presenteras intervjuer med chefer därefter gruppintervjuerna med medarbetarna. Dessa benämns i texten omväxlande deltagare, vilket syftar på att de är deltagare i en gruppintervju, men även som medarbetare. Det senare främst i texten under rubriken slutsatser, detta för att läsaren ska kunna skilja på de båda gruppernas åsikter. Inom varje rubrik återfinns citat med syfte att belysa vad som sägs vid intervjun.

Intervju med chefer

1. Verksamhetens metoder innan Kunskap till praktik infördes

De flesta chefer uppger att Ktp inte innebar några större förändringar i verksamheterna. Det fanns sedan tidigare i ganska många verksamheter utbildade medarbetare i de metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Några uppger däremot att de har tagit bort vissa av de arbetsmetoder som användes innan riktlinjerna kom. Cheferna säger att de nationella riktlinjerna innebar att det blev lättare att få gehör för ett evidensbaserat arbetssätt.

*De flesta metoderna fanns redan vid implementeringen av riktlinjerna.
Lättare att sätta tryck på att det faktiskt var så här vi skulle jobba.*

De metoderna som cheferna uppger användes innan Ktp var, 12 stegsprogrammet, kognitiv beteendeterapi, KBT, anhörigstöd i form av anhöriggrupper, motiverande samtal, MI, haschavvänjningsprogram, HAP, återfallsprevention. Metoderna användes i de kommunala verksamheterna, av externa utförare samt av beroendekliniken. Cheferna säger även att de använde ett antal andra väl kända metoder som inte var evidensbaserade.öronakupunktur...har tagit bort den.

I två kommuner kom riktlinjerna att sammanfalla med att det i kommunerna genomfördes inventeringar av hur vårdkedjan för missbrukare fungerade. I dessa båda kommuner konstaterades att det fanns brister. Samverkan mellan olika aktörer inom missbruksvården fungerade inte och det fanns inte heller en vårdkedja. Båda kommunerna ansökte och beviljades medel från länsstyrelsen, för att kunna utveckla vårdkedjan.

Vi såg att det fanns en vinst i att ha något på hemmaplan. Någon som kunde fånga upp människor som har en missbruksberoendeproblematikoch vi startade då ett projekt som har blivit permanent.

2. Nya metoder som har implementerats

Det var mycket i riktlinjerna som inte var nytt. Riktlinjerna upplevdes inte som någon överraskning när det gäller stöd och behandlingsinsatser. De gav istället bekräftelse på att det sätt man tidigare arbetat på var rätt. Det som däremot var nytt är den medicinska delen och evidensbegreppet. Metoderna ska fungera för brukaren/patienten/klienten. Evidensbegreppet inkluderar patienttillfredsställelsen, brukarinflytande och effekten vad metoden åstadkommer för den enskilde. Inte heller det var nytt. Det har funnits brukarenkäter inom missbruksvården sedan 2005 men med *Addiktion Severity Index*, ASI ökar kravet att göra uppföljningsintervjuer. Det som de flesta ändå var överens om var att ASI fick ett starkt stöd i riktlinjerna och

som en följd av riktlinjerna arbetar verksamheten nu kontinuerligt med ASI-uppföljningar. Man har även fortsatt med de metoder som tidigare funnits, *Hasch avvänjningsprogram*, HAP, 12 steg, återfallsprevention och KBT.

Nya metoder som införts är *Adolescens Drog Abuse Diagnosis*, ADAD som är en metod för kartläggning och uppföljning, inte behandling. ADAD används i ungdomsverksamheter. Några uppger att de har kompletterat med ytterligare metoder som medarbetare har utbildats i. De metoder som flera nämner är förutom ASI, MI, *Community Reinforcement Approach*, CRA, *Alkohol Use Disorders Identification Test*, AUDIT, *Drog Use Disorders Identification Test*, DUDIT och HAP. Cheferna säger att utbildningen givits till alla och syftet har varit att alla ska få samma grund.

Alla även dom som inte jobbar direkt med missbrukaren har gått, fått den här MI utbildningen....sen har ju vi haft en viss personalomsättning men vi har ju ändå haft möjlighet nu att fortsätta utbilda dom som har kommit in nya också så att alla har liksom ändå den grunden att stå på.

Man har haft möjlighet till utbildningar men alla har inte kunnat gå eftersom personalen måste arbeta också.

Kritik som framförts från chefsgruppen handlar främst om att basutbildningen som genomfördes uppfattades av flera medarbetare som alltför basic. Det framförs vidare kritik om att informationen inte var tydlig. För att få gå vidareutbildningen var kravet att man var tvungen att ha genomgått basutbildningen.

Man gick ut med en sån här baskurs som alla skulle ha innan man kunde gå..... fortsättningskurserna inom kunskap till praktik. Och då valde jag att mina som jobbade inte skulle gå för jag tyckte att den var för basic.... den där kunskapen har vi redan. Ska vi offra flera heldagar på någonting som vi egentligen redan kan.....det har blivit ett stopp för då kan man inte gå fortsättningskurserna om man inte har basutbildningen.

Det finns olika uppfattningar om vilken betydelse Ktp haft för implementeringen av nya evidensbaserade metoder. Några menar att man försökt införa evidensbaserade metoder i så stor utsträckning som möjligt, då främst ASI och CRA, men att det inte bara har berott på de nationella riktlinjerna. Det pågick redan ett implementeringsarbete av de aktuella metoderna i flera av verksamheterna, när de nationella riktlinjerna presenterades. Arbetet med implementeringen fortsatte. Utöver satsningen Ktp tillkom ekonomiska förutsättningar som möjliggjorde utvecklingen och olika samverkansprojekt startades upp.

Beror inte på kunskap till praktik, (vi fick) ekonomiska förutsättningar och att vi fick en ”spark i baken”.

En av cheferna beskriver att hos dem har införandet av Ktp haft stor betydelse. I kommunen genomfördes ett antal miniföreläsningar där samtliga kapitel i de nationella riktlinjerna gick igenom. Därefter startades ett nätverk, där flera olika intresseorganisationer och personer ifrån kommuner, försäkringskassan, arbetsförmedlingen, företagshälsovården var med. Nätverket fortsätter att träffas och arbetar då efter riktlinjerna bland annat genom att alla använder sig av ASI. Den

verksamhet som saknas i nätverket är primärvården. All personal i nätverket utbildades i ASI. Riktlinjerna innebar framför allt att alla fått kompetensutveckling. I kommunen startades i samband med införandet av riktlinjerna en öppenvårds mottagning för personer som själva önskade stöd i att bli fria från ett alkoholmissbruk. Alla som sökte till mottagningen erbjöds att få en ASI gjord.

Vår målsättning var ju att öppna upp för människor som kanske inte söker kontakten i första hand hos socialtjänsten eller vårdcentralen då utan att det skulle finnas möjlighet till en ny väg in och det blev ju ganska lyckat ... för det var ju väldigt många som kom.

3. Stöd till personalen

Några chefer beskriver att de har gått igenom riktlinjerna och genomförde en utbildning som pågick under ett år för att utbilda alla som jobbade inom missbruksvården i riktlinjerna. Syftet var att alla som jobbar med missbruksfrågor skall ha kunskap om riktlinjerna.

Det var det första vi gjorde. Kunskap till praktik kom efter.. det tar alltid tid om man på nationell nivå ska gå ut och det var inget konstigt.

Cheferna lyfter fram att det som framförallt har varit bra med Ktp är de olika utbildningsinsatserna. Genom Ktp har en hel del utbildningar givits i länet. Det har funnits en hög tillgänglighet till utbildningarna. Detta har varit uppskattat, personal har snabbt fått utbildning, både nyanställda och andra som har behövt uppdatera sina kunskaper.

Det är ju smidigt, istället för att behöva skicka folk till Jönköping eller Stockholm eller vart det nu är.

På frågan om stödet till medarbetarna uppger flera att det ges ett stöd för att möjliggöra arbetet med metoderna i verksamheter. Det stöd som cheferna nämner och tar som exempel ser olika ut. Det som är gemensamt är att det finns inom den ordinarie verksamheten. En synpunkt som framförs är att chefen ger stöd för att säga att den här metoden plockar vi bort. Cheferna ser även det faktum att medarbetare fått gå utbildningar som ett stöd.

Tar upp det på arbetsplatsträffar och olika diskussionsforum.

Integrerad del i verksamheten.

Både bekräftelse och stöd i sig att nån från chefsnivå sagt att nu plockar vi bort det som inte är evidens i...

...alla har sett positivt på att det har varit generös med att alla har fått utbildning.

Cheferna uppger att man kan luta sig mot de nationella riktlinjerna som en grund. Andra former av stöd är handledning och metodstöd. Cheferna framhåller att det är viktigt att när en ny metod införs behöver personalen handledning i form av metodhandledning. Även när det gäller ASI framhåller cheferna metodstöd i form av nätverksmöten där metodfrågor diskuteras.

Uppmuntrat medarbetare till att använda... och gått igenom en del ASI

Erbjuder – medarbetarna att ringa till utbildarna som finns i organisationen.

4. Hur användningen av de nya riktlinjerna följs upp

När det gäller uppföljningen av hur medarbetarna använder sig av metoderna ges skiftande exempel. Några uppger att det sker en strukturerad uppföljning på övergripande nivå och några andra exempel som nämns är att uppföljningen sker nära verksamheter i dialogform med medarbetarna.

Ingen strukturerad uppföljningsdokument utan mer i dialog, jag följer upp det i behandlingsgrupp och frågar...om det görs och hur det görs...när jag ser att det inte görs, pekar jag med hela handen.

En chef uppger att ASI är uppföljningsinstrumentet och i samtliga vuxenutredningar ska både grund- och uppföljningsintervjuer vara genomförda. ASI intervjuerna skickas in till förvaltningen och sammanställs. Detta är ett sätt att sammanställa och få fram statistik. I övrigt bygger uppföljningen på att verksamheterna får tydliga övergripande uppdrag och det sker en kontroll på verksamhetsnivå.

I alla vuxenutredningar ska det finnas en ASI med uppföljning efter sex månader.

Andra chefer uppger att de har en inbyggd kvalitetssäkring med fastställda rutiner som bearbetas systematiskt.

Startar vi en ny metod så lägger vi alltid in en ny utvärdering det sker per automatik nu, något som de varit dåliga på tidigare.

Bra på utvärderingar, ska vi inte utvärdera det snart säger personalen.

5. Kvalitetssäkring

Införandet och implementeringen av de evidensbaserade metoderna i de nationella riktlinjerna uppges av flera chefer vara ett sätt att kvalitetssäkra arbetet. Det finns många olika spår när det gäller kvalitetsarbete. Arbetet med missbruksriktlinjer ingår som en del av det ordinarie kvalitetssäkringsarbetet i kommunen. Det finns en stor spridning när det gäller metoder för kvalitetssäkring, från att någon beskriver att de har en brukarenkät med fem frågor till beskrivningar av arbetet med upphandlingar och förfrågningsunderlag, samt tydliga kravspecifikationer. I samband med kravspecifikationen görs en uppdatering av kunskapsläget och en genomgång av ny forskning. Dessutom genomförs verksamhetsbesök, platsbesök, kundenkäter. Det finns utarbetade rutiner för klagomålshantering, avvikelserapporteringar samt LEX-Sara anmälningar. En chef uppger att det pågår ett systematiskt kvalitetsarbete och att verksamheten tar ytterligare ett steg och inför en metod där brukarmedverkan stärks, metoden heter LOKE, lokal evidens.

Vi håller på att implementera det som står i de nationella riktlinjerna....vi har tagit dom som är forskningsbaserade.

Kvalitetsdokument som finns på verksamhetsnivå ...

Chefer inom landstinget beskriver att de arbetar med avvikelshantering, risk och händelseanalys. Det finns många bestämmelser om vad som ska utvärderas utifrån verksamhetsplaner, ekonomi och resultat i vården. Verksamheten använder utvärderingssystem för patienttillfredsställelse, patientenkäter och socialstyrelsens öppna jämförelser. Där jämförs verksamheten med andra verksamheter på riksnivå.

Drop-out projekt är exempel på ett projekt där man följer upp vad som händer med brukaren efter det att de skrivits ut ur behandling.

*Folk skriver mycket avvikelser om både stort och smått.
Kvalitetsarbete, inte för att hitta syndabockar utan för att hitta systemfelen.
Från och med i år följer vi upp mer systematiskt varje månad.*

6. Inställningen till riktlinjerna

Genomgående är cheferna positiva till de nationella riktlinjerna och till de metoder som rekommenderas och som medarbetarna har utbildats i genom Ktp. Riktlinjerna upplevs som påtagliga, enkla att använda och lätta att slå upp och läsa på om...*som i ett uppslagsverk*. De anses vara något att samlas omkring.

*Jättebra med metoderna och att man har en god samsyn mellan landsting och kommun och att man använder sig av samma instrument ungefär samma språk.
Ju fler metoder medarbetarna har....*som kommer klienterna till del ju bättre.**

Flera lyfter att de nationella riktlinjerna ger en tydlighet och en struktur i arbetet. De skapar en samsyn och ett gemensamt språk. Cheferna framhåller att det är bra att försöka styra upp verksamheten så att den blir mer målinriktad.

De var nödvändiga och väldigt välkomna. Tidigare har det varit ett område med många "hantverk" parallellt med avancerade metoder. Alla har fortsatt i sina gamla spår utan att ta hänsyn till något nytt.

Projektet med att utveckla vårdkedjan är en viktig del men även arbetet med att implementera evidensbaserade metoder. I vissa fall plockas metoder som används och som inte rekommenderas i riktlinjerna bort, trots att det finns protester.

...så det blev ju lite rama skrik där dels för att vi hade ju socialsekreterare som hade gett bistånd på till exempel ljusterapi och sådana där saker som akupunktur ja det finns ju många alternativa

7. De utvärderings- och uppföljningssystem som används idag

Ett exempel på utvärdering och uppföljningssystem är genomförandeplaner, ASI uppföljningar, brukarenkäter, KIM rapporter, avvikelshantering med mera.

....man beskriver processerna i aktiviteter, med en början och ett slut. Hur gör vi? Vilken omfattning, vilket resultat leder det till osv? Lite hemmasnickrat som vi tycker passade verksamheten.

Några av cheferna lyfter att det finns behov av att utveckla utvärderings- och uppföljningssystem.

Det har vi egentligen inte. Har lyft den här frågan

8. Chefernas uppfattning om vilka som bör erbjudas att delta i en gruppintervju

På frågan vilka enheter cheferna anser ska tillfrågas om att vara med vid en gruppintervju svarar de följande: vuxenpsykiatri, öppenvården, primärvården, landstingets beroendeklinik, kommunala missbruksvårdsenheter, kommunens råd- och stöd och privata aktörer. Några chefer svarar att de inte har någon bestämd uppfattning om hur gruppintervjuerna ska se ut. De anser att det är naturligt att sitta i blandade konstellationer men att det kan vara en risk att blanda beställare och utförare. Någon tycker att det är bra att intervjua kommunpersonal och landstingspersonal var för sig. Andra svarar att de tycker att det är bra att blanda, för det i sig kan innebära en kunskapsöverföring. Det är bra om fokusgruppstillfället upplevs intressant för deltagarna och det kan vara bra att höra hur andra upplever.

Jobbar man i en organisation så vet man kanske inte mycket om vad som händer på andra ställen inom landstinget så det kan vara givande för dem själva.

9. Chefernas uppfattning om vilka frågor som ska ställas till personalen

Det som framkommer som viktigt att få ökad kunskap om var, känner sig medarbetarna bekväma med att följa metoderna och känner de förtroende för metoderna. I vilken grad har de nya riktlinjerna anammats. Cheferna efterfrågar också kunskap om ifall implementeringen av metoderna har förändrat medarbetarnas syn och arbetssätt. De vill veta hur medarbetarna ser på sitt eget ansvar när det gäller att hålla sig uppdaterade. De vill även veta om medarbetarna har förändrat sin syn på hur de arbetar, samt om de tror att deras arbetskamraters syn har förändrats. De vill även veta, vilka svårigheter och glädjeämnen finns, hur ser personalen på metoderna? Vad upplevs som positivt, respektive negativt. Vilka slutsatser kan dras? Cheferna kommer även med konkreta förslag på frågor som, vilka brister ser medarbetarna? Hur ser behovet av kompetensutveckling ut, vilka kunskapsluckor finns? Slutligen vill cheferna veta vilka klienter klarar verksamheten inte av?

De som är i verksamheterna kan det här med metoder bäst kan efterfråga och ifrågasätta.

10. Hur tillvaratas brukarnas önskemål och erfarenheter

De flesta chefer uttrycker att brukarinflytande var ett område som behöver utvecklas och förbättras. Brukarråd nämns av flertalet chefer antingen att det finns med i verksamheten eller att det påbörjats planering för att utveckla brukarråden i verksamheterna. Brukarna är välkomna och bjuds in och får möjlighet att framföra sina synpunkter, men det är svårt att nå brukarna.

Urdåligt. Ska försöka få igång någon typ av brukarråd ... hoppas att det kommer leda framåt till brukarinflytande mer regelbundet...

Cheferna säger att brukarinflytande kan ses dels utifrån individnivån, där en ASI – intervju är ett bra exempel på brukarinflytande. Hur skiljer det sig innan och efter? Tillfredsskalor. Vad är viktigt för klienten? Lyhörddhet? En sammanställning av resultatet och en uppföljning med klienten genomförs, därefter sker en diskussion?

Vi får väldigt positiv feedback på när vi gör en ASI för dom upplever ju själva att dom blir sedda på ett annat sett. .. dom säger ju saker som dom kanske aldrig skulle ha gjort för att dom får frågan och frågan kanske aldrig skulle ställas om det hade varit en vanlig intervju

Vad vill klienten förbättra? När en ASI upprättas menar cheferna att klienten kan känna sig trygg eftersom det finns en metod att arbeta efter och klienten behöver inte känna sig utpekad eftersom alla får en upprättad ASI.

Så här gör vi med alla så ingen behöver känna sig utpekad ... det liksom ingår och det är en del av processen och sen kan man ju välja att säga ifrån.

På gruppnivå ger cheferna ett antal olika exempel på hur de arbetar med brukarinflytande. Dels finns det brukarråd, diskussioner i grupp med brukare och deras anhöriga, dels olika brukarenkäter, systematiska enkäter, klagomål och synpunkter. Enkäterna kan besvaras både skriftligt och muntligt. De exempel på brukarråd som ges är, att i samband med start av en ny verksamhet genomföra samtal med brukare om hur de anser att verksamheten ska utformas. Brukarråd där deltagarna i olika verksamheter bjudits in för att delge sina synpunkter och upplevelser. Brukarråd där politiker går ut i verksamheten och träffar brukare och pratar med dessa om hur de upplever de insatser de får. Även fokusgruppsintervjuer med brukare tas som exempel på brukarråd. En chef uppger att de har en dialog med föreningar inom missbruksområdet, dialogen sker då inte med brukarna direkt. Varje verksamhet har även i uppdrag att inom sin verksamhet ha med brukarna för att öka deras inflytande.

Finns inga brukarorganisationer vi måste bygga det på enskilda brukares engagemang.

Övriga synpunkter

Under intervjuerna framkommer synpunkter på upplägget av Ktp. Uppfattningen är att det har varit rörigt och ostrukturerat, inte getts utrymme för delaktighet i planering av implementeringsprocessen. Direktiven kommer uppifrån utan möjlighet att påverka. Den styrgrupp som bildats hann inte genomföra inventeringar över vilket behov av utbildningar som fanns i länet. Styrgruppen gavs inte möjlighet att prioritera. Utbildningarna i metoderna erbjöds för fort. Flera av cheferna uppger att det ”vällde in” utbildningar, e-post med material och olika bilagor, vilket gjorde det svårt att veta vad som var viktigt och väsentligt. De uppger även att de förväntades delta i olika grupper kring projektet vilket tar tid i anspråk för både chefer och medarbetare. De uppger att arbetet i olika grupper inte har prioriterats av alla vilket i sin tur medfört att arbetet inte gått framåt. En synpunkt som framkommer är att verksamheterna inte fullt ut har kunnat dra nytta av alla de resurser och utbildningar som erbjudits på ett effektivt och klokt sätt.

Ska man säga något allmänt om kunskap till praktik så känner jag att det inte har varit det bästa upplägget på det – ganska rörigt från början både uppifrån och också i våra arbetsgrupper det har varit olika människor, som kommit och gått.

Ska man få något tillbaka av det så kan man inte bara slänga ut det så det måste landa nånstans först.

Ingen av oss fattade uppdraget till att börja med. Vi satt här och var jätteröriga och begrep inte nånting.

Vi kunde haft en annan struktur nu blev det lite massvaccination.

En av cheferna framför synpunkten att innehållet i riktlinjerna gäller medicinska insatser och att det finns ett osäkert kunskapsläge. Psykosocial behandling berörs inte i samma utsträckning. Därför gäller det att ha distans till riktlinjerna. Det framgår i riktlinjerna var det **inte** finns någon evidens, att det inte finns någon kunskap inom området att det behövs mer forskning.

Riktlinjerna har kommit och ska vara en kunskapsbas för oss i kommunen och landstinget, det är inga riktlinjer man inför direkt det är en kunskapsbas. Sen är det väldigt mycket som de inte vet, ibland överdriver man värdet av de här riktlinjerna. Det är väldigt mycket forskning som inte finns när det gäller socialt stöd och behandling i kommuner.

Gruppintervjuer med medarbetare

1. Verksamhetens metoder innan Kunskap till praktik

Några gruppdeltagare uppger att 12 stegsmetoden var den metod som var grunden i arbetet och att 12 stegsmetoden fanns med i verksamheterna och arbetades utifrån innan socialstyrelsens riktlinje kom och projektet Ktp påbörjades.

Vi har ju 12-stegsmetoden som vi lutar oss till hela tiden.

....kan tänka mig att MI och många andra förändringsarbeten ryms inom 12-stegsbehandling.

Andra deltagare uppger att arbetet utifrån ett systemteoretiskt synsätt, att arbeta med nätverket kring den enskilde, var en metod som användes innan Ktp. Det systemteoretiska synsättet gäller fortfarande i verksamheterna.

Nätverket att jobba med människor runt omkring en metod som vi använde oss av innan så det finns ju kvar.

Deltagare från några verksamheter uppger att de arbetat utifrån KBT sedan flera år tillbaks.Handledningen har utgått från KBT. Någon nämner också lösningsfokuserat arbetssätt som en metod som användes innan Ktp.

Så hade vi lagt en inriktning mot KBT med handledning över hela fronten.

Screeninginstrumenten AUDIT och DUDIT var metoder som flera gruppdeltagare uppger att de fått utbildning i och använde i sina verksamheter innan utbildningarna anordnades genom Ktp. När det gällde bedömningsinstrumentet ASI så uppgav deltagare från flera verksamheter att ASI användes innan Ktp. Flera arbetsgrupper hade utbildats i ASI, några med start 2003 – 2004.

Audit, Dudit, ASIhade vi innan. Det var våran grund att stå på innan.

MI är den metod som de flesta uppgav att de hade utbildats i och använde sig av innan Ktp påbörjade utbildningsinsatsningen. Det hade tidigare genomförts några längre grundutbildningar inom missbruksvården där MI var en del och de skedde i samverkan mellan kommun och landsting.

När jag tänker vilka metoder jag använde mig av innan så tänker jag hos oss var det nog 12-steg, ASI och MI som vi använde.

Även CRA var en metod som deltagarna uppgav att kommunen satsat på för att utveckla behandling på hemmaplan. Detta var en satsning som skedde före Ktp.

Egen behandling startade upp då det var CRA framför allt. Och det är de första fem åren av 2000-talet.

2. Deltagarnas uppfattningar om vad Kunskap till praktik har bidragit med

Deltagarna framför att satsningarna inom Ktp har inneburit möjlighet till kompetensutveckling inom missbruks- och beroendområdet. Det har inneburit goda möjligheter till att få gå utbildningar i flera olika metoder. Det framkommer vidare att satsningen har medfört en ökad tydlighet i arbetet och ger en gemensam plattform att arbeta utifrån.

Jag är inne på att det är en tydlighet tack och lov, gemensam plattform, ja. Det är det som, är bra.

Deltagarna ser det som positivt att veta vilka metoder som är verkningsfulla och som det finns evidens kring. En annan positiv del som deltagarna lyfter är bredden av metoder och olika terapiformer. Detta ger en trygghet i samband med beslut om insats och när det gäller att matcha och föreslå insats till den enskilde.

*De fanns inte med i de nationella riktlinjerna som metod så att vi kunde göra avslag på det...luta sig mot det.
...man ska veta att det är bra metoder, det en fördel det här att det finns många metoder som har evidens, det är massa terapiformer, det är inte något snävt, det går att matcha med individen.*

Information via e-post till verksamheterna nämns som något positivt, det har gett en spridning och möjlighet för medarbetare att läsa och söka mer kunskap.

Vi har sagt att vi ska använda det till... försöka få spetskompetens, alla ska inte göra samma sak utan mer att man har lite spetskompetens.

Några deltagare tar upp att det genomförts frukostföreläsningar i samband med implementeringen av de nationella riktlinjerna.

Jag har varit på de nationella riktlinjerna och följt föreläsningar och vad det handlar om, och mycket av det som sades använder vi oss av när vi arbetar.

Baskursen

När baskursen tas upp bland deltagarna framkommer det både positiva och negativa synpunkter på utbildningen. Flera av deltagarna poängterar att baskursen var viktig och gav bred och god grundkunskap inom missbruks och beroendevården. Den gav en gemensam grund inom området och bidrog även till att kunskapen ska vara tillgänglig för så många som möjligt. Nivån på baskursen beskrivs som relativt basic vilka några ansåg positivt och då speciellt för dem som var relativt nya att arbeta inom missbruks och beroendområdet.

*...har bidragit med kunskap till dem som inte kanske var så välinformerade.
...som inte hade jobbat så länge tyckte att det var väldigt matnyttigt.*

Samtidigt framkommer synpunkten på att de medarbetare som arbetat inom missbruks och beroendevården några år kände igen mycket i utbildningen och att basutbildningen var på för låg nivå.

..förutsatte att vi nästan ingenting kan fast vi jobbar med det.

Första tillfället beskrivs som en katastrof eftersom .. *de stod nästan och läste innantill och man skulle följa mallen som SKL hade tagit fram.* Fortsättningen av utbildningen beskrivs som betydligt bättre med föreläsare som hade mycket kompetens och kunskap inom sina respektive områden. Det framfördes ett missnöje med att det endast fanns möjlighet att gå vidare till fördjupningskursen om man fullföljt samtliga dagar i basutbildningen. Några av deltagarna tycker det är tråkigt att grundkursen inte kommer att genomföras vid fler tillfällen. De uppger att personal från kriminalvården saknades och borde ha varit inbjudna till basutbildningen. Det framförs att det pågår mycket kontakter och samverkan mellan kommunens missbruks/beroendevården och kriminalvården, varför deras medverkan borde varit högst motiverad.

*Nu var det bara beroendevården som var med på de här dagarna...det ser olika ut inom olika kommuner,...egentligen så tycker jag att det skulle ha varit med.
Alla har sitt eget lilla revir,...meningen med kunskap till praktik var att vi skulle veta vilka mer som jobbar och förhindra revir.*

Utbildning i rekommenderade metoder

Gruppdeltagarna uppger att det har genomförts stora utbildningssatsningar och att stora personalgrupper utbildats inom de rekommenderade metoderna. Det gäller både inom myndighet och inom öppenvården.

Det har varit en jättesatsning nu där alla enheter har gått fyra dagars grund i MI, att samtlig personal skulle ha MI och vi har ASI hos oss har alla gått, vi fick HAP. Vi har fått gå massor, det är HAP, AUDIT, DUDIT, ASI, MI.

Deltagarna samtalar kring att utbildningssatsningen inom Ktp har inneburit att många medarbetare har deltagit i en eller flera av utbildningarna. Det har även medfört att det inom flera olika verksamheter finns uttalat att metoderna ska användas i det dagliga arbetet.

Vi har ASI och det är obligatoriskt i alla nya utredningar så fort det finns ett missbruk. Idag är alla utbildade till följd av det här varje nyanställd får gå ASI utbildning och MI.

Vi använder ASI, uppföljning eftersom det är en förlängd behandling.

Några av deltagarna uppger att det genomfördes utbildningar i de aktuella metoderna som tas upp i de nationella riktlinjerna, innan projektet Ktp startade. Utbildningarna genomfördes bland annat med stöd av medel från länsstyrelsen.

Vi ansökte om pengar från Länsstyrelsen på så sätt kom kunskap till praktik och vårt projekt lite hand i hand.

.... hela vår arbetsgrupp utbildades i MI och det fortsätter vi med..... vi har påverkats av kunskap till praktik, där fick vi vilka metoder som var beprövade....

..gjorde en satsning -08 då gick vi CRA och ASI så tror jag att man tittade på riktlinjerna då när man valde just CRA och ASI, CRA, det är jättebra!

Samverkan

Det framkommer bland deltagarna att de olika aktörerna behöver gemensamt synsätt.

Kriminalvården, landstinget och kommunen, vi måste titta på det här med gemensamma ögon.

Några deltagare uppger att när det gäller samverkan mellan kommun och landsting har kunskap till praktik bidragit till att hålla diskussionen mer levande och det har förstärkt anledningen till att träffas.

Mycket med det här med samverkanlandsting- kommun...har bidragit till ytterligare samverkan.

Det är ju inte bara nya metoder utan det är också riktlinjer hur man ska jobba med metoderna att man ska jobba nära med samverkan

Utbildningssatsningarna inom Ktp har medfört en kompetenshöjning bland personalen på vissa vårdcentraler. Gemensamma samverkansträffar mellan personal inom psykiatri, vårdcentral och kommun sker tre till fyra gånger om året och har pågått under ett års tid.

Tanken är att vi ska veta om varandra bättre

Initiativet till denna samverkan kom i samband med Ktp.

Så jag tror att det har omedvetet och medvetet påverkat tänket från ledningens sida att det här är någonting som vi ska göra.

När det gäller samverkan med landstinget framförs även synpunkten att det finns bristande kunskaper kring beroendevården.

Vårdcentralerna vet inte vad det finns för hjälp i stan.

Vidare lyfts bland några av deltagarna att satsningen inom Ktp har inneburit deltagande i grupper där möten sker både över verksamhets- och kommungränser. Det har bidragit till att underlätta skapandet av relationer och att fortsätta diskussioner kring samverkan.

..det finns ett intresse för hur andra har gjort, löst det här inom länet, att hålla den här diskussionen ännu mer levande.

När det gäller samverkan med kriminalvården så tar några av deltagarna upp att de uppfattat att kriminalvården lämnats utanför satsningen Ktp, vilket de ser som en negativ begränsning.

...de är en stor del i det här och som står för en stor del av vården... det hade varit bra att ha dem med.

3. Uppfattningar om delaktighet vid implementeringen av de nationella riktlinjerna

Deltagarnas uppfattningar av att vara delaktiga varierar, merparten uppfattar sig inte delaktiga.

Det här med att vi kände oss delaktiga vid införandet var det inte bara att vi skulle göra det? Vi blev informerade ...

Det finns även uppfattningar att direktiven till projektet Ktp kommit uppifrån och som anställd är det bara att följa direktiven, arbetet ska utföras.

På gräsrotnivå så får man liksom tycka om det eller inte men framför allt, det ska ju då utföras.

Deltagarna uppfattar bristande delaktighet i de beslut som fattas. De vet vad som krävs av dem, vilka bedömningsformulär och metoder de ska använda men de saknar helheten de vet inte alltid syftet med att tex genomföra en ASI.

Då tänkte jag på ASI och då kan jag uppleva att det inte verkar glasklart hur vi ska använda ASI och vad vi ska ha den till riktigt men att vi ska ha den. För det har vi bestämt att vi ska ha.

Några av deltagarna för fram synpunkter om att Ktp inte innebär någon större förändring. De metoder som finns med i de nationella riktlinjerna har redan implementerats och det är inte så många nya metoder som införs. De beskriver att de redan tidigare har arbetat efter dessa metoder och att de därför inte känner sig särskilt delaktiga.

...man kanske inte känner sig delaktig på samma sätt eftersom man redan gör mycket av det..

En annan aspekt av delaktighet är de deltagare som beskriver att de inte kan känna sig delaktiga eftersom de inte sympatiserar med de metoder som ska implementeras. Det finns en uppfattning hos några deltagare att de nationella riktlinjerna är för medicinskt inriktade, tex förordas substitutionsbehandling vid behandling av heroinister.

Det som är verksamt ... som gäller ... metadon och Subutex, Subexone, och det är för mig bara trams. Det går lite stick i stäv med den metod som vi jobbar med så jag får svårt att känna mig delaktig.

Deltagarna diskuterar metoder som tidigare använts men inte finns med i riktlinjerna tex AA, eftersom det inte finns någon evidens för metoden. De framför att de vill vara med och påverka utvecklingen inom missbruksvården.

Och det kan jag tycka att det här resonemanget att allt ska ha evidens, vart får vi utvecklingen då? Du måste ju själv gå för att skaffa dig evidens, för om du bara förhåller dig till det här så får du en stagnationdärför måste du försöka hitta själv.

I gruppen förs även en diskussion om på vilken nivå delaktigheten gäller. Deltagarna beskriver att de har känt sig delaktiga när det gäller vilka metoder som införs på den egna arbetsplatsen.

Om jag tar det som är närmast mig, de metoder som vi har fört in på vår arbetsplats utifrån de nationella riktlinjerna då har vi valt dem som vi tycker passar oss.

Deltagarna uppfattar att det finns en dialog när det gäller att ha få vara med och efterfråga utbildningar för egen del.

På det sättet har man varit delaktig, det är inte bara att någon har sagt att man ska vara med, så upplever inte jag det i alla fall.

4. Stöd i att använda de nya metoderna som finns i riktlinjerna

ASI-träffar

Deltagarna beskriver att de känner både ett stöd men även ett tryck från sina arbetsgivare att alla ska använda sig av ASI, AUDIT och DUDIT. Dessa metoder/bedömningar upplevs som obligatoriska. De säger sig ha ett stöd i de gemensamma ASI-träffar som anordnas.

Vi har ASI träffar med jämna mellanrum, det får man väl kalla som någon form av stöd.

Vid dessa tillfällen beskriver deltagarna att de kan ta upp frågor om hur de samarbetar kring ASI. Hur bedömningar görs samt hur de använder de skattningsskalor som finns i ASI.

...att vi skulle försöka tillsammans med er främst då (.....) försöka att få till stånd lite tätare träffar för det var det ju tal om i våras att man närmare när man tittar på bedömningar som görs i ASI, så är dom ju från 0-9 i skattningsskalorna.

Deltagarna beskriver även en frustration över att det som bestäms inte blir av, att träffar som planeras inte blir av när något annat mer akut kommer i vägen.

Men det känns som om man pratar om att man ska göra saker gemensamt och sen så blir det något annat som vi måste göra istället så att då får det stryka på foten. ”Jo, så är det ju oftast det är” ”Och det är lite synd”.

Stöd från arbetsgivaren

Deltagarna beskriver att de får stöd från sina arbetsgivare i att gå de utbildningar som anordnas.

...och så får vi mycket stöd om det är någon utbildning eller komplettering..
Arbetsledningen har en positiv attityd till implementeringen. Deltagarna känner stöd i att arbetsgivaren tycker att arbetet är viktigt. Ledningen har en öppen och positiv attityd. Det upplevs som grundläggande att det finns en chef som kan ge stöd i att våga och att lita på att arbetet sköts.

Vår chef, där tycker jag att jag känner att vi har fullt stöd i alla fall, använd de här metoderna, de är dem som vi ska utgå ifrån.

Uppfattningen hos deltagarna är att de har full frihet, frihet under ansvar. Ledningen är tydlig i att riktlinjerna ska följas och visar förtroende i att så sker.

Jag tänker på att det där med stöd, det är mycket som vi (...), vi har mycket frihet under ansvar, vi vet väldigt tydligt från vår chef att vi ska använda riktlinjerna och så men det sker ingen sådan uppföljningutan det är mycket frihet under ansvar alltså ni jobbar utifrån det här, jag har förtroende för att ni jobbar utifrån riktlinjerna

Vid gruppintervjun framkommer att några av deltagarna även upplever en brist på stöd när det gäller att få till arbetet att gå ihop, att få vardagsarbetet att fungera utifrån de nya riktlinjerna. Deltagarna framför att de känner att även om chefen lyssnar på de argument som framförs kan denne inte heller påverka. Besluten har fattats högre upp i hierarkin och är inget som går att påverka.

Jag ser ändå hur svårt det är och jag känna att jag som handläggare och utförare långt ned i hierarkin, att det känns svårt att påverka. Min chef lyssnar om jag säger någonting, det upplever jag men att det har bestämts uppifrån men konkret är det svårt att få till det.

5. Uppföljning av de nya metoderna som finns i riktlinjerna

Det finns delade uppfattningar om hur uppföljningen av de nya metoderna går till. Om de följs upp och i så fall hur, samt om resultatet från uppföljningen tas tillvara av ledning, chef. Det finns deltagare som beskriver att när de väl gått kurserna inom Ktp så är det inget mer. Ingen frågar efter hur de arbetar vidare. Arbetet flyter på som vanligt förutom att de har några nya metoder.

.... så har vi ASI och vi har köpt in CRA och vi uppfyller de nationella riktlinjerna, men lite så. Det pratas inte om ett.. ja visst ja, det var ju det, det är ingen som pratar om det.

Andra menar att det i början var mycket om de nationella riktlinjerna men att det nu är ganska tyst. Intresset hos cheferna verkar ha avtagit.

Då var han väldigt mycket för att det här skulle följas och implementeras.

En grupp deltagare framför att de nya metoderna inte följs upp alls. De saknar uppföljning och uppfattar inte att någon efterfrågar uppföljning. De uppfattar en brist i tydlighet hur uppföljning hanteras.

... ibland kan jag sakna lite uppföljning men det hör väl till så. Vi har väl lite uppföljning så emellan, vi går igenom de här dokumenten och våra mål med verksamheten och så och där är ju mycket av de här metoderna där vi följer upp med vår chef.

Men det är ju hur vi ska följa upp det. Ja, det är ju lite spretigt, men vi försöker att hitta något. Vi har påbörjat någon slags uppföljning.

Andra beskriver att det finns ett tydligt krav på uppföljning. Det finns checklistor som ska fyllas i för att kontrollera om det som ska göras görs.

I vår grupp har vi jobbat med uppföljnings koder, vad ledde det till vad blev det för något för patienten.

Det som de flesta fokusgruppsdeltagare framför allt diskuterar är ASI uppföljningar. De ser det som ett förbättringsområde. En grupp beskriver hur de arbetar för att få fram riktlinjer för användandet och uppföljning av ASI. De diskuterar att de kan bli bättre på att genomföra uppföljnings ASI och efterfrågar en tydlig modell, strategi eller tidsplan för uppföljning. Exempel som ges är att feedback ges varje månad på hur många ASI som upprättas. Även när det gäller frågan om till vilken nytta ASI bedömningar görs och för vems skull de görs, har deltagarna delade uppfattningar. Vissa har uppfattningen att ASI är bra att använda i klientarbetet men att det saknas tydlighet i hur arbetsgivaren vill följa upp genomförda bedömningar. Den fråga deltagarna ställer är, vilket intresse har arbetsgivaren?

...jag kan sakna från arbetsgivaren hur man ska använda sig av ASI: erna inte bara att vi gör det. Vad är värdet, för det finns ju ett värde för verksamheten, mycket statistik och uppföljningsmått man kan ta ut från ASI men där är vi lite ensamma när man tänker den delen.

Deltagarna diskuterar ASI statistik. Några framför att det är möjligt att ta ut statistik men de vet inte om deras chefer är intresserade av att de arbetar med att ta fram statistiken. Uppfattningen är att chefen är nöjd med att de gör en ASI. Andra deltagare beskrev att ASI statistik efterfrågas.

..vill ha in våra uppföljningar förstås så det är väl på det sättet att vi får veta att vi verkligen gör våra ASI uppföljningar.

...det går ju att ta ut jätte mycket statistik kring det så det har vi saknat att det inte finns något sådant. Det kanske finns intresse men det saknas ändå uppföljningen hur går det nu kring ASI arbetet utan det är mer att jag vet att ni gör det.

Det finns hos några deltagare uppfattningen att deras chef använder den uppföljning som görs.

Det (statistik) tar sedan chefen hand om, hon var väldigt aktiv, så det var mycket fördelar och hon kunde tala om precis på dagen att så många går där och så många går där.

Några deltagare framför att de saknar kunskap om varför ASI uppföljningen görs, till vilken nytta och för vem görs uppföljningen.

.... vi har fått en ny klient och det ser ut såhär, och vem ska vi nå när vi följer upp det här.

Det diskuteras även hur många ASI en klient/brukare kan få vara med om.

För tittar vi då på kriminalvård, landsting och kommun, alla gör ASI:er och vi har en och samma ska göra 3 ASI:er. Hur trött är man inte på det där från brukarhåll?

När det kommer ny personal får de en allmän information om vilka metoder som används, de får även ASI utbildning. Några deltagare uppger att det är de själva som informerar nya kollegor. Deltagarna lyfter även fram att de har fått nya chefer som inte har så mycket erfarenhet av missbruksvård och som själva skulle behöva utbildning i de nationella riktlinjerna.

Vår chef är ganska ny och han har aldrig sagt orden nationella riktlinjer.

6. Deltagarnas inställning till metoderna i riktlinjerna

Deltagarna framför olika uppfattningar när det gäller inställningen till de metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna och som de fått utbildning i genom Ktp. De deltagare som är positiva till metoderna framför att det medfört en ökad tydlighet i arbetet och att socialarbetarna använder samma språk.

Det jag upplever.. att när man arbetar utifrån det här blir det en tydlighet, man använder samma språk och vissa metoder det blir inte så spretigt utan man vet vad man pratar om man är på samma nivå det tycker jag underlättar.

Deltagarna tar även upp att deras uppdrag har blivit tydligare, eftersom det i nämnd har tydliggjorts att dessa metoder ska användas i missbruksvården. Tydligheten i uppdragen ger en trygghet och en grund att arbeta utifrån och en gemensam syn på klient/patient. Några av deltagarna tar även upp som en positiv synpunkt att det finns en bredd av metoder i riktlinjerna, där den enskilde kan mötas utifrån sina specifika behov.

Jag tycker att det är jättebra, det finns en bredd. Det är mer lättarbetat också. Har man en trygghet i att det finns en grund.....jag var nästan rädd att det skulle bli stramare, att man inte fick jobba på det här individuella sättet men det går ju nu. Det känns inget konstigt, sunt förnuft nedskrivet.

Några av deltagarna uppger att det är positivt att ha fått möjlighet att delta i flera av utbildningarna. Det har ökat kunskapen om hur andra arbetar med frågorna men även ökat intresset för hur man löser olika problem i andra delar av länet. En annan synpunkt som framkommer är vikten av att delta i olika utbildningsgrupper och möta olika samarbetspartner.

Man har fått gå utbildningar, vara med i grupper, träffat vårdgrannar... Man tittar lite hur andra har löst det.. det har varit positivt.

Några av deltagarna uppger att de fått kunskap och utbildning i flera av metoderna och att det i vardagen innebär att de använder den kunskapen utan att strikt följa manualen från en specifik metod. Det ger ett förhållningssätt i mötet med den enskilde där den enskildes behov styr samtalet och mötet. Någon nämner också att socialarbetaren använder sig själv som verktyg i mötet och att kunskap i flera metoder ger möjlighet att anpassa frågor och arbetssätt efter behov.

Jag tycker att alla de här metoderna går in i varandra och istället för att bara följa en manual till en av delarna....så blandar jag i alla fall ihop allting. För när jag sitter med någon så känner jag av vad den behöver jobba med just då.

Några av deltagarna uppger att de är tveksamma till vissa av metoderna. Några skäl som framförs är att de nationella riktlinjerna uppfattats som för medicinskt inriktade samt att studier som genomförts och hänvisas till är genomförda i USA och Kanada. De deltagare som är kritiska uppfattar det som en brist att det inte finns svenska studier att hänvisa till.

...för att bli av med missbruk så krävs det mediciner och jag har en helt annan syn.

Utifrån .. riktlinjerna så..... är det väldigt medicinskt, ochatt det ska vara empiriskt, vart de är utförda .. studierna också kan ge tveksamheter.... men vi är i olika sammanhang, en är utförd i USA eller Afrika kan göra att det inte alltid passar så bra här heller. De flesta metoder kommer från USA och Kanada...

Flera av deltagarna uppger att de är positiva till att ha fått möjlighet att delta i utbildningssatsningen inom Ktp. De uppger vidare att det har gett viss ordning och reda i vilka modeller och metoder som ska användas och att det har hänt mycket under projektiden. Ktp har även varit positivt för samarbetet mellan kommun och landsting. Samtidigt finns det hos några en viss tveksamhet och kluvenhet till metoderna. De uppger att det inte är så enkelt i vardagen.

Jätte bra, men det är inte så enkelt heller.

Jag är lite kluven där, jag tycker att det är bra och kul att vi är med. Att vi har fått utvecklas och utbildas i det här men vi haltar fortfarande lite kan jag känna, ändå har det hänt väldigt mycket.

Det framkommer tveksamhet från några av deltagarna till att använda metoderna men framför allt över varför metoderna ska användas. De deltagare som framför tveksamheter uppfattar att de utbildats i metoderna och använder sig av dem för att någon har talat om och bestämt att de ska använda den.

Nu kommer ASI:n som ett exempel här vet vi inte alltid hur vi ska göra utan vi gör det för att någon säger till oss. Då kanske min inställning inte är så jätte... ja, vad ska det här vara bra för? Lite bristande intresse kanske, jag kanske kan få fram det här ändå, men jag gör det för att jag fått order om det.

Deltagarna resonerar om olika metoder som de nationella riktlinjerna lyfter. Synpunkter som framkommer från flera av deltagarna är att CRA är en metod som de

har bra erfarenhet av. Det är en öppenvårdsmetod som sträcker sig över en längre tid och som inte är provokativ och konfrontativ.

Jag har jätte bra erfarenhet från CRA, oavsett om man varit aktiv i sitt missbruk eller inte. Man har sett att antalet nyktra dagar har ökat.

Deltagarna resonerar kring att MI är en användbar metod inom missbruks och beroendevården, allt från motivationsarbete till i det direkta behandlingsarbetet. MI är en metod som inte är konfrontativ. Vidare uppger flera av deltagarna att de har eller har haft handledning utifrån MI:s synsätt.

Idag använder man MI till så mycket.

. lite MI för att motivera att våga pröva. Det som framförallt är bra med MI är att gå in på motståndet

..MI inriktad handledning.

De deltagare som arbetar enligt 12 stegsprogrammet uppger att de också använder sig av MI.

Även på 12-stegsprogrammet så använder jag MI, man rullar med motstånd helt enkelt, det är ju det bästa sättet. Du kan aldrig komma med pekfinger till en missbrukare.

Deltagarna uppger att när en person söker för att få hjälp inom missbruksvården oavsett om personer söker frivilligt, är nykter eller påverkad är det viktigaste att lyssna och ta vara på vad den enskilde själv efterfrågar. Deltagarna menar att en bedömning måste göras som ett underlag för fortsatt behandling.

De klienter som jag träffar de är ju ibland påverkade och ibland är de inte påverkade.....blir inga djupgående psykologiska utredningar utan man får ju lyssna på vad de är dom säger.

Tar man inte med sig det i hela bedömningen är det lätt att allt faller platt.

Flera av deltagarna har erfarenhet av ASI och de flesta som använder sig av ASI gör det i samband med att utredning och bedömning av fortsatt behandling och stöd planeras. Någon av deltagarna gör ASI och använder den som ett underlag i den fortsatta behandlingskontakten med patient/klient. Det framkommer olika synpunkter kring ASI. Det positiva är att den ger god kunskap om klienten det som tas upp som negativt är att metoden helt utgår från de uppgifter som klienten lämnar och att det är de uppgifterna som ska tolkas även om behandlaren har annan information.

Jag använder den i utredningssyfte för att få kunskap om den personen. Det är det som det handlar om och vad de vill ge vid det tillfälle.

Jag kan se fördelar med den.... men jag kan också se att det finns mycket begränsningar med den klienten vet och du vet kanske hur det ligger till med saker och ting men enligt ASI:n så ska du tolka svaret så här därför att så säger ASI:n.

Vi gör den för vår egen behandlingskontakt.... ASI blir en del i behandlingskontakten att etablera en kontakt och en allians.

En synpunkt som framkom om ASI, är att det går att utveckla och använda informationen från intervjuerna på ett bättre sätt i vårdplaneringen.

.... i vårdplanen jag tror att det skulle kunna användas mycket mer.
Deltagarna tar upp att det är viktigt att klienter/patienter informeras om vilka metoder som verksamheterna använder och arbetar efter.

Att ha ett första informationsmöte och berättar vilka är vi, vilka metoder vi jobbar efter. Vad kommunen erbjuder. Så att personen själv får fundera, vad är hjälpsamt för dig och sen fortsätter man att diskutera det.

Ytterligare en synpunkt som deltagarna diskuterar är hur olika ställningstagande inom kommunen påverkar arbetet med den enskilde.

I första hand....öppenvård, det är en policy och kostnadsfråga. Jag vet.. men det är synd tycker jag, för de får fara illa så länge innan de får hjälpen som jag kan se det.

7. Hur de nya riktlinjerna förändrat arbetssättet och om deltagarna känner sig bekväma vid användandet

Riktlinjerna har inneburit att deltagarna tycker att det är mer ok att prata om missbruk och att informera om sitt arbete. Det har även förändrat några av deltagarnas sätt att pratar med och/eller om sina klienter.

... riktlinjerna ändå styr upp på något sätt. Man pratar mer om hur vi förhåller oss till våra klienter, hur pratar vi om dem när de inte är med, hur pratar vi till dem, pratar vi med dem? Och det kanske inte var så där viktigt. Frågorna har väl alltid funnits...

Riktlinjerna har inneburit en trygghet i jobbet, alla använder samma ord och verktyg. Det ger även enskilda medarbetare ett bra underlag inför besluts om tex placeringar.

Vi tycker oss se att när man inte har en metod att luta sig mot så blir det väldigt mycket regler och ramar ... för att det inte ska hända massa saker. Man garderar sig för att inte bli lurad, det är en massa man bygger upp då. från den dagen vi valde att använda oss av det här så tycker jag att det har känts oj så mycket skönare.

.... då gäller det att vi är så motiverade med papper och så så att vi kan få igenom en behandling och det skulle vi aldrig klara om vi inte hade så här strukturerat. För när vi lägger fram här är det, och det och här är det, det påvisar det så kan de inte säga nej.

Nyhetsbrevet som kommit genom Ktp har inneburit en möjlighet att få ökad kunskap inom missbruks och beroendområdet.

... man har läst lite vad andra har gjort, om forskningen ligger still, eller på eller allt vad det nu är då.

Implementeringen upplevdes enkel för de deltagare som använt metoderna sedan tidigare. De kände sig trygga och upplevde att de arbetat i många år med metoderna.

... det känns inte som om det varit två till tre år utan det är mera åtta till tio år kanske.

Förhållningssättet att klienten har ett eget ansvar har blivit tydligare.

För tio år sedan så gjorde man mycket saker för klienterna och det har slagit igenom och det har blivit ännu tydligare när riktlinjerna kom också. Och även vart ansvaret faktiskt ligger, att de ligger hos klienterna, de är de som har bollen och de är de som äger livet.

Deltagarna beskriver att ett flertal metoder har införts som en del av det ordinarie arbetssättet. Att ha fått gå utbildning tillsammans har även inneburit positiva möten mellan kollegor och det har inneburit en individuell utveckling.

Och det här med utbildningar att vi har fått gå på utbildningar och få kunskap och träffa kollegor tycker jag har varit upplyftande för mig.

ASI upplevs som positiv. Klienten får information om ASI intervjun och får veta att det här är en intervju som används i hela Sverige. Det blir inte lika godtyckligt som om en enskild handläggare beslutar om att genomföra en intervju.

Det har blivit så mycket enklare, jag tänker tillbaka när man förde samtal med klienterman ser inte att man sitter som en intervjuare ändå och mycket tjafs slipper man för man vet exakt ...

I ASI utredningen blir det väldigt tydligt för klienten när han/hon får skatta sig själv. Det blir tydligt att om inte klienten själv tar sitt ansvar så är det ingen annan som gör det. Det blir tydligt att det är klientens ansvar att ta tag i sitt liv för att komma vidare. Det är ingen annan som tillhandahåller ett jobb eller en bostad. Det är inte alla andras fel, klienten har en del det som händer och får ta konsekvenserna. Att det har blivit tydligt är inte uppskattat av alla.

Det som är viktigt tänker jag är att det kommer dem vi jobbar med till gagn att vi är trygga i det vi gör och vi använder samma ord och samma verktyg och de vi möter blir bekväma i det. Det är viktigt.

Utifrån ASI har barnperspektivet blivit tydligt. Deltagarna uppger att de har blivit mer uppmärksammade på våld i nära relationer och relationer överlag. De är inte längre så rädda för att ställa frågor om hur det egentligen är.

..jag ser att du har ett blåöga, hur kommer det sig? Man tassar inte runt på samma sätt utan på något sätt så är det legalt att ställa den frågan. Det är prioriterat uppifrån. Mer fokus på familjen, mycket fokus har tidigare varit på missbrukaren många gånger, det är en familjesjukdom. Hela familjen måste in på ett helt annat sätt, tycker jag.

Deltagare uppger att de gjort valet att använda sig av ytterligare en metod ur riktlinjerna, det är motiverande samtal eller MI. Den upplevs av deltagarna som en trygg metod, där även handledningen utgår från MI, vilket de ser som en viktig faktor.

...vi valde för tre år sedan var att i vår verksamhet ska vi ha MI som metod och förhållningssätt, och det tyckte vi var jätteviktigt att det är ett förhållningssätt.

Metoden upplevs även som trygg utifrån att klienten själv har möjlighet att påverka behandlingen.

Det ger en väldig trygghet i jobbet, man behöver inte leta en massa olika saker, nu sätter vi ned foten och vi använder oss av MI, Det känner vi är en framgång hos oss, förhållningssättet var inga problem men just att vi lyfte fram ett sätt att jobba, vi väljer MI.

Samma deltagare uppger att de tidigare arbetat lösningsfokuserat, men i den metoden fanns det delar som upplevdes otydliga och som de kände sig obekväma med. När de började arbeta med MI kändes det naturligt.

...var det saker där med som man kände sig rent obekväma med bl.a. den här mirakelfrågan, hur använde man det där?

Samverkan har blivit tydliggjord, att samverka mellan myndigheter. Riktlinjerna har för några inneburit att de skapat relationer med andra myndighetspersoner. Samverkan i olika arbetsgrupper har inneburit att man fått ett ansikte på kollegor inom andra myndigheter och det blir inte lika svårt att ha en dialog/diskussion med en person på en vårdcentral eller i en annan kommun eller inom psykiatri efter som man har träffats.

*Det är lättare att skapa relationer och där tycker jag ändå att kunskap till praktik har hjälpt tillså vi har kunnat träffas.
Sen i samma veva så startades en samverkansgruppdär är polis också och kriminalvård, sen är det vårdcentral, socialtjänst, psykiatri har tyvärr haft svårt att vara med men de ska vara med. Och sedan är det även via elevhälsan, skolsköterskan ska vara med också och det är också en frukt av nationella riktlinjerna med samverkan.*

8. Deltagarnas ansvar för att använda de nya metoderna som finns i riktlinjerna

Deltagarna uppger att de tar ansvar för arbetet med klienter/patienter och att det är av största betydelse att skapa en god relation till den som de möter.

Jag har ansvar för en del patienter som vi säger, ja, för det gör ju mycket att få en bra relation med den du ska jobba med.

Vidare lyfter deltagarna vikten av att i samtal få kunskap om klientens/patientens tidigare erfarenhet. Deltagarna tar även upp vikten av vilket stöd klienten/patienten önskar och tror sig bli hjälpt av.

Det är A och O i samtalet vad har patienten för erfarenheter....vad tänker man vilket stöd man behöver? Vi är noga med att försöka fånga vad personen tänker i samtalet och vad som har varit hjälpsamt tidigare, vad har inte fungerat?

Några av deltagarna tar upp socialtjänstens yttersta ansvar utifrån en myndighets funktion. Vidare nämns även att arbetet kan granskas av tillsynsmyndighet, där en

farhåga kan vara att tillsynsmyndigheten är mer intresserad av att det finns riktlinjer för att följa metoderna än för hur arbetet med den enskilde verkligen utförs.

...de är mer intresserade av om det finns riktlinjer som visar att jag följer de här metoderna än att egentligen se vilket arbete vi gör.

Deltagarna tar upp att det som är betydelsefullt är en förhoppning om att de människor som söker hjälp känner sig väl bemötta i kontakten med socialtjänsten.

... jag hoppas att de känner sig väl bemöttajag kan bli stressad av att jag kanske inte har använt mig av rätt metod för att komma fram till biståndet eller beslutet.

En annan synpunkt som framkommer utifrån socialtjänstens yttersta ansvar är att det finns svårigheter i samverkan med psykiatrin och att den enskilde kan komma i kläm. Det uttrycks en frustration över att inte alla tar sitt ansvar.

... kalla på vårdplaneringsmöte, där vi ringde och bad att psykiatrin skulle vara med men nej...svårt som den lilla handläggaren, vart ska jag vända mig.

Samtidigt uppger några av deltagarna att samverkan mellan olika myndigheter har blivit bättre.

Det fungerar bra...med vanlig sjukvård och polis

Deltagarna uppger att de både känner och tar ett eget stort ansvar för att använda sig av de metoder som de nationella riktlinjerna tar upp. Några säger att när de som kollegor samtalar om klienter vid behandlingsmöten utgår de från vad de nationella riktlinjerna säger och rekommenderar.

*Vi har mycket eget ansvar...så är det, hela öppenvården hos oss.... alla har vi ansvar och gör säkert det här.
..pratar vi då .. jag och mina kollegor...så är det ju efter de nationella riktlinjerna.*

Några av deltagarna uppger att det finns mål uppsatta för verksamheterna bland annat vilka metoder som ska användas och vilken målgrupp som gäller.

Det står ju i dokument vilka mål det är och att man ska använda ASI och göra det på alla klienter osv.

Synpunkter som framkommer från flera av deltagarna är att det vilar ett stort ansvar på de enskilda socialarbetarna när det gäller att hitta formerna för att använda metoderna. Några uppger att det inte förekommer någon kontroll ute på verksamheterna hur arbetet med metoderna ser ut. Däremot uppger flera att de saknar riktlinjer för hur metoderna ska följas upp. Några nämner också att chefers ansvar och engagemang saknas.

*...det har lämnats mycket till oss här ute att hitta formerna. Man skulle kanske ha en form av manual.
....det är ju som du säger under eget ansvar, det är ingen som står och kollar...och det är bra.*

ASI är bra, men resten då... hur används det och hur följs det upp?

Några av deltagarna säger att de även känner ett ansvar för att kunna ifrågasätta och vara kritisk till de metoder som tas upp i de nationella riktlinjerna.

Jag kan känna minst ett lika stort ansvar för att vara kritisk och stödja andra människor att vara kritiska, för det finns stor anledning att vara...så att det inte bara är att tugga i sig för att chefen har sagt det.

9. Hur brukarnas önskemål och erfarenheter tillvaratas

Några av deltagarna uttrycker en tveksamhet om de arbetar med brukarinflytande. De är osäkra på vad som görs på olika nivåer när det gäller brukarinflytande. Deltagarna diskuterar vad som menas med brukarinflytande, vilka organisationer som finns och hur kontakten med dem fungerar.

Man skulle kunna svara; inte alls.

Vi har inte mycket med dem att göra vad gäller brukarföreningar och det. Det har inte vi heller på våran nivå. Sen vet jag inte hur det ser ut högre upp i hierarkin. De är sagt att de ska få komma till tals, men jag vet inte hur många fungerande brukarråd det finns.

Andra deltagare ger exempel på att de arbetar med enkäter, gemensam vårdplan, kontaktmannaskap, klagomålshantering, nöjd patientenkät och en viktig del i inflytandet är att klienten äger sin handling, ASI.

Kontaktmanskap är också något som är mycket mer tydligt, då man själv får göra sin röst hörd, ja.. planera och ta upp saker och ting. Det är faktiskt klienten som äger handlingen. De har rätten att begära ut den i alla fall.

Deltagarna berättar om hur de arbetar med regelbundet återkommande brukarmöten i form av morgonmöte och planeringsdagar tillsammans med brukargruppen. Det framkommer även exempel på att det har genomförts diskussionsgrupper för brukare och anhöriga, där de nationella riktlinjerna diskuterats.

Vi gått igenom vad står det i riktlinjerna och sedan har vi haft diskussionsfrågoroch då är det utifrån hur kan vi bli bättre på samverkan ... för att få lite tips och idéer. Mycket åsikter och mycket kritik också både landsting och socialtjänst, bemötande, kompetens, det har varit mycket som de har tryckt på. Det blir väldigt olika perspektiv, man ser att det blir en skillnad mellan brukare, anhöriga.

Det finns exempel på att vissa verksamheter arbetar med ett väl utvecklat brukarinflytande. Exemplet är en gemensam planeringsdag med brukare och personal.

Vi bjöd in våra brukare till en planeringsdag.... Åtta frågor som vi skulle jobba med och vi verkligen gjorde PR för att kom hit och vi tänkte kommer det tio så är det många ...men det kom ett tjugotal så vi hade flera grupper och så fick de jobba med de här frågorna som lämnades in skriftligt.

Deltagarna berättar att de arbetar mycket mer uppsökande än de gjort tidigare. När det gäller *vårdplanen* ska en utredning genomföras tillsammans med klienten. Det är inte den professionella som ska upprätta *vårdplanen* utan klienten har en aktiv del i planen. Det måste alltid göras en avvägning mellan klientens önskemål och behov. Matchar behovet önskemålet? Den professionella ska även väga erfarenheter från tidigare behandlingar, öppenvård, mm. Grupperna lyfter fram att det är viktigt att arbeta med brukarinflytande på olika nivåer. Arbetar man som myndighetsperson gäller det att ta tillvara brukarnas önskemål och erfarenheter genom den ansökan de gör och genom att göra en utredning, lyssna på dem. Att tillvarata dras önskemål sker bäst genom att använda metoderna som man har lärt sig men även att göra regelbunden brukaruppföljning. Alternativet är alltid att använda den synpunkts/ klagomålshantering som de flesta verksamheter har.

Det har inte varit så tydligt innan hos oss, det har ju hetat det att det är viktigt och varit på mode men nu tycker jag ändå att det finns brukarinflytande och de känner av det och ger feedback.

...något som vi inte har haft innan är morgonmöte, där man kan ta upp vad som helst men det är också hur dagen ska se ut, det kan handla om allt från verksamheten till ja, diverse saker,

Inom landstinget sker brukarinflytandet genom den information som landstinget ger ut till alla patienter. *Det kommer en liten broschyr i posten till alla.* Information finns även på landstingets hemsida. Patienterna uppmuntras att komma in med synpunkter på vården.

Sen får våra patienter fylla i en enkät, nöjdhetsenkät, en vecka på året har det varit men inget som är kopplat till oss då.

De flesta berättar att de har enkäter där brukarna som kommer till verksamheten får fylla i hur de upplever verksamheten.

Så har vi också en brukarenkät som vi kallar det med lite statistik om bemötande, tillgänglighet och påverkan också Ja, det är inte mycket kritik, det var tillgänglighet någon gång ...att det är svårt att få tag i oss och då har vi förbättrat

Den verksamhet som genomförde en planeringsdag fick mängder av material att sammanställa. De fick många konkreta förslag.

Det kom fram mycket mer när vi samlades, då kom de som hade något att säga.

10. Deltagarnas uppfattning om det stöd de fått och önskar få framåt

Några av deltagarna uppger att de önskat mer stöd och information i samband med att riktlinjerna kom.

Att få informationen om riktlinjerna som ett första steg där känner jag att de överlätit till mitt eget ansvar.

Flera av deltagarna tar upp att de hade önskat mer konkret stöd i vardagen kring metoderna både när det gäller frågor kring hur de ska användas och om de används.

Jag hade önskat mig mer stöd i själva; ja, hur ska vi göra nu då? Det har varit mycket kring teorierna och metoderna och det är viktigt det också men hur ska vi göra då?

Vidare tar deltagare upp att de önskar en bättre dialog med sina chefer för att hålla diskussionen levande kring metoderna men också för att få en uppföljning av sitt arbete.

Velat haft en mer levande dialog med våra chefer kring att följa upp metoderna. ... hade varit mer stöttande ...vem är det som ska stå för stödet?

En ytterligare synpunkt som framkommer i gruppdiskussionerna är att några av deltagarna saknar ett nära ledarskap när det gäller frågor kring användandet av metoderna. Däremot uppfattar deltagarna att de har stor tilltro från sin ledning att arbeta efter riktlinjerna.

Det har inte varit ett tillräckligt nära ledarskap...för att följa upp men däremot har vi fått legitimitet och en tilltro till att göra.

Deltagarna tar upp vikten av att cheferna har kunskap om metoderna och att det är en förutsättning för att kunna ge stöd, kunna ställa frågor och följa upp arbetet ute i verksamheterna.

De som sitter högre upp att de saknar kunskap om de här metoderna, jag vet inte hur mycket det känner till att det finns ASI man kanske inte kan ställa frågor för att man inte vet riktigt vad det handlar om?

Deltagarna tar upp att de ser en risk med att Ktp läggs ner. Det har varit en stor satsning med bland annat grupper på olika nivåer t ex styrgrupp, lokala arbetsgrupper, samt att det anordnats ett flertal kurser och utbildningar. Deltagarna ser en risk att den påbörjade utvecklingen stannar av när verksamheterna ska ta över utan stöd.

...finns det stor risk att det bara läggs ned man hoppas på att verksamheterna bara ska rulla på och utvecklas av sig själv.....jag tror att det är fel tänkt. ... det är liksom inte bara något projekt och sedan hej då. Det fungerar inte så.

Önskat stöd framåt

Deltagarna uppger att det är av stor vikt att chefer och ledare har kunskap om metoderna. Vidare framkommer att deltagarna anser det betydelsefullt att närmste arbetsledare och chef är delaktig i utvecklingsarbetet och att de efterfrågar, återkopplar och följer upp arbetet kring användandet av metoderna. Vidare framförs att det inte ska vara fritt valt arbete att använda metoderna och det är närmaste chefs ansvar att se till detta.

Det är viktigt att närmsta arbetsledare och chef finns med i arbetet... efterfrågar att det görs att det inte bara blir fritt valt arbete., också att man får återkoppling, man följer upp hur det gått.

Fler synpunkter som framkommer på frågan om önskat stöd framåt är att diskussionen kring metoderna hålls levande och att chefer ger mer konkret stöd kring metoderna.

Regelbunden uppföljning både i arbetsgrupp och med enskilda medarbetare är ytterligare en önskan som framförs.

Man måste hålla saker och ting levande, ganska konkret för att jag ska hänga med..... oftare kanske, under ett utvecklingssamtal om året eller just personligt.

Vidare nämns handledning som en viktig del för att hålla kunskapen om metoderna levande och för få möjlighet att utvecklas i sitt arbete.

Att man får handledning fortsättningsvis.....det är mycket metoder och sånt som bara kommer och går.

Några av deltagarna uppger att det stöd som ges av dem som är utbildare i metoderna är viktigt. Det stödet bör ges lokalt ute på arbetsplatser men också vid återkommande gemensamma träffar. Utbildarna kan bidra med repetition och nyheter om metoderna. Det är även tillfälle att dela erfarenheter mellan verksamheter om hur metoderna används.

Vore kul att kunna träffa de som har hållit i utbildningarna, för att få en uppfräschning och kanske höra lite grann hur vi har använt det här ute i verksamheterna.

Några av deltagarna tar upp att cheferna har en viktig roll i den fortsatta utvecklingen av metoderna och att cheferna har kanaler att framföra önskemål om behov som finns ute på arbetsplatserna.

*..att frågan finns med när cheferna träffas.
De har en kanal som de har använt sig av för att köra ned de nationella riktlinjerna till oss då borde vi kunna sända tillbaks någonting också.*

Den länsövergripande samordningen tas också upp.

Bra med fortsatt samordning, Thomas och Jörgen.

Deltagarna uppger att de önskar få information och nyheter inom området som till exempel nya forskningsrön, aktuellt droginformation mm. Ett sätt att få information som nämns är en gemensam hemsida.

Gemensam hemsida, utnyttja Projekt place.

Deltagarna uppger att de önskar att det genomförs en ny omgång av den basutbildning som genomfördes av Ktp. Det efterfrågas även fördjupad utbildning.

Önskemål om fördjupad utbildning för dem som inte kunnat genomföra den pga att de missat i basutbildningen.

Deltagarna efterfrågar även fler gemensamma utbildningssatsningar tillsammans med övriga aktörer inom missbruksområdet tex kriminalvården, polisen, primärvården och psykiatrin. Några deltagare tar även upp behov av en ökad samverkan med brukarråd som ett framtida utvecklingsområde.

Utvärderarnas slutsatser

Slutsatsen som kan dras av utvärderingen är att en övervägande del av de tillfrågade både chefer och medarbetare är positiva till Ktp i sin helhet. Noteras kan att medarbetarna uttrycker sig mer positiva än cheferna både när det gäller utbildningssatsning och information. Chefer och medarbetare är överens om att arbetet med att införa riktlinjerna i verksamheter redan hade påbörjats innan Ktp drog igång i länet. De beskriver även att de fick bekräftelse på att det redan påbörjat arbete med implementeringen var i rätt riktning. Utvärderarnas slutsats är att det framkommer att det fanns stora skillnader mellan verksamheter i hur långt arbetet med att implementera metoderna hade kommit.

...man är på rätt väg

De positiva effekter av Ktp som både chefer och medarbetare lyfter är att utbildningssatsningarna har bidragit till en ökad kompetens bland medarbetarna. Det har inneburit att en stor del av personalen har fått en gemensam grund. Kunskapsnivån har höjts och det finns en ökad förståelse för varandras arbete och kompetenser. Spridningen av metoder har inneburit att samverkan mellan olika aktörer inom missbruksvården har underlättats. Medarbetarna pratar om att de i ökad omfattning har fått ett gemensamt språk. Ytterligare en positiv faktor som lyfts fram är att samverkan mellan olika huvudmän har fördjupats. Missbruksarbete som bedrivs i samverkan mellan huvudmän lyfts som positivt. Exempel som nämns är samverkansprojekt som har permanentats i syfte att upptäcka missbruk tidigt och få en ökad tillgänglighet. Ekonomiska satsningar där länsstyrelsen beviljade medel möjliggjorde utvecklingsarbetet för några av kommunerna.

Andra positiva effekter som poängteras av framför allt medarbetarna är att de känner en trygghet i metoderna de använder. Att kunna luta sig mot riktlinjerna. Trygghet betyder att veta vilka metoder som har evidens. Metoderna innebär att man har en mängd olika verktyg vilket också leder till att medarbetarna upplever sig kunna utvecklas i sitt arbete. Tryggheten i metoderna och som innebär en positiv utveckling är även att kunna avslå vissa förfrågningar om behandlingsmetoder som man vet inte fungerar.

De negativa uppfattningar som framkommit i utvärderingen är bland annat chefernas uppfattning att det var dålig timing när Ktp kom. Det kom för mycket information e-post vilket medförde att det blev svårt att sortera ut vad som var viktigt och väsentligt. Informationen upplevdes som rörig och ostrukturerad. Ktp uppfattades komma uppifrån och vara svår att påverka. Verksamheterna fick inte tid att inventera vad de behövde.

Det framkommer även kritik från både chefer och medarbetare att den nationella baskursen var för basic. Missnöjet riktas främst mot att all personal måste gå basutbildningen för att kunna gå fördjupningskursen. Det medförde att en del verksamheter inte skickade personal till baskursen och därav kunde de inte heller gå fördjupningskursen. Informationen om dessa förutsättningar hade inte nått verksamheterna. Kritik mot att utbildningen var för basic avser medarbetare med tidigare erfarenhet, samtidigt framkommer att nyanställda inom missbruksvården uppfattade utbildningen som positiv. Synpunkt framfördes att det bör finnas en flexibilitet i utbildningssatsningar framöver.

Några av medarbetarna uppfattade att riktlinjerna har en dragning åt en medicinsk inriktning. De diskuterar även att Gerhard Larssons utredning har medfört att det finns en oro inför framtidens missbruksvård. Det framkommer synpunkter på att innehållet i riktlinjerna gäller medicinska insatser och att det finns ett osäkert kunskapsläge. Psykosocial behandling berörs inte i samma utsträckning. Därför gäller det att ha distans till riktlinjerna. Det framgår i riktlinjerna var det **inte** finns någon evidens.

När det gäller uppföljningen av metoderna så framkommer det skillnader i beskrivningarna från olika verksamheter.

Några ger konkreta exempel på hur uppföljning går till andra beskriver att uppföljning är ett utvecklingsområde. Det finns beskrivningar av hur man arbetar med uppföljning utifrån konkreta tydliga rutiner. En annan bild från företrädesvis framförs av medarbetare är att uppföljning inte efterfrågas vilket de uppfattar som en brist. Det medarbetarna efterfrågar är tydlighet och att man vet vad uppföljningen ska användas till. Ett konkret förslag som framförs är att i medarbetarsamtalet fråga efter hur metoderna används.

Medarbetarna lyfter chefens roll som viktig i den fortsatta utvecklingen. De menar att det är en förutsättning att chefen driver utvecklingsarbetet och har en bra dialog med medarbetarna. Vidare poängteras vikten av att chefen har kunskap i metoderna för att kunna ge stöd. De medarbetare som uttryckte sig positivt till Ktp var de som hade chefer nära och där upplevelsen var att det var chefen som drev utvecklingsarbetet framåt. De som upplevde att kraven att implementera och börja använda metoder kommer som ett påbud uppifrån där chefen inte är med utan hänvisar högre upp i ledningen är inte lika positiva till Ktp. Känslan av att det kommer uppifrån skapar en känsla av styrning vilket inte bidrar till delaktighet utan motstånd.

Det finns även hos medarbetarna en oro för att utvecklingsarbetet ska stanna av om det inte blir någon fortsättning av det arbete som sker inom Ktp. Även omorganisationer inom verksamheter kan leda till att det inte sker något utvecklingsarbete.

Synpunkter som framfördes under gruppintervjuerna angående samverkan är att kriminalvården saknades i vissa länsdelar. Vidare framkommer från de flesta av gruppdeltagarna att primärvården skulle ha haft en tydligare plats i Ktp satsningen. Några beskriver ett fungerande nära samarbetet mellan kommun och primärvården. Det som också lyfts fram är att det saknas ett fungerande samarbete med psykiatriin speciellt kring psykiskt sjuka missbrukare.

I utvärderingsuppdraget ingick även att ta reda på hur brukarnas önskemål och erfarenhet tog tillvara i verksamheterna. Både chefer och medarbetare är överens om att brukarinflytande är ett utvecklingsområde. Trots det ges ett antal exempel från verksamheterna på olika sätt att ta med brukarna i det dagliga arbetet. De exempel som ges är alltifrån hur man arbetar med brukarundersökningar till hur individen kan påverka sin utredning och även behandlingsinsatser. Det ges ett exempel på hur en verksamhet har arbetet igenom texten i de nationella riktlinjerna tillsammans med brukare och deras anhöriga.

Utvärderarnas förslag på det fortsatta arbetet

Fler gemensamma utbildningsåtgärder tillsammans med olika aktörer till exempel kriminalvård, polis, primärvård, psykiatri, universitetet bör genomföras. Det bör finnas en flexibilitet när det gäller bas- och fördjupningsutbildning.

Uppföljning bör vara ett utvecklingsområde. En regelbunden uppföljning av hur det arbetas med metoderna till exempel genom handledning, stöd av kollegor som fått utbildning i metoderna, gemensamma träffar i länet för att följa utvecklingen och utbyta erfarenheter inom området. Rutiner för uppföljning bör utarbetas gemensamt med chefer och medarbetare.

Arbetet med att utveckla former för brukarinflytande bör prioriteras.

Det bör även fortsättningsvis finnas en länsövergripande samordning när det gäller det fortsatta implementeringsarbetet för att bibehålla kunskapen. Implementeringen måste bygga på att alla led i hela organisationen har kunskap.

FOU - Centrum Linköping
Ulla Andersson
FOU - Närsjukvården Östergötlands läns landsting
Valérie Tegelström
PUFF- Enheten i Norrköpings kommun
Pia Käcker

Bilaga 1

Till dig som arbetar inom missbruksvård i landstinget eller i kommunen

Inbjudan till Fokusgrupp

Vårt uppdrag är att följa upp implementeringen av det regionala arbetet med införandet av de Nationella riktlinjer för missbruksvården. Syftet med uppföljningen är att undersöka hur implementeringsprocessen har uppfattats av de personalgrupper som nu arbetar inom missbruksvården. För att kunna göra det är vi angelägna om att **du** kommer till ett av våra fokusgruppsmöten. En fokusgrupp innebär att i samtalsform gå igenom ett antal frågor. Vi kommer att vara två fokusgrupps ledare och ca 8 deltagare vid varje tillfälle, vi bjuder på kaffe och tilltugg. Gruppen diskuterar frågor som handlar om hur införandet har gått till, vilka erfarenheter som kan dras och hur planeringen för framtiden ser ut. Fokusgrupps ledarna bandar samtalet för att kunna analysera och bearbeta resultatet från gruppdiskussionen. Det är därför viktigt att **du** vet om att allt som sägs i gruppen stannar där. Alla garanteras total anonymitet.

Vi planerar att träffas i X den X antingen på förmiddagen mellan kl. 9.30 – 12.00 eller på eftermiddagen mellan kl. 13.30 – 16.00. Vi träffas i Närsjukvårdens lokaler adress S:t Larsgatan 9D i Linköping.

Anmälan skickas senast den X till
Namn
mailadress

1. Hur såg det ut innan de nya riktlinjerna sattes in i er verksamhet? Vilka metoder använde ni er av innan riktlinjerna?
2. Vad har ni försökt att implementera? Vilka metoder har ni försökt att implementera? (Audit, Dudit, MI, ADAD (ungdom), DOK och ASI)
3. Vad ger man för stöd till personal för att använda sig av de nya metoderna som de utbildats i?
4. Hur följer ni upp att personalen faktiskt använder sig av de nya metoderna?
5. Hur kvalitetssäkrar ni ert arbete? (används aktuell forskning, evidensbaserade metoder, tidigare erfarenheter eller annat)
6. Hur ser din inställning ut till de nya riktlinjerna som har implementerats och de nya metoderna som har använts? (Följ upp med små frågor, hur menar du då? Har jag uppfattat dig rätt när du säger så här.)
7. Vilka utvärderings- och uppföljningssystem använder ni er av idag?
8. Vilka enheter tycker du känns angelägna att få med i en utvärdering av missbruksvården som kommunen/landstinget/privat har avtal med? (frågan kan mynna ut i en lista med kontaktpersoner).
9. Hur tycker du att fokusgruppsammansättningen ska se ut? Borde vi blanda kommunpersonal med landstingspersonal? Eller ska vi ha separata grupper vid varje träff?
10. Vad tycker du är viktigt att få utökad kunskap vad gäller personalens upplevelser av införande av de nya riktlinjerna?
11. Hur tillvaratar ni brukarnas önskemål och erfarenheter?

1. Vilka metoder använde ni er av innan "Kunskap till praktik?"
2. Hur har "Kunskap till praktik" bidragit?
3. Kände du dig delaktig vid införandet av de nya metoderna som finns i de Nationella riktlinjerna?
4. Vad har du fått för stöd från din arbetsplats i att använda er av de nya metoderna som finns i de Nationella riktlinjerna?
5. Hur följer man på din arbetsplats upp att de nya metoderna som finns i riktlinjerna används?
6. Hur ser din inställning till de nya metoder som finns i riktlinjerna ut?
7. Har de nya riktlinjerna förändrat ditt och dina arbetskamraters arbetssätt och känner du dig bekväm vid användandet av dem?
8. Känner du ett ansvar för att använda dig av de nya metoderna som finns i riktlinjerna?
9. Hur tillvaratar ni brukarnas önskemål och erfarenheter?
10. Vad hade ni önskat för stöd och vad önskar ni för stöd framåt?