LUND UNIVERSITY

Implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevården: Utvärdering av det nationella utvecklingsarbetet Kunskap till Praktik

Fridell, Mats; Holmberg, Robert; Billsten, Johan; Benderix, Ylva

2015

Link to publication

Citation for published version (APA):
Fridell, M., Holmberg, R., Billsten, J., & Benderix, Y. (2015). *Implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevården: Utvärdering av det nationella utvecklingsarbetet Kunskap till Praktik*. (Psykologiska rapporter från Lund, Vol 7 nr. 1.; Vol. 1). Lund University.

Total number of authors:
4

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Download date: 12. Oct. 2024

Psykologiska rapporter från Lund
Volym 7, No. 1, 2015

Implementering av Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevården

Utvärdering av det nationella utvecklingsarbetet Kunskap till Praktik

Mats Fridell, Robert Holmberg, Johan Billsten och Ylva Benderix

Institutionen för Psykologi, Lunds universitet
Institutionen för Psykologi, Linnéuniversitetet, Växjö

Psykologiska rapporter från Lund
Redaktör: Magnus Lindgren
ISSN 1404-8124

TILLKÄNNAGIVANDEN

Vi tackar alla deltagare för deras medverkan och ledningen för Kunskap till Praktik för ett välfungerande samarbete och information om de aktiviteter som planerades och genomfördes.

Vi vill också tacka alla medhjälpare i delar av fältarbetet: processledare, tjänstemän och studenter som medverkat i utvärderingen av framför allt baskurserna: Stina Benderix, Max Bremberg, Therese Ekman Ehn, Henric Hagelberg, Ebba Jacobsson, Malin Olsen, Erik Nilsson och Maria Yngwe.

Under projektets gång har två personer anlitats som statistiska konsulter: professor Martin Bäckström i den inledande studien och fil lic. Andréas Ivarsson vid Halmstad högskola i den aktuella rapporten.

Utvärderingen av Kunskap till Praktik genomfördes i två steg. Enligt regeringsbeslut 2008 och nytt regeringsbeslut 2012-05-10 (S2012/3547/FST) fick Socialstyrelsen i uppdrag att utvärdera Kunskap till Praktik.

Författarna: Mats Fridell, professor i klinisk psykologi, Leg psykolog och leg psykoterapeut, Specialist i Klinisk psykologi och i organisationspsykologi, Institutionen för Psykologi, Lunds universitet
Robert Holmberg är fil dr., Leg psykolog, prefekt vid Institutionen för Psykologi, Lunds universitet
Ylva Benderix fil dr., universitetslektor vid Institutionen för Pedagogik och behandlingspedagogik, Linnéuniversitetet i Växjö
Johan Billsten är fil mag, socionom vid Lundens LVM-hem samt doktorand vid Institutionen för psykologi, Linnéuniversitetet i Växjö.

RAPPORTER:
Slutrapport projekt 1 (2012): Utvärdering av Kunskap till Praktik 2008-2011
Delrapport 2 (2013): Utvärdering av Kunskap till Praktik 2012
Slutrapport projekt 2 (2015) Utvärdering av Kunskap till Praktik 2010 - 2014

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Tillkännagivanden 2

ABSTRACT 6
INLEDNING 9
Utvecklingsarbetet Kunskap till Praktik (KtP) 11
SYFTE 12
Frågeställningar 13
TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER 13
ETIK, FORSKNINGSINFORMATION OCH SEKRETESS 16
METOD 17
Urval 17
Design 1: Kvasiexperimentell design 18
Design 2: Förloppsdesign med fem mättillfällen 19
Tre nivåer i analysen: respondentnivå, kommunnivå och länsnivå 19
Aggregering av respondentdata 20
Bortfall 20
Statistisk analys 21

RESULTAT 23
I. EFFEKTER ANALYSERADE PÅ RESPONDENTNIVÅ 23
Användning av bedömningsmetoder från 2010 - 2014 25
Prediktion av användningen av bedömningsmetoder 26
Användning av psykosociala behandlingsmetoder 2010 - 2014 27
Prediktion av användningen av behandlingsmetoder 28
Sambandet mellan utbildningsinsatser och användning 29
Personalens syn på samverkan mellan huvudmän 31
Personalens uppfattning om brukarmedverkan 31
Personalens syn på socialstyrelsens riktlinjer 32
Personalens syn på kunskapsutveckling 32
Additivt index för de fyra frågeområdena 32
ORC: Organizational Readiness to Change - respondentdata 32
Faktorstrukturen i ORC inom kommun och landsting 33
Prediktiviteten i ORC 33
ORC. Prediktion av användning av behandlingsmetoder 34
ORC: Prediktion av användning av bedömningsmetoder 35

II. EFFEKTER ANALYSERADE PÅ KOMMUNNIVÅ 36
NIVÅ II - Socialtjänst (154 kommuner) 36
Användning av bedömningsmetoder i socialtjänsten 36
Prediktion av användning av bedömningsmetoder i socialtjänsten 37
Användning av behandlingsmetoder i socialtjänsten 38
Prediktion av behandlingsmetoder i socialtjänsten 39
NIVÅ II - Sjukvård 40
Enheter inom sjukvård/psykiatri/ beroendevård 40

Användning av bedömningsmetoder i sjukvård **40**
Prediktion av användningen av bedömningsmetoder i sjukvård **41**
Användning av behandlingsmetoder i sjukvård 2010 - 2014 **41**
Prediktion av användningen av behandlingsmetoder i sjukvården **42**

NIVÅ III - RESULTAT AV TRE DELSTUDIER PÅ LÄNSNIVÅ **43**
I. IMPLEMENTERING AV TRE NYA METODER FÖR LOKAUPPFÖLJNING **43**
De tre utvärderingsmetoderna för lokal uppföljning **44**
1. UIV - Utvärdering av insatser för vuxna **44**
2. Mångbesökarmodellen **44**
3. LOKE - Lokal utvärdering **45**
SYFTE **46**
METOD **46**
Urval **46**
Datainsamling **46**
1. Analys av intervjuer **46**
2. Analys av enkäter **47**
3. Analys av avslutande intervjuer **47**
RESULTAT **47**
Kvalitativa analyser **48**
Halvtidsanalysen **49**
- Framgångsfaktorer i implementeringsarbetet 50
- Hinder i implementeringsarbetet som beskrivits 50
- De som avbröt 50
- Avslutande intervjuer med FoU-enheternas projektansvariga **50**
SLUTSATSER **52**

II - BRUKARINFLYTANDE **53**
Brukarinflytande på flera nivåer 53
- SKL:s stöd till bildandet av ett nationellt brukarråd 53
- Utvecklingen av regionala brukarråd 54
- Utbildning av brukarrevisorer och beställarstöd 54
- Ekonomiskt stöd till brukarstyrda brukarrevisioner 54
- Möjliga uppgifter för brukarmedverkan 54
SYFTE **55**
METOD **55**
Deltagare 55
Datainsamling 55
RESULTAT **56**
Brukarråd och brukarrepresentanter **56**
Beroendecentra och synen på brukarmedverkan **57**
SLUTSATS **57**

III - DEN NATIONELLA BASKURSEN **59**
METOD **60**
Urval **60**
Webbenkäter till deltagarna före och efter baskursen 60
Oberoende bedömningar 60
Observationer 60
Kunskaps- och minnesfrågor 60
ORC-data 60
RESULTAT **60**
- Studenteras bedömning av kvaliteten 61
- Föreläsarnas egen bedömning 61
Observationer 61
- Närvaro 61
- Webbenkäter till baskursdeltagare 2010 och 2011 61
- En skattning av kunskapsläget inför baskurserna 61
- Efter baskursen 61
- Principalkomponentanalys av materialet 62
- Linjära mixade modeller 62
- Olika yrkesgrupper upplevde att de lärt sig olika mycket av baskursen 63
- Eget initiativ för att söka utbildningen ökade upplevelsen av nytta 63
- Mest nytta hade deltagare som kom från mindre orter utanför storstadsregionerna 63
- Deltagare från vissa huvudmän upplevde större nytta av kurserna 63
- Ettårsuppföljning av kunskapsläget 64
SLUTSATSER **64**

DISKUSSION **65**
Svagheter och styrkor i undersökningen 71
Slutsatser och rekommendationer 72

REFERENSER **75**
Publikationer och referensmaterial, aktiviteter inom SKL **80**

Förteckning över inspelade föreläsningar **81**

SEPARAT FÖRTECKNING ÖVER BILAGOR OCH TABELLER (58 sidor)

ABSTRACT

Det nationella utvecklingsarbetet Kunskap till Praktik (KtP) inleddes under 2008. Rekryteringen av deltagande län gjordes i tre etapper: hösten 2008, våren 2009 och hösten 2009. Utvärderingen inleddes under 2009 och avslutades 2014.

Urvalet var personal verksam inom landstings- och kommunal missbruks-/beroendevård. Primärvårdspersonal deltog i ett fåtal län och inkluderades därför inte. Urvalet i panelundersökningen omfattade personal i samtliga län. Det gjordes i två steg och bestod i den aktuella slutrapporten av 3 063 respondenter i 203 kommuner i 20 av landets län. Stockholm inkluderades inte i panel-undersökningen men ingår i redovisningen av aktiviteter på länsnivå. Resultaten redovisas separat för respondenter, på kommunnivå samt länsnivå.

Bortfallsanalyser visade små skillnader i bakgrundsvariabler mellan populationen och urval. Personalen var relativt homogen med ca 75% kvinnor, en medelålder av 46 år och 14 års yrkesverksamhet varav ca 7 år i missbruksarbete. Totalt fanns 8 yrkesgrupper representerade. Data för deltagare från kriminalvård och privata behandlingsenheter samlades också in men redovisas inte. Bakgrundsdata i urvalet till panelen jämfördes med bakgrundsdata i det numerärt mycket större urvalet från baskurserna 2010-2011 och överensstämmer bra. Representativiteten och generaliserbarheten av resultaten bedöms god. Vid jämförelser mellan de fem mättillfällena: 2010-2014 hade respondenter som deltog i samtliga mätningar oftare funktioner inom KtP som nyckelperson, processledare, utbildare än de som ej ingick. Missing data fördelades jämnt över mättillfällena.

På kommunnivå saknades uppgifter för 61 av de utvalda 264 kommunerna, mest de som inte gjort överenskommelser med KtP (jämförelsegruppen). Data analyserades för 154 kommuner och 74 landstingsenheter med 3 eller fler svarande. Inga kommuner föll bort p.g.a. missing data.

Designen i den aktuella rapporten är en prospektiv uppföljning av en panel med deltagare med upprepade mätningar vid fem tillfällen. Samtliga bedömnings- och behandlingsmetoder har analyserats men i slutrapporten används sammanfattande mått för respektive typ av utfall. Variabler som kunde predicera högre användning analyserades på respektive nivå.

Statistik: för analys av proportioner har $\chi 2$ använts. Principalkomponentanalyser användes för att gruppera variabler och variansanalys för att studera medelvärdesskillnader. Growth mixture modeling (GMM), en variant av SEM, användes som en grundmodell för att samtidigt urskilja kluster av respondenter eller kommuner som hade ett gemensamt beskrivbart förlopp över de fem mätpunkterna. Modellen tar således hänsyn till vilka respondenter eller kommuner som ingår i ett visst kluster över tid. I beräkningarna väljs den modell som har bäst förklaringsnivå/effekt för respektive utfallsmått. Modellens styrka anges med sammanfattningsmåttet *entropi*. Därefter beräknades vilka variabler på respondent- respektive kommunnivå som ”predicerade” utfallet bäst. Path-analyser i Mplus användes för att beräkna prediktiviteten i ORC-indexvariablerna på utfallet i bedömnings- och behandlingsmetoder.

Resultat: De första åren 2009-2011 kan betraktas som en *dissemineringsfas*, året 2012 som en *stabiliseringsfas* och åren 2013-2014 som en *konsolideringsfas* då det blev möjligt att studera vilka metoder och för vilka grupper som användningen av metoder fortsatte på en stabil nivå trots att finansieringen från KtP avbröts 2012. Analys av nivåer på genomförda utbildningsinsatser och ett kombinerat effektmått beräknades för fyra bedömningsmetoder och fyra behandlingsmetoder som ingick i KtPs utbildningssatsning.

Den tidigare analysen av interventionsgrupp versus jämförelsegrupp (Rapport 2012) gav inga tydliga skillnader. Den aktuella analysen grupperade i stället nivåer av användning och förloppen i användning över fem år i olika ”kluster” och detta gav mer meningsfulla resultat. Det fanns således kluster som ökade användningen, de som planade ut liksom kluster som minskade användningen över tid. Hela 17% av socialtjänstförvaltningarna och 19% av landstingsenheterna använde inte några evidensbaserade metoder under hela studien.

1. *Utbildningsinsatserna* för både bedömnings- och behandlingsmetoder ökade flerfaldigt under de fem åren och en mycket stor del av urvalet i panelen (mellan 70% och 90%) uppgav att man utbildats inom ramen för KtP. Andelen utbildade i AUDIT och DUDIT och ASI ökade från 2010 till 2014 med respektive 63%, 54% och 58%.
2. Användningen av bedömningsmetoder ökade för AUDIT och DUDIT med 40% respektive 36%. ASI ökade inte efter 2011 och ADAD ökade inte alls. Användningen ökade mer för metoder som KtP utbildat i jämfört med metoder som inte ingick i KtP:s utbildningsuppdrag. T ex ökade användningen av DOK med bara 1% även om andelen utbildade ökade med 24%. Sambanden mellan utbildning som givits av KtP och användning av motsvarande metoder var signifikanta. Från 2012 tillkom också en del nya bedömningsmetoder inom ramen för de tre nya utvärderingsmodellerna (särskilt LOKE och UIV).
3. Användning av de *fyra behandlingsmetoder* som ingick i KtP ökade, men det var främst två av metoderna som stod för ökningen från 2010 till 2014: MI med 28% och Återfallsprevention (ÅP) med 19%, medan haschavvänjningsprogrammet (HAP) och Community Reinforcement (CRA) ökade i liten omfattning med 10% respektive 4%. Även för några av de metoder som inte ingick i KtP:s metodutbildningar ökade andelen utbildade men på en låg nivå: 5% till som högst 12% för en av metoderna (KbT).
4. Prediktionsanalyser på respondentnivå visade att högst effekter fanns i program med respondenter som var mer involverade i arbetet med KtP i olika funktioner.
5. På kommun/landstingsnivå fanns de mest framgångsrika organisationerna i regioner med högre befolkningstäthet, större städer, och i betingelsen ”interventionskommuner” än i jämförelsekommuner och i lägst grad i den sist inkluderade ”omgången” i KtP.
6. För behandlingsmetoder fanns ett samband med 10 av 18 index i ORC medan för bedömningsmetoder bara ett av 18 index predicerade en hög användning år 2014. Organisationsfaktorer som ledarskap, förmåga att motivera medarbetarna, medinflytande, låg stress, tydliga mål och uppdragsformulering predicerade ökad användning.
7. Respondenternas uppfattning om betydelsen av *samverkan mellan huvudmän* var hela tiden positiv och som mest (2014) svarade 71% att samverkan fanns etablerad. Bedömningen fick stöd i en separat enkätundersökning där 17 av 20 län upprättat integrerade mottagningar mellan socialtjänst och sjukvård/psykiatri år 2014 och samverkansavtal hade ingåtts i 14 län. Respondenter inom sjukvården uttryckte en måttlig men signifikant mer positiv syn på samverkan än respondenter inom socialtjänsten.
8. *Brukarmedverkan* bedömdes som en angelägen uppgift för socialtjänst och sjukvård under hela studien, men viktigare inom sjukvård än inom socialtjänst. Ökningen i brukarmedverkan validerades i två separata undersökningar till landets brukarråd och beroendemottagningarna i samtliga län.
9. *Synen på Socialstyrelsen riktlinjer* var positiv från 2010 och genom hela studien. Personal från sjukvård var mer positiv till riktlinjerna än personal inom socialtjänsten.

10. *Kunskapsutvecklingen och behovet av ökade kunskaper* betonades av samtliga respondenter under hela undersökningsperioden men personal inom socialtjänsten bedömde kunskapsökningen som större än sjukvården under hela undersökningsperioden. Ökningen av utbildningsnivån i respondentenkäterna validerades mot de årliga rapporterna från KtP.
11. ***Implementeringen av tre uppföljningsmetoder*** genomfördes mellan 2011 och 2014 och följdes kontinuerligt i 13 av initialt 15 län. Det var tre inbördes mycket olika metoder som användes och som fick ekonomiskt stöd från KtP under tre år. **UIV** var den mest traditionella uppföljningsmetodiken och implementerades i tre nya län förutom Göteborg där den användes reguljärt. Mångbesökarmodellen avsåg att kartlägga sökandeströmmen för brukare med multipla vårdbehov och stora insatser. (5 län). LOKE syftade till att skapa kontinuerlig och systematisk dokumentation av målgrupper, insatser och resultat och att generera kunskap om de egna arbetsmetoderna. Initiala intervjuer gjordes med ansvariga, enkäter till deltagarna och avslutande intervju till både brukare och personal.
    Resultat: Samtliga tre metoder disseminerades planenligt. **UIV** nådde 385 personalmedlemmar och 848 brukare/klienter. *Mångbesökarmodellen* prövades och genomfördes i 5 län med 110 personalmedlemmar och 57 brukare. Metoden bedömdes som ”ej fullt utvecklad” av dem som använde den och var komplicerad att implementera. LOKE användes i 5 län och hade nått 1700 personalmedlemmar och en population klienter inom socialtjänsten med 5.700 brukare från olika typer av socialtjänstverksamheter.
12. ***Arbetet med brukarmedverkan och brukarinflytande*** markerade en uttalad ambition att stärka brukarnas inflytande inom missbruks- och beroendevården. KtP vände sig till brukarföreningarna i landet. Metodik i uppföljningen var observationer vid möten, enkäter till de ansvariga för brukarorganisationerna och en avslutande enkät som riktade sig såväl till brukarråd som till verksamhetsansvariga inom samtliga beroendecentra i landet.
    Resultat: Antalet brukarråd ökade från ett till två år 2009 till minst ett i vardera 20 län år 2014. Utbildningar i brukarrevisionsmetodik ökade så att vid årsskiftet 2013/2014 totalt 15 län utbildat brukarrevisorer och 10 län hade genomfört brukarstyrda brukarrevisioner fram till 2013/2014. Det fanns ett klart samband mellan de insatser som gjordes av KtP och ökad och formaliserad aktivitet i brukarorganisationerna.
13. ***De nationella baskurserna*** samlade som mest 15 000 deltagare. Det var det största projektet med nationell kunskapsspridning inom missbruks- och beroendeområdet som dittills hade gjorts i landet och omfattade kurser om fyra heldagar med personal från totalt 12 olika yrken och samtliga län. Utvärderingen omfattade 22 kurser på 24 orter i landet med observation, kvalitetbedömning och utvärdering per 2011. Totalt 8 130 deltagare tillfrågades och 5 357 deltagare besvarade en enkät både före och efter genomgången baskurs. Närvaron var mycket hög, 85% över samtliga fyra dagar. Kvaliteten på arrangemangen bedömdes hög och utbildningarna väl utformade och genomförda. Deltagarna bedömde innehållet som värdefullt och 50% skattade efter genomgången kurs att den hade förbättrat deras kunskaper och effektivitet i arbetet. Denna uppfattning kvarstod hos över hälften av deltagarna vid en uppföljning ett år senare.

    Mest positivt värderades basutbildningarna av deltagare från de regioner i landet där man inte tidigare hade haft tillgång till kvalificerade utbildningsinsatser. Deltagarnas eget initiativ till att gå utbildningarna inverkade dessutom positivt på värderingen även där dessa varit beordrade av arbetsgivaren.

INLEDNING

Socialstyrelsens riktlinjedokument som publicerades 2007 syftade till ge vägledning för arbetet inom missbruksvården i hela landet. Särskilt betonades utvecklingen mot ett evidensbaserat kunskapsperspektiv. Evidensstyrkan i slutsatserna redovisades för varje metod. Riktlinjedokumentet beskrev problemet med den ojämna fördelningen av tillgång till utredning och behandling i olika delar av landet och behovet av att göra insatserna mer tillgängliga nationellt.

Riktlinjedokumentet utgick bl. a. från slutsatserna i en tidigare systematisk översikt från SBU: ”behandling av alkohol- och narkotikaproblem - en evidensbaserad kunskapssammanställning” (SBU 2001; del I och II), kompletterad i den engelskspråkiga revideringen från 2003 av Berglund, Thelander och Jonsson (2003). Aktuell forskning samlades också in av de fem expertgrupperna.

Fem expertgrupper anlade ett brett tvärdisciplinärt perspektiv på riktlinjerna. Såväl medicinska metoder som t ex biologiska markörer för att mäta koncentration av alkohol och narkotika redovisades parallellt med psykologiska skattningsmetoder. Sex screening-metoder för missbruk-/beroende och metoder för kartläggning av individens livssituation presenterades främst ASI och DOK. För alkoholområdet redovisade farmakologiska behandlings-metoder vid alkoholabstinens och behandling vid olika akuta komplikationer. Vidare beskrevs elva olika medicinska behandlingsmetoder och 8 huvudtyper av psykosocial behandling för alkoholproblem. För narkotikaproblem beskrevs farmakologisk behandling vid avgiftning och underhållsbehandling samt 5 huvudtyper av psykosocial behandling. Definitionerna av missbruk och beroende i DSM-IV lyftes fram. Viktiga och för svenska förhållanden nya rekommendationer var de om behandling av samsjuklighet för missbruk/beroende och psykisk störning liksom prognosen i långtidsuppföljningar.

SKL fick 2008 i uppdrag av regeringen att genomföra ett utvecklingsuppdrag utifrån de nationella riktlinjerna med syftet att sprida kunskap om missbruk-/beroende i hela landet och öka tillgängligheten till utredning och behandling (Regeringen 2008; 2011). Utvecklingsarbetet ”Kunskap till Praktik” (KtP) organiserades så att dessa intentioner skulle kunna förverkligas (Brännström 2008; SKL 2008, 2008a.) Arbetet inleddes med att skriftliga överenskommelser gjordes mellan SKL och huvudmännen i länen och mellan socialtjänst och landsting. Nästa led i arbetet blev att sprida kunskaper i hela landet (SKL 2008b). Benämningen utvecklingsarbete valdes med avsikt av SKL/ KtP för att markera att de insatser som gjordes skulle både införas (dissemineras) under 3 år och sedan fortsätta att användas även när KtP hade avslutats. KtP:s uppgift var att stödja detta arbete med den långsiktiga ambitionen att metoder och kunskaper skulle förankras, finnas kvar och vara implementerat hos huvudmännen även när utvecklingsarbetet hade avslutats. Denna sista del ingick inte i uppdraget till KtP. Initialt planerades att primärvården skulle medverka men intresset var här inte tillräckligt starkt.

Under de första åren 2008-2011 organiserades arbetet så att styrning, stöd och uppföljning av utvecklingsarbetet skulle underlättas hos huvudmännen. Arbetet på fältet delegerades till lokala processledare och nyckelpersoner och innebar en stor logistisk utmaning. Dessa anställdes på relativt kort tid av sina egna huvudmän med finansiering från SKL. Utvecklingsarbetet med kansli, pro-

cessledare och nyckelpersoner och en rådgivande expertgrupp av forskare och praktiker från missbruks-/beroendevården ökade erfarenhetsutbytet och bidrog till att förslagen uppfattades som legitima på fältet. Kontakter mellan företrädare för forskning/utveckling och processledare, nyckelpersoner och funktionärer organiserades i regelbundna konferenser. KtP:s arbete mötte ett starkt gensvar både bland dem som skulle genomföra arbetet på fältet och bland politiker och tjänstemän. Se SKL 2009, 2010, 2011, 2011a).

Prioriteringen av kunskapsområden föreslogs av bl. a. expertgruppen. Kunskaper om riktlinjer, bedömning/utredning och behandling samt evidensbaserad praktik gjordes därmed tillgängligt för personal inom missbruks- och beroendevård i en omfattning som inte funnits tidigare. En stor bredd i de teoretiska ramarna och förståelsen av missbruk/ beroende som ett komplext område förmedlades vid de stora nationella baskurserna och fördjupningskurserna liksom i metodutbildningarna. Här försökte man skapa en samsyn om kunskaper och färdigheter för både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Arbeten om implementering som de av Fixsen m fl (2005 och 2010); fokuserar vanligen på hur redan etablerade metoder implementeras. För KtP var uppgiften mer omfattande; att sprida och förmedla metodkunskap också till personalgrupper med ibland relativt små förkunskaper. Baskurserna gav en rational, ett sätt att tänka multifaktoriellt kring missbruksfrågor, som för många deltagare upplevdes nytt och relevant. Man försökte överbrygga att personal från olika discipliner och verksamhetsområden kan ha olika grundkunskaper från den egna disciplinen liksom att synen på och erfarenheter av att arbeta mer systematiskt med evidensbaserade metoder kunde vara mycket olika (Bergström & Sundell 2011: Socialstyrelsen 2008, 2008a, 2010, 2011). Baskurserna blev en mötesplats mellan arbetstagare från olika verksamhetsområden där dessa frågor levande-gjordes.

I rapporten följs utvärderingen av insatserna i utvecklingsprojektet Kunskap till Praktik (KtP) från starten 2008 till juni 2014. De första urvalen och datainsamlingen gjordes under 2009. Till de större förändringarna i den aktuella rapporten jämfört med tidigare rapporter är att ett tidigare redovisat urval med 16 län nu kompletterats med ytterligare 4 län samtidigt som designen och den statistiska analysen reviderades. Analyserna omfattar därmed data för samtliga fem år 2010 t o m 2014. Stockholm inkluderades inte i panelanalyserna. Därmed var det 20 län med 264 kommuner som utgjorde populationen och förloppet följdes över tid i en ”panel” med 3 063 respondenter: behandlare och tjänstemän som arbetade med missbruksvård i de 20 länen. På ”länsnivå” däremot inkluderades Stockholm i utvärderingarna av de tre lokala utvärderingsmetoderna, spridningen av brukarmedverkan som inletts redan 2010 och utvecklingen av samverkan mellan huvudmän och de nationella baskurserna.

Strategin i KtP, att med statliga medel åstadkomma förändring blev ett sätt att snabbt förverkliga politiska beslut och ambitioner. Men snabbheten i genomförandet medförde också att arbetet redan hade pågått en tid när utvärderingen kunde inledas. Även om ambitionen från SKL och social-styrelsen var att följa hela processen kunde forskarna/utvärderarna inte påverka upplägget av interventionen med förmätningar och kontroll av processen redan från start. Inte heller i valet av interventioner skulle forskargruppen påverka besluten. Den mycket höga ambitionsnivån i KtP och den snabbhet varmed deltagande län inkluderades påverkade möjligheten att beskriva

läget ”före KtP”. Många kommuner som inte ingått överenskommelser med SKL inspirerades till att delta vilket var lyckat ur KtP:s synvinkel men problematiskt när de nytillkomna kommunerna inte längre kunde användas som ”kontroll” på det sätt forskarna antagit.

Slutrapporten redovisar i koncentrat hur vi valt att operationalisera och kontrollera data, bortfall och representativitet. I den första rapporten för åren 2009-2011 redovisades en kvasiexperimentell design och en stor mängd deskriptiva data. Men effekterna var små när respondenter och kommuner/landstingsenheter som ingick i KtP jämfördes med dem som inte ingick. Designen och för-söken att post-facto kontrollera vilka bakgrundsfaktorer som inverkade gav inte en tydlig bild av hur KtP:s insatser inverkat. Också den imputeringsmetod som användes i de första analyserna (last observation carried forward, LOCF) visade sig mindre lämplig att använda över ett längre perspektiv eftersom den förutsatte en linjär ökning över tid, vilket inte är rimligt att anta.

Den statistiska beräkningsmetod som bedömdes bäst kunna beskriva både förloppen och utfallet över de fem mätpunkterna var en statistisk metod; Growth mixture modeling (GMM) som är en variant av Structural Equation Modeling (SEM-analys). Användningen av olika metoder har med denna metodik kunnat följas över fem mätpunkter där skillnader i förloppen speglade en samman-sättning av delvis olika grupper av respondenter eller kommuner/landsting. Mer om detta under metod.

Bredden i de teoretiska utgångspunkterna i implementeringsforskning belystes i tidigare rapporter och dessa har väglett i valet av data och beräkningsmodeller. Tre huvudområden i analysen är: a) förhållanden före KtP, b) insatser inom ramen för KtP som utgör oberoende variabler, samt c) ”kvarstående ”effekter” i form av fortsatt tillämpning/implementering av bedömnings- och behandlingsmetoder även efter finansieringen från KtP avslutats. En viktig utgångspunkt från KtP:s kansli och projektchef Gunborg Brännström har varit att KtP var ett *utvecklingsarbete med långsiktiga mål* och inte ett projekt som avslutas när projektmedlen är slut. Här har mätpunkterna 2013 och 2014 blivit ett viktigt tillägg till den tidigare rapporten där det blivit möjligt att beskriva sen-förloppet. Den sista kompletterande datainsamlingen gjordes i november 2014.

Till rapporten fogas ett separat appendixavsnitt med forskningsinformation och tabeller samt vissa grundläggande statistiska redovisningar.

Utvecklingsarbetet - ”Kunskap till Praktik” (KtP)

Kunskap till Praktik är en modell för att organisera och genomföra ett *stöd* till implementering utvecklad av Sveriges Kommuner och Landsting. Erfarenheterna från en tidigare nationell satsning, alkoholkommittén där Gunborg Brännström var ordförande togs tillvara (Brännström 2008). Den långsiktiga ambitionen var att de erfarenheter och insatser som finansierats av KtP skulle fortleva och förvaltas av länen och deras huvudmän. Kompetensutvecklingen skulle efter 2012 ha integrerats i det löpande arbetet i kommuner och landsting och därmed kunna finnas kvar oberoende av fortsatt externt ekonomiskt stöd från KtP. Valet av insatser: bedömningsmetoder, behandlingsmetoder och utbildningar för att stimulera kunskapsutveckling,

samverkan och brukarmedverkan följde intentionerna i Riktlinjedokumentet från Socialstyrelsen (2007).

I ett inledande skede (2008) tog kansliet vid SKL i Stockholm kontakt med huvudmännen i samtliga län och skapade ett kontaktnät som utvidgades under de följande åren. Medel från SKL/KtP avsattes bl. a. för att avlöna processledare som fick ansvaret för det löpande arbetet med regionalt genomförda utbildningsinsatser, baskurser (nedan), liksom att motivera anställda och huvudmän till att följa och utvärdera arbetet lokalt. I arbetet ingick att knyta an till befintliga rutiner och insatser liksom att skapa nya där sådana saknats tidigare. Utöver löpande anslag anvisades medel till s.k. baskurser runtom i landet och regionala uppföljningar genomfördes. Under de sista tre åren kompletterades tidigare paneldata med tre nya mätningar; 2012, 2013 och 2014. Dessutom infördes ett nytt projekt med tre utvärderingsmodeller, dels kompletterades en tidigare initierad utvärdering av brukarinflytandet. Arbetsgången och genomförandet av utvecklingsprojektet rapporterades varje år från 2008 till 2014 i de årliga uppföljningarna från Kunskap till Praktik (SKL 2008-2014).

Den första ”omgången” av Kunskap till Praktik inleddes med 7 deltagande län hösten 2008. En andra omgång inleddes våren 2009 med 6 län och en tredje omgång med 8 län startade hösten 2009. Datainsamlingen inleddes 2009 och har sedan fortsatt nationellt. Totalt var år 2010 samtliga 21 län och 155 (53%) av landets 290 kommuner involverade i KtP enligt definitionen om länsvis ingångna överenskommelse med KtP/SKL där landsting och kommunförbund var parter. Samma förfarande användes på lokal nivå i samarbetet mellan huvudmännen. Perioden 2010-2011 betecknas i den här rapporten som en *dissemineringsfas* för de olika insatserna. Avsikten var att nå chefer och personal inom socialtjänst och sjukvård, främst psykiatri och beroendevård men också distriktsvård. Många av arrangemangen stod öppna också för privata behandlingsverksamheter och organisationer.

Den här redogörelsen fokuserar på insatser och utfall inom socialtjänst och sjukvård-/beroendevård/psykiatri. Primärvården togs inte med i analysen. Data samlades in också från kriminalvård och privata vårdgivare men dessa har inte använts i analysen.

Samtliga interventioner över hela landet följdes med enkäter varje år till respondenterna i ur-valet, därtill med observationer, intervjuer och registerdata. På ett nationellt plan skapade den utbildningsintervention som kallas ”baskursen” en hög aktivitet på länsnivå och fick stor uppslutning och uppmärksamhet. Baskursen vill vi beskriva som en ”programförklaring” för Kunskap till Praktik.

SYFTE

Syftet med studien var att utvärdera i vilken omfattning utvecklingsarbetet som letts av KtP för att införa och etablera Socialstyrelsens riktlinjer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst har lett till en ökad användning av metoder och utvärderingsinstrument, av samverkan mellan huvudmän samt om brukarinflytandet ökat. Vilka metoder som i så fall implementerats framgångsrikt och vilka som kvarstått på en nivå som är högre än när KtP inleddes.

Syftet var också att studera vilka faktorer på individnivå, kommunnivå och länsnivå som predicerat eller samvarierar med ökad användning. Slutligen också att studera om nivåerna består även när de ekonomiska bidragen från SkL har upphört eller reducerats (främst 2013 och 2014). Vidare att användningen av riktlinjer kan härledas till eller har ett tidssamband med de insatser som genomförts inom ramen för KtP.

Frågeställningar

1. *Vilka faktorer hos arbetstagarna inverkar på implementeringen av riktlinjerna (respondentnivån).*
2. *Har användningen av olika metoder förändrats över de fem mättillfällena?*
    a) Hur ser gruppen behandlare ut?
    b) Vilka kommuner eller grupperingar av kommuner har en stabilt hög nivå i sin användning, vilka ökade, vilka minskade respektive vilka har haft en låg nivå över de fem mättillfällena?
    c) Har implementeringen av riktlinjerna nått ut till hela landet?
    d) I vilken utsträckning har Socialstyrelsens riktlinjer börjat tillämpas i praktiken inom Socialtjänst, sjukvård/beroendevård?
    e) Har användningen fortsatt även sedan det ekonomiska stödet avbröts.
    f) Kan modellen som KtP använt användas vid andra implementeringsförsök

3. *Finns det samband mellan insatser i KtP och förändring i tillämpningen av riktlinjer?*
    a) T ex skedde en förändring i tillämpning *som följd av* insatser i KtP?
    b) Vilken typ av insatser ökade mest (utredningar/bedömningsmetoder, behandlingsmetoder, samverkansinsatser, samsjuklighet (SIP), brukarinflytande?

4. *Spelar kommunernas lokala förutsättningar för implementering och utvecklingsarbete (d.v.s. organisation, kompetens och ledarskap) roll för genomförd implementering?*
    a) Vad är det som gör att en metodik som implementerats fortsätter att användas över tid respektive faller bort.
    b) Hur lång tid har det tagit att implementera olika delar av riktlinjerna?

TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

I rapporten skiljer vi mellan *diffussion* som avser en passiv spridning av innovationer eller nya metoder, *disseminering* som avser riktade och avsiktliga strategier för att sprida en viss kunskap eller innovationer och *implementering* som definieras som:

> ” de procedurer som används för att införa nya metoder eller ny kunskap i en verksamhet, och säkerställa att metoderna eller kunskaperna kommer att finnas kvar under tillräckligt lång tid, för att ge en effekt. Implementering omfattar därför också de strategier som används för att förankra och kvalitetssäkra insatserna från beslut till genomförande” (Holmberg & Fridell, 2006, s. 8; 2008).

Fixsen et al (2005) identifierar sju kärnkomponenter vid implementering: a) bemanning, b) utbildning, c) handledning, d) utvärdering av och återkoppling till personal, e) utvärdering och återkoppling om metoder/program, f) organisatoriska och administrativa stödfunktioner samt g) organisationsinterventioner som riktar sig till verksamheten i sin helhet. Figur 1 sammanfattar centrala ”drivkrafter” för att utveckla bättre service för brukare i organisationen (Fixsen, Sundell, Blase, & Van Dyke, 2010). En sida i figuren betonas kompetens. En annan sida representerar faktorer i en stödjande organisation och en tredje sida faktorer kring ledarskap och styrning.

Organisation definieras i KtP av politiskt stöd som utgår från regeringens direktiv för utvecklingsarbetet som en nationell insats. Vidare av politiskt stöd inom länen: länsstyrelse, kommunstyrelse och landsting. KtPs arbete har förankrats i politiska överenskommelser mellan SKL och regionala huvudmän. Vidare har lokala överenskommelser gjorts mellan styrgrupperna på länsnivå och lokala verksamheter. Verkställigheten av beslut i form av deltagande i olika aktiviteter och samverkan inom KtP har beslutats lokalt. Nyckelpersoner på olika beslutsnivåer har skapat ett stöd för insatserna.

Genomförandet av insatserna i form av kurser/utbildning har genomförts av processledare som i Fixsens et al modell (2010) kan motsvara coaching. Processledarna tränades för att arbeta mot personal för att förbereda utbildningar och samverkan. Dessa har försökt få lokala styrorgan att välja ut personal som är särskilt lämpad att arbeta med implementeringsarbetet. Som en fortsättning på centralt arrangerade kurser och utbildningar har huvudmännen anmodats att stötta arbetet med handledningsinsatser och/eller fördjupningskurser.

Klimat och målstyrning är aktiviteter som organisationerna själva har ansvarat för och där den centrala ”baskursen” angav tonen för hur man ute i verksamheterna kunde tänka kring arbetet med riktlinjerna och hur bedömnings- och behandlingsmetoder förutsattes ge gynnsamma effekter för personal och brukare.

Forskningsöversikten av Fixsen et al. (2005) belyser främst forskningen kring implementeringen av specifika metoder och program. D.v.s. implementeringsstrategier som kan vara alltifrån mycket enkla instrumentella insatser som hur man tvättar händerna till mer komplexa som införandet av nya behandlingsmetoder. Det är den senare nivån i organisationen som KtP främst arbetat med. Den illustrerar organisationens beredskap för att påbörja ett förändringsarbete samt de olika individuella och kontextuella faktorer som har betydelse för att upprätthålla den initierade för-ändringen.

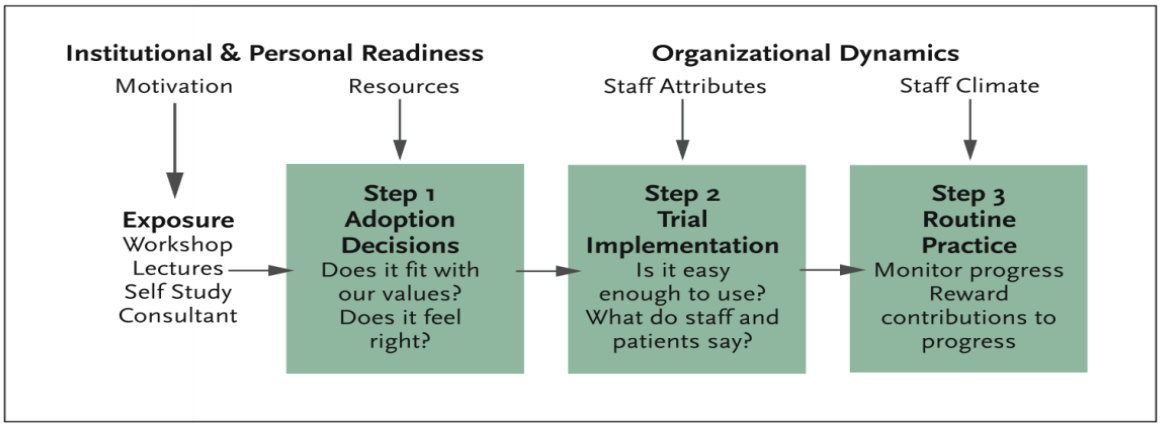
Ett instrument som mäter komponenter som är av betydelse för utvecklingsarbetet är det av Simpson & Flynn utvecklade instrumentet Organizational Readiness for Change (ORC) som utvecklats inom ramen för forskningsprogram inom missbruksbehandling (Simpson & Flynn, 2007; Weiner et al 2008). ORC prövas av Socialstyrelsen i en svensk översättning under namnet ”beredskap för förändring - BFF (Socialstyrelsen 2013)

Figur 1. En modell för hur olika kärnkomponenter i implementering samverkar (efter Fixsen, Sundell, Blaise, & Van Dyke, 2010).

ORC kan ge en lägesbeskrivning som underlättar identifieringen av och arbetet med att stärka svaga punkter i en implementeringsprocess (Simpson & Flynn, 2007). Man kan upprepa mätningen för att utvärdera om insatser som gjorts har gett åsyftad förändring. Syftet är att underlätta för verksamheten att inleda arbete med nya effektiva metoder och arbetssätt genom att höja medvetenheten om vad som kan underlätta respektive försvåra förändringsarbetet. Det är också med den här modellen som bas som Socialstyrelsen i publikationen ”Att leda evidensbaserat praktik” (2010) presenterat en svensk version av instrumentet. Simpson m fl beskriver en förändrings-process i tre steg (se figur 2) och stegen är a) exponering, b) beslut om införande, c) implementering och d) tillämpning.

I det första steget i figur 2 nedan får man kunskap om den nya metoden genom att läsa eller ta del av föreläsningar osv och den avgörande faktorn för hur man förhåller sig till ny information under denna fas är enligt Simpson m fl. hur motiverad man är, d.v.s. vilka krav på förändring av den egna verksamheten man upplever nödvändiga. *Motivationsfaktorerna* är: 1) utvecklingsbehov, 2) utbildningsbehov, 3) förändringskrav). Även missnöje hos personalen eller upplevelse av obalans i organisationen (Quinn & Weick, 1999) kan vara incitament för förändring.

I nästa steg fattas beslut. Här spelar sådana faktorer som verksamhetens tillgängliga resurser en viktig roll. Har personalen bra 4) lokaler, 5) förutsättningar och 6) utbildning? Om resurserna tillåter, kan man i nästa steg pröva en försöksimplementering, d.v.s. att man testar att arbeta på det nya sättet och där antas personalens egenskaper spela stor roll för upplevelsen av att utvecklas yrkesmässigt: (9) yrkesmässigt växande, har 10) tilltro till egen förmåga, 11) inflytande, 12) anpassningsförmåga och 13) arbetstillfredsställelse.



Figur 2: Faserna i ett implementeringsarbete enligt Organizational Readiness for Change.

I steg 3 slutligen skall metoden rutiniseras så att den blir en del i den ordinarie verksamheten. Under det här skedet spelar personalens egenskaper och organisationsklimatet en stor roll för metodens överlevnad. Organisationsklimatet omfattar indexen: 14) uppdrag, 15) sammanhållning, 16) autonomi, 17) kommunikation, 18) stress, 19) förändring och 20) ledarskap.

Instrumentet Organizational Readiness for Change omfattar drygt hundra frågor fördelade på 20 indexvariabler. Instrumentet är standardiserat och validerat (Simpson et al 2007). Vi uteslöt i enkäterna initialt två grupper av frågor om tillgång till datorer och internet (index 7 och 8) som i denna studie dels ansågs vara en förutsättning för att deltagarna ska kunna besvara enkäterna dels 2010 borde förutsättas vara relativt lika fördelat mellan olika kommuner. En viktig fråga var om ett frågeformulär som ORC kan *predicera* förändring lika bra eller bättre än strukturella faktorer. Den frågan analyseras under ”respondentnivån” i resultatdelen.

ETIK, FORSKNINGSINFORMATION OCH SEKRETESS

Alla län och verksamheter som involverades i Kunskap till Praktik kom vid starten överens med ledningen för KtP om att medverka i det praktiska genomförandet av arbetet och processledare, nyckelpersoner, styrgruppdeltagare underlättade forskningsgruppens datainsamling genom att uppmuntra och förtydliga uppdraget.

Cheferna för alla enheter som deltagarna ingick i informerades först i brevutskick före studien inleddes och i nästa steg informerades personalen i missiven vid varje webbenkätutskick. En telefonlinje med forskningsgruppens medlemmar hölls öppen under alla undersökningens delar. Muntlig information lämnades dessutom vid samtliga utbildningsinsatser och möten. De deltagande forskarna fick många tillfällen att presenterade sig själva, sin roll i KTP och bakgrunden till studien. Alla informerades om att persondata eller andra individuella data inte efterfrågades eller sparades och att studien inte omfattade utfall/effekter för klienter/patienter/brukare. I missiven informerades alla verksamheter och respondenter om att deltagande var frivilligt och att man när som helst kunde begära utträde ur undersökningen.

Inför de stora utbildningssatsningarna samlades enkäter in ettdera på plats eller via webbenkäter. Mailadresser erhölls därvid från kursarrangörerna, processledarna eller nyckelpersonerna. För att minska risken för att respondenterna skall känna sig identifierade har dessa inte behövt uppge exakt var de arbetar utan i stället det område de är verksamma inom. Inga personliga uppgifter samlades in. Som mest sändes fem påminnelser. För personer som i sina mail svarade att de inte ville medverka togs mailadressen bort (informationsbrev i appendix). Ett webb-företag som Socialstyrelsen samarbetat med tidigare, administrerade forskningsprojektets utskick och datainsamling. Samarbetet fungerade utmärkt.

För att datorn skulle kunna ”känna igen” mailadressen utan att individen kunde identifieras som person användes, där upprepade mätningar gjorts, en metod utvecklad av Socialstyrelsen. Varje respondent angav första bokstaven i sin mammas förnamn, första bokstaven i faderns förnamn samt första och sista siffran i sitt eget personnummer. Förfarandet hade visat sig ge god träffsäkerhet utan att individens personliga identitet behövde röjas. En felkälla vid de stora webbenkätutskicken vid basutbildningarna var att 2% av de ca 9 000 respondenterna felaktigt uppgav samma mailadress och ytterligare 5% helt utelämnade mailadress. Bortfallsanalysen redovisades utförligt i rapport 2012, sid 74-75.

METOD

Urval

Populationen, definierades som den personal som arbetar inom klientnära verksamheter inom missbruksområdet under 2009/2010. Förfrågningar till SCB om möjligheten att kunna avgränsa populationen av anställda inom missbruks- och beroendevården i landet visade att den typen av uppgifter saknades (se söksträngar i SCB 2008 och 2011 i referenslistan).

Urvalet gjordes i två steg. I ett första steg spårades under 2009 totalt 3 287 respondenter genom direktkontakt och/eller telefonkontakter med landets samtliga länsstyrelser, kommuner, landsting, beroendemottagningar m m. Inklusionskriteriet var att arbetstagarna skulle arbeta inom missbruks- och beroendevård. Alla dubbelregistreringar p.g.a. dubbel tjänstgöring i både landsting och kommun exkluderades varvid 2 706 respondenter återstod varav 345 chefer. I detta första urval ingick 223 kommuner i 16 av landets 21 län. Antalet kommuner där det fanns respondenter som svarat på enkäter var 163. Därutöver följde forskarna på plats de insatser från KtP som gjordes i landets olika regioner och kompletterade uppgifterna i materialet.

Av landets kommuner var det 155 som ingått överenskommelser med SKL och i det första urvalet med 16 län ingick av dessa. Analys av skillnaderna mellan dem som inkluderats i interventionsgruppen kontra jämförelsegruppen var få och små (Appendixtabell 1 och 2). Detta första urval utgjorde grunden för den första rapporten till Socialstyrelsen och baserades på registerdata från SCB och Socialstyrelsens ”öppna jämförelser” (Rapport 2012).

Svårigheter att få uppgifter från resterande 5 län eller felaktiga uppgifter hanterades genom att ett nytt kompletterande urval samlades in under 2009 med samma inklusionskriterier som det tidigare. Förutom förnyade förfrågningar till kommuner och landsting i de fem länen, användes bl. a.

deltagarlistor från de nationella baskurserna som kontroll av täckningsgraden. Uppsala, Kalmar, Västernorrland och Norrbotten tillkom i detta skede. Studien vände sig därmed till 264 kommuner exklusive de i Stockholms län. Respondenter fanns därmed i *203 av landets kommuner*.

Av de 155 kommuner som ingått överenskommelser med SKL:s fanns det år 2010 tio kommuner i Stockholms län. I panelundersökningen fanns då respondenter från 144 deltagande kommuner. Utöver dessa 144 kommuner vände vi oss till ytterligare 59 kommuner som inte hade ingått överenskommelser med SKL (jämförelsegruppen).

Stockholms län exkluderades beroende på de mer gynnsamma förutsättningarna i Stockholm med en högre tillgång och efterfrågan på utbildning och kvalificerad behandling inom missbruksområdet jämfört med övriga landet. Detta försprång hade dessutom funnits under många år. Genom att Stockholm och dess kranskommuner är numerärt stort skulle detta ”försprång” kunnat ge en mindre representativt bild för landet. En lokal utvärdering för Stockholmsområdet publicerades dessutom 2010 och redogjorde för insatserna vid den tidpunkt som KtP inleddes (Christophs, 2009).

Med 20 län inkluderade ökade antalet respondenter till 3063. På individnivån fanns skillnader i ålder och antal år på arbetsplats; signifikanta men små; 1.1 år äldre och 0.7 år längre arbete på den egna arbetsplatsen i de nya länen jämfört med de övriga länen. I jämförelse med kommuner i de 16 länen hade de 4 nya länen en lägre befolkningstäthet, mindre befolkningsmängd och fler mindre städer och boende i glesbygd. I data från Socialstyrelsens öppna jämförelser fanns dessutom skillnader på tre variabler som handlade om kvalitet och utbud av tjänster (appendixtabell 4). I det kompletterande urvalet ändrades proportionen mellan Socialtjänst och sjukvård så att det i de fyra nya länen var 12% fler som kom från sjukvård än tidigare. I det kompletterande urvalet fanns fler respondenter som arbetade i psykiatrin jämfört med det tidigare urvalet, nivån av fortbildning var lägre och att funktioner inom KtP som utbildare/metodstödjare var mindre vanliga.

Design 1: Kvasi-experimentell design

Deltagande län och kommuner inkluderades i tre etapper; hösten 2008, våren 2009 och hösten 2009 och i den ordningsföljd som kommunerna ingick formella överenskommelser med SKL (appendixtabell 3). Forskarna kunde inte påverka urvalet av kommuner eller utformningen av interventionerna i någon del av studien. Data insamlades med flera samtidiga och olika metoder (triangulering) i den nationella observationsstudien. Mätningar i panelenkäten gjordes årsvis 2010 till 2014 under april-maj med påminnelser fram t o m juni 2014.

I den första analysen prövades en *kvasiexperimentell design* på de första 16 länen där kommunerna delades in i *en interventionsgrupp* med de kommuner som från 2009 var kontrakterade med KtP med 2 404 mailadresser. I utskicket ingick 883 mailadresser från de kommuner som inte ingått överenskommelser med SkL. Svarsfrekvensen totalt var ca 65% i den första enkäten. Analys av bakgrundsfaktorer på respondent- och kommunnivå (Öppna jämförelser 2008, SCB 2010) visade få skillnader mellan de två betingelserna (appendixtabell 2). Kompletterande analyser i enkäterna från baskurserna bekräftade att behandlare inom fältet var en i många avseenden *homogen grupp* avseende, kön, ålder, tid i vårdyrket, utbildning, fortbildning o s v (Rapport 1, tabell 8 & 9). Vi

bedömer att urvalet är representativt för den personal som arbetar med missbruks-/beroendevård inom socialtjänst och psykiatri/beroendevård.

Design 2: Förloppsdesign med fem mättillfällen

För att säkrare kunna avgöra vilka förändringar som haft samband med KtPs arbete, grupperade vi insatserna från KtP under perioden 2010-2011 som en ***dissemineringsdel*** *i* studien medan 2012 betraktas som en ***stabiliseringsdel*** då insatserna teoretiskt sett skulle vara etablerade och 2013-2014 som en ***konsolideringsdel*** där det gick att bedöma vilka insatser från KtP som kvarstod efter 2012 (2013-2014) när nya medel från KtP inte längre tillfördes.

Den fortsatta analysen baseras på frågan vad som kännetecknar de kommuner som mest framgångsrikt lyckats implementera KtP:s metoder och vad som karakteriserar kommuner eller regioner där implementeringen lyckats mindre bra. Den fortsatta analysen har gjorts på fem olika mättillfällen (mars-april varje år). Förloppen beskrivs i SEM-analyser som analyserar förändringar över tid för kluster av respondenter och kluster av kommuner som utvecklas inbördes olika.

Tre nivåer i analysen

Analysen identifierar grupper kluster av *respondenter (nivå 1),* kluster av *kommuner/landstingsenheter, (nivå 2),* och *län* (nivå 3) där det går att urskilja betingelser för de kommuner/län som lyckats bäst när det gäller implementeringsinsatserna, d.v.s. att kunna identifiera framgångsfaktorer. Inom varje nivå analyseras sedan de grupper av organisatoriska variabler, bakgrundsvariabler, insatsnivåer, osv som förutsattes predicera eller visa samband med ett lyckat utfall.

Respondentnivå (nivå 1): panelenkät med återkommande mätningar 2010, 2011, 2012, 2013 och 2014 med samma respondent (n=3.063).

Tabell 1. *Svarsfrekvenser hos respondenterna i de 20 länen 2010-2014.*

Enkät	Antal respondenter Panel - 16 län	Antal respondenter Kompletterande 4 län	Antal enkäter totalt
2010	1755	------	1755
2011	1618	784	2402
2012	1351	539	1890
2013	1133	527	1660
2014	975	421	1396

Kommunnivå (nivå 2): aggregering av respondentdata till kommunnivå där kommuner med *minst tre respondenter* inkluderats vid samtliga mättillfällen (n=154 kommuner). Med tre svarande i varje kommun ingick i de 20 länen totalt 154 kommuner och 74 landstingsenheter som haft 3 eller fler svarande.

Länsnivå (nivå 3): Data för 20 län används. Vissa data är unika för respektive analysnivå och vissa utfallsdata är också olika för varje nivå medan andra är gemensamma. I redovisningen av baskurs, de tre lokala utvärderingsmetoderna och baskursen finns Stockholm med.

Aggregering av respondentdata till kommunnivå

Tidigare redovisningar (rapport 1 och 2, 2012 resp. 2013) redovisade enbart data på respondent-nivå i samtliga kommuner. Kommuner med en proportionellt liten andel respondenter vägde lika tungt som kommuner med många respondenter när medelvärdesjämförelser gjordes (tabell 2).

För att kunna använda statistiska beräkningsmetoder som samtidigt analyserar variationen mellan mättillfällen och mellan olika statistiskt framtagna grupperingar omvandlades data via sina procentsatser till intervalldata med värden från 0 - 100. Andelen svarande i varje kommun anges då som en procentsats av andelen respondenter som använder en viss metod (värde 0 - 100). Tillvägagångssättet medgav att parametriska data används med mer utvecklade statistiska metoder där förändringar i genomförda insatser kan analyseras över tid, samtidigt som samband mellan olika prediktorvariabler beräknas. Vi använder en variant av SEM-analys (främst Growth mixture modeling (GMM, se Ram & Grimm, 2009) även på denna nivå (Byrne 2011).

Tabell 2. *Antal respondenter 2011 och fördelning över antal kommuner och landstingsenheter i 20 län*

	3 eller fler svar	**5 eller fler svar**	**10 eller fler**	**25 eller fler**
Respondenter	2965	2810	2456	1745
Kommuner	154	102	57	18
Landstingsenheter	74	44	31	12

Data på kommunnivå har omkodats så att varje kommun förekommer endast en gång som ett case. I tabell 2 redovisas det antal respondenter och antal kommuner som fanns i beräkningarna vid olika villkor. Den rimligaste analysen bedömdes vara den som baserades på tre eller fler svarande i respektive kommun. Högre nivå av svarande skulle minska representativiteten och power i de statistiska analyserna. Vid 3 respondenter per kommun finns totalt 154 kommuner och 74 lands-tingsenheter representerade (Se tabell 2).

Bortfall

Ej inkluderat: Stockholms län med 26 kommuner tog inte med. Kommundata har jämförts för de 155 kommuner som inkluderats med de 135 kommuner som inte inkluderades från starten (appendixtabell 1, 2). Bland dem som inte gjort överenskommelser med SKL fanns fler förorts-kommuner, pendlingskommuner och glesbygdskommuner 2010. Det politiska styret i kommunerna inverkade inte på deltagandet i KtP (Rapport 1, 2012, sidan 82). I samtliga län fanns det både kommuner som deltog och kommuner som inte deltog i KtP.

Bortfall på kommunnivå: I panelenkäterna har personal och chefer i 264 av landets kommuner tillfrågats. Det saknades uppgifter för anställda i 61 av de 264 kommunerna varav huvuddelen, fanns bland de kommunerna som *inte* deltog i KtP (jämförelsegruppen).

Bortfallsanalyser på respondentnivå jämförde bakgrundsdata för respondenter som inkluderats i KtP med de som inte inkluderats. Jämförelser av kön, ålder, år i yrket, år på arbetsplats, yrkes-utbildning, yrke, landstings-/kommunanställd, specialistkompetens, Steg I och Steg-II-kompetens, handledarkompetens samt magisterexamen. Proportionen svarande var år 2010 ca 5% fler män än kvinnor även om kvinnor som grupp dominerar i hela samplet.

Årsvis bortfallsanalys gjordes med respondentdata för att se om bortfallet var snett från ett år till ett annat. Vid parvisa jämförelser årsvis av de som svarat hade kommuner med respondenter som svarat kontinuerligt 2011 till 2014 högre fortbildning, funktion i KtP, specialistkompetens, handledarkompetens och magisterexamen. De som deltog över tid hade marginellt högre kompetens (Appendixtabell 7,9,11,13 och 15). Övriga bakgrundsvariabler visade inga signifikanta skillnader.

Analys av missing data visade att dessa var jämnt fördelat över samtliga kommuner i undersökningen. Inga kommuner har helt fallit bort p.g.a. missing data. Missing data betraktas här som slumpmässiga och av mindre betydelse för generaliserbarheten.

Imputering: Imputering har gjorts på respondentdatanivån. I den första rapporten (2012) prövades *imputering av missing data* med tre olika metoder: last observation carried forward (LOCF), er-sättning med medelvärdet för variabeln där ett värde saknas, vidare också multipel imputering baserade på Bayesian estimering. LOCF användes i de första analyserna och bedöms i efterhand ha överskattat ökningen i metodanvändning (rapport 2012). Inför de aktuella analyserna togs tidigare gjorda imputeringarna bort. I slutbearbetningen ersattes bortfallet med värdet året före baserad på antagandet att den som använde ASI 2013 också med stor sannolikhet gjort det också 2012. Nekande svar definierades alltid som nekande. Imputering av missing data gjordes inte för det sista året i studien eftersom möjligheten att upptäcka en eventuell icke-linjär eller avtagande trend skulle omöjliggjorts. Jämförelse av tidigare modell med den här aktuella indikerar att den här använda, mer konservativa modellen ger en mer korrekt bild.

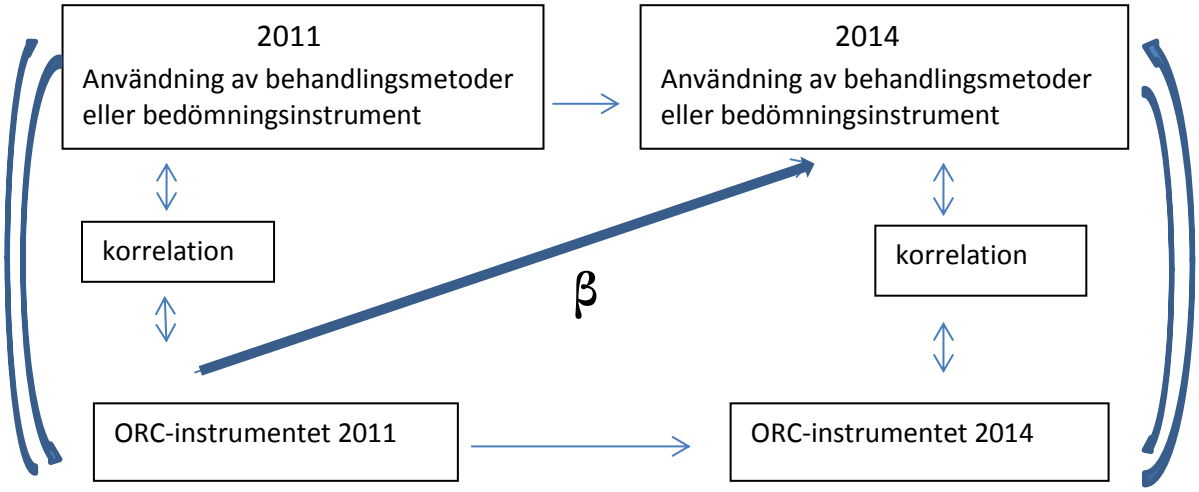
Statistisk analys

Statistiska analyserna har gjorts med SPSS 22.0 (IBM Corp. 2013) och Mplus (Muthén, & Muthén, 1998/2012). Beräkningar av proportioner, har gjorts med främst Chi^2-test. För data på intervall-skalenivå användes korrelations- och prediktionsanalyser och vid medelvärdesjämförelser har ANOVA och MANOVA använts. Growth mixture modeling (GMM, se Ram & Grimm, 2009) användes för att urskilja kluster med olika förlopp över de fem mättillfällena. För att utvärdera vilken modell som har den bästa anpassningen beräknades entropy samt ett Boostrap likelihood test (Asparouhow & Muthén, 2012). Q-värdet redovisas som en indikation på att förloppen är kurvlinjära (kvadratiska). I de första analyserna (rapport 2012) förutsattes linjära utvecklingstrender medan i de här analyserna tagit hänsyn till möjliga kurvlinjära trender. En multinomial logistic regressionsanalys användes i nästa led för att undersöka hur väl ett antal identifierade bakgrunds-variabler predicerade klasstillhörighet (Harford & Grant, 2013).

Det fanns i Socialstyrelsens riktlinjer (2007) liksom i Socialstyrelsens Öppna jämförelser en ganska stor lista på metoder. Redan i Socialstyrelsens egen genomgång liksom i tidigare utvärderingsrapport till KtP framgick att många metoder användes i begränsad omfattning (tabellerna 15 och 16 i rapport 2012). I den här rapporten har vi samlat in data för alla relevanta metoder. Beräkningarna görs för de metoder som *initialt* angavs att KtP skulle disseminera och utbildat i. För överskådlighetens skull grupperade vi redovisningen av användning och utbildning i grupperna a) *bedömningsmetoder som KtP har utbildat i* (tabellerna 16-19, 32-35) och de som *KtP inte har utbildat i* (tabellerna 20, 36). För *behandlingsmetoder* grupperades analyserna i *de som KtP har utbildat i* (tabellerna 21-24, 38-41) och de som *KtP inte har utbildat i* (tabellerna 25 - 31; 42-48). Beräkningar görs

huvudsakligen på dem som ingick i KtP. (Alla grundtabeller redovisas i tabellbilagan 2014). Eftersom det fanns en variation i användning av respektive metod i bägge utfallsmåtten menar vi att det genomsnittliga utfallsmåttet ger en mer konservativ bedömning av utfallet än om enskilda metoder redovisats. Men samtidigt redovisas vad KtP de facto har gjort.

För att undersöka hur väl de olika variablerna inom ORC-indexen predicerade användningen av metoder gjordes path-analyser i Mplus med robust maximum-likelihood estimator. Se figur 3 nedan för den uppsatta modellen. I denna modell kontrollerades för autoregressiva effekter, d.v.s. korrelationer mellan samma variabel mätt vid två tillfällen. Modellanpassningen utvärderades med följande anpassningsindex: χ^2, comparative fit-index (CFI), root-mean-square error of approximation (RMSEA) och standardized root mean square residual (SRMR). (Se Hu och Bentler 1999).



Figur 3: *Schematisk beskrivning av hur analysen av sambanden mellan ORC och användning av behandlingsmetoder eller bedömningsinstrument vid två mätpunkter*

Principalkomponentanalys (faktoranalys) har använts för att reducera och gruppera antalet variabler i olika delar av materialet. För ORC har principalkomponentanalys och konfirmatorisk faktoranalys använts. I analysen av brukar- och samverkan samt för uppfattningen om arbetet/attityder till riktlinjer och utbildning grupperade en principalkomponentanalys variablerna i fyra distinkta komponenter (faktorer). Variablerna med högst laddning behölls och användes för att skapa ett index för varje attitydområde som i nästa led användes i prediktionsanalysen. Alpha för de 18 variablerna var $\alpha = 0.79$ $p < .000$), vilket är en acceptabel nivå för gruppjämförelser.

För utvärderingen på LÄNS-nivå redovisas deskriptiva data och förlopp under de fem åren av studien men prediktionsanalyser har inte kunnat göras p.g.a. få cases i analyserna. Datainsamlingsmetoderna och analysmetoderna är i sin tur olika för de tre olika insatserna: uppföljningsmetoder, brukarmedverkan och den nationella baskursen.

Alla data som ligger till grund för beräkningar och slutsatser redovisas i ett separat tabelldokument (bilaga 1).

RESULTAT

Effekter på respondentnivå

Andelen deltagare som utbildats inom ramen för KtP har ökat för AUDIT från 23% av samplet (2010) till 86% (2014). Ökningen för DUDIT är från 22% (2010) till 76% (2014). För ASI ökade andelen respondenter med ASI-utbildning i panelen från 23% (2010) till 81% (2014). För ADAD var ökningen blygsam från 5% (2010) till 30% år 2014 (appendixtabell 16-20). Utbildnings-insatserna har varit omfattande från KtP vilket motsvaras av ökningen i enkätstudien ovan.

Andelen i samplet som använder olika bedömningsmetoder regelbundet som en del av arbetet var inte lika stor: AUDIT ökade från 12% (2008) och 44% (2010) till 52% (2014). DUDIT användes av 8% (2008), 33% (2010) och ökade till 44% (2014). ASI användes av 38% år 2008 och 39% (2010) och låg kvar på denna nivå studien igenom (2014). ADAD användes av 2% 2008, av 7% (2010) och ökade inte under KtP. DOK som inte ingick hade en stabil användning om 4%-5% (2008) fram till 2014 (appendixtabell 32-37).

Att ASI inte ökat i lika hög grad över hela studien beror sannolikt på att ASI-användningen var hög redan i inledningen av KtP (tak-effekt) och att utbildningar bedrivits både lokalt och centralt (Socialstyrelsen) från år 2001. Motsvarande avstanning har rapporterats av Råbe och Kobberstad. Från 2012 introducerades också tre lokala uppföljningsmodeller som använde delvis konkurrerande datainsamlingsmodeller. Sedan starten för KtP ökade andelen utbildade i olika metoder. Andelen som *använde* olika bedömningsmetoder ökade och det var fler som arbetar med metoderna som är utbildade och har utbildats inom ramen för KtP. Det finns dock metoder som används mycket och (ADAD) som används lite. ADAD riktas dessutom mot ungdomar.

Tabell 3. *Andel som uppgivit att de regelbundet använt olika bedömningsmetoder 2008-2014.*

	Bedömningsmetoder (%)											
	Socialtjänst						**Sjukvård/psykiatri**					
	2008 (n=1539)	2010 (n=1589)	2011 (n=1548)	2012 (n=1355)	2013 (n=1233)	2014 (n=1242)	2008 (n=904)	2010 (n=991)	2011 (n=973)	2012 (n=855)	2013 (n=771)	2014 (n=774)
AUDIT	11	38	43	47	45	44	13	51	51	54	54	56
DUDIT	08	30	35	45	37	36	06	38	41	52	48	49
ASI	41	51	50	51	50	49	20	19	19	15	14	15
ADAD	02	11	12	10	08	08	02	01	04	03	03	03
DOK	03	03	03	04	04	04	03	03	03	04	03	04
Minst en bedömningsmetod/instr.	***50***	***65***	***68***	***68***	***67***	***66***	***34***	***71***	***62***	***61***	***62***	***63***
Minst en KtP-prioriterad metod/instr.	***49***	***64***	***66***	***67***	***66***	***65***	***31***	***59***	***61***	***60***	***61***	***62***

Tabell 4. *Andel som uppgivit att de regelbundet använt olika behandlingsmetoder2008-2014.*

	Behandlingsmetoder (%)											
	Socialtjänst						**Sjukvård/psykiatri**					
	2008 (n=1531)	2010 (n=1203)	2011 (n=1243)	2012 (n=1379)	2013 (n=1279)	2014 (n=1275)	2008 (n=886)	2010 (n=856)	2011 (n=856)	2012 (n=860)	2013 (n=769)	2014 (n=774)
MI	29	49	55	74	73	73	19	31	42	63	64	65
ÅP	16	28	32	36	34	34	17	22	23	25	24	24
HAP	05	9	12	17	16	17	02	02	03	06	06	06
CRA	-	07	08	11	10	10	-	01	02	03	02	02
KBT	12	17	19	21	19	19	09	18	19	20	18	20
Farmakologisk.	09	04	06	05	04	04	18	43	35	32	29	27
12-steg	-	10	11	13	12	12	-	04	03	04	03	03
Anhörig	13	13	16	22	18	17	17	09	08	11	09	09
Familjeterapi	-	05	06	07	07	07	-	03	03	03	04	03
Barn	-	05	06	10	08	09	-	03	03	04	03	03
Dynamisk	08	03	04	04	03	03	05	06	06	06	06	06
Minst en behandlingsmetod	***49***	***69***	***74***	***81***	***80***	***80***	***44***	***71***	***73***	***76***	***76***	***77***
Minst en KtP-prioriterad metod	***37***	***61***	***66***	***78***	***77***	***77***	***28***	***42***	***50***	***66***	***66***	***67***

För farmakologisk behandling gäller att det är få enheter inom socialtjänsten som redovisat att de arbetar med detta. De enheter inom socialtjänsten som arbetar med farmakabehandling är sådana som arbetar tillsammans med sjukvård/psykiatri

Användning av bedömningsmetoder från 2010 till 2014

GMM-analys gjordes på respondentnivå. Utfallet var genomsnittet använda bedömningsmetoder. Analyserna prövades upp till fem kluster där bäst modell var den med fyra kluster. Kurvlinjariteten i sambanden över tid (kvadratisk effekt) anges med Q-värdet för funktionen.

Kluster 1 (n=628) startar på 1.508 och ökar med 0.344 (Q= - 0.060).
Kluster 2 (n=1290) startar på 0.750 och minskar med 0.473 (Q= 0.076).
Kluster 3 (n=467) startar på 1.199 och minskar med 0.076 (Q= 0.005).
Kluster 4 (n=569) startar på 2.176 och ökar med 0.704 (Q= - 0.125).

I GMM-analysen prövades fem olika modeller. Bäst modell var den med fyra kluster. Det totala värdet för sambanden i modellen; entropin var högt = 0.819.

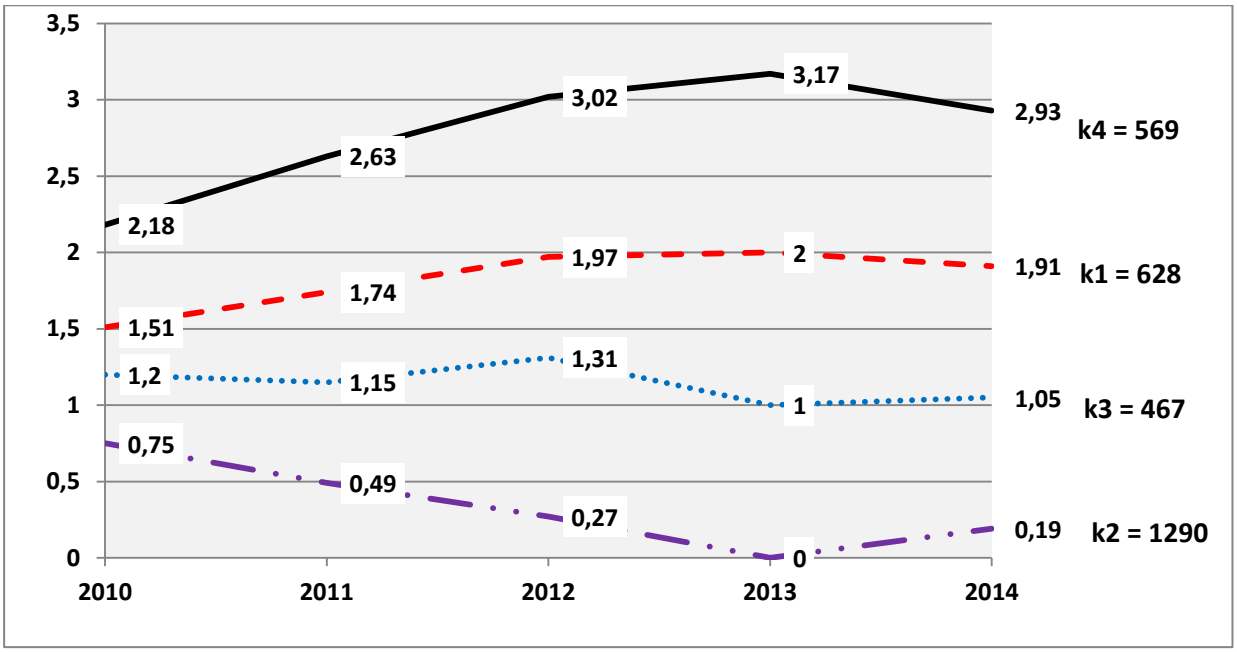


Diagram 1: Användning av bedömningsmetoder i KtP där de fyra klustren har olika nivå av användning över observationstiden 2010-2014.

KLUSTER 4 (n=569) hade bäst utveckling och startar således från en ganska hög ingångsnivå av användning, vanligen både AUDIT, DUDIT och ASI. Gruppen ökar användningen fram till 2013. Därefter 2013 avtar användningen något.
KLUSTER 1 (n=628) startar från en något lägre nivå (i snitt två instrument) och ökad användning över hela förloppet, med en marginell minskning under det sista året.
Tilllsammans utgör de två klustren utgör 1197 respondenter.
KLUSTER 3 (n=467) sjunker marginellt så att användningen i snitt skulle motsvara en använd bedömningsmetod i slutet av studien.
KLUSTER 2 (n=1 290). I det största klustret minskar användningen från 2010 till 2013 med en obetydlig ökning 2014.

Utvecklingen rör sig åt lite olika håll för de olika klustren. Inte heller minskar alla kluster i användning i slutet av studien, vilket hade varit fallet om orsaken förklarats enbart av bortfall. Från

år 2010 och studien igenom är det ca 60% som använder minst ett av bedömningsinstrumenten: ASI, ADAD eller DOK.

Prediktion av användning av bedömningsmetoder

I prediktionsanalysen nedan möjliga prediktorvariabler på respondentnivå inkluderats: ålder, år på samma arbetsplats och antal år totalt i yrket. *Högre fortbildning* består av vidareutbildning inom det egna ämnet, handledarkompetens, STEG-I-utbildning, magisterutbildning. *Metodutvecklare inom KtP* består av variablerna a) om man arbetat som utbildare, metodutvecklare och speciell funktion inom KtP utgörs av variablerna: nyckelperson, processledare, styrgruppsmedlem.

Nedan (tabell 5) redovisas en logistisk regression med odds-kvoter för prediktorvariabler och deras inbördes inverkan på utfallet i användning av instrument på respondentnivå. Kluster 4 är referensklustret med vilka alla andra kluster jämförs. Det är också i den här analysen klustret med bäst utveckling och tillika det kluster som har störst andel personer som använder bedömnings-instrument. Utfallsmåttet är det additiva indexet för antalet bedömningsmetoder.

Tabell 5: *kategoriska latenta variabler (kluster) för användning av bedömningsmetoder. Inbördes jämförelse mellan de fyra klustren med kluster 4 som referenskluster.*

		95% konfidensinterv.		p
Kluster 1	**Odds kvoter**	**Nedre**	**Övre**	
HÖGRE FORTBILDNING	1.565	1.311	1.868	Sign.
FUNKTION I KTP	0.383	0.276	0.531	Sign.
ÅR SAMMA ARB.PLATS	0.757	0.614	0.934	Sign.
METODUTVECKLARE	0.817	0.572	1.169	n.s.
ÅLDER	0.991	0.974	1.008	n.s.
ÅR I YRKE	1.028	1.011	1.047	Sign.
Kluster 2				
HÖGRE FORTBILDNING	1.048	0.896	1.226	n.s.
FUNKTION I KTP	0.261	0.193	0.353	Sign.
ÅR SAMMA ARB.PLATS	0.878	0.730	1.056	n.s.
METODUTVECKLARE	0.598	0.426	0.839	Sign
ÅLDER	1.011	0.996	1.025	n.s.
ÅR I YRKE	0.997	0.982	1.012	n.s.
Kluster 3				
HÖGRE FORTBILDNING	1.082	0.903	1.296	n.s.
FUNKTION I KTP	0.437	0.314	0.608	Sign.
ÅR SAMMA ARB.PLATS	0.821	0.661	1.019	n.s.
METODUTVECKLARE	0.870	0.603	1.257	n.s.
ÅLDER	1.007	0.990	1.026	n.s.
ÅR I YRKE	1.003	0.986	1.021	n.s.

Jämförelser mellan klustren:

KLUSTER 4 (N=569) som är klustret med bäst utveckling ligger vid jämförelse med övriga kluster lägre på en variabel *fortbildning".* Ålder och kön differentierar inte mellan klustren och kluster 4 ligger signifikant högre på andelen personal som har haft någon funktion inom KtP, mer funktioner inom KtP och oftare också varit metodutvecklingar/utbildare än personerna i övriga kluster. År på samma arbetsplats skiljer bara så att personal i det minst framgångsrika klustret (4) hade fler år på sin arbetsplats än personalen i övriga kluster. Framgångsfaktorer för användning av bedömnings-metoder är således engagemang, aktivitet och motivation under tiden för KtP men också före utvecklingsarbetet inleddes.

Användning av psykosociala behandlingsmetoder 2010 - 2014

Andelen deltagare som utbildats i olika behandlingsmetoder inom ramen för KtP har ökat. I MI angav 54% att det hade blivit utbildade och andelen ökade till 97% (2014). För återfallsprevention (ÅP) hade 19% utbildats 2010 och år 2014 var andelen 74%. Andelen utbildade i HAP ökade från 5% (2010) till 49% (2014) och för CRA var motsvarande siffror 5% (2010) och 37% (2014).

Andelen i samplet som **använder olika behandlingsmetoder** regelbundet som en del av arbetet är mer varierande. MI har ökat från 28% (2008) och 45% (2010) till 73% (2014). Återfalls-prevention (ÅP) har ökat från 18% (2008) och 27% (2010) till 37% 2014. HAP-användningen har ökat från 5% (2008) och 6% (2010) till 16% (2014). CRA ligger i princip still med 5% användning (2008), 6% (2010) och 9% (2014).

Flera behandlingsmetoder som **inte ingick** bland dem som KtP utbildat inom har också en ökning om 12% (2008) för KbT, och ca 5-7% för 12-steg, anhörigbehandling, behandling av barn till missbrukande föräldrar, familjeterapi. Dynamisk terapi visar en liten minskning av (-3%). Kunskaper om användning av farmaka inom socialtjänsten låg stabilt kring 12 - 18%. Nivån på användning är således lägre för metoderna som *inte implementerats genom KtP, och ökar framför allt inte.*

GMM-analys på respondentnivå prövades på ett till fem kluster där fyra kluster gav högst entropi = 0.857. Kurvlinjariteten i sambanden över tid (kvadratisk effekt) anges med Q-värdet för funktionen. Referenskluster (det som odds-kvoterna jämförs) är här kluster 4 med den minst positiva utvecklingen.

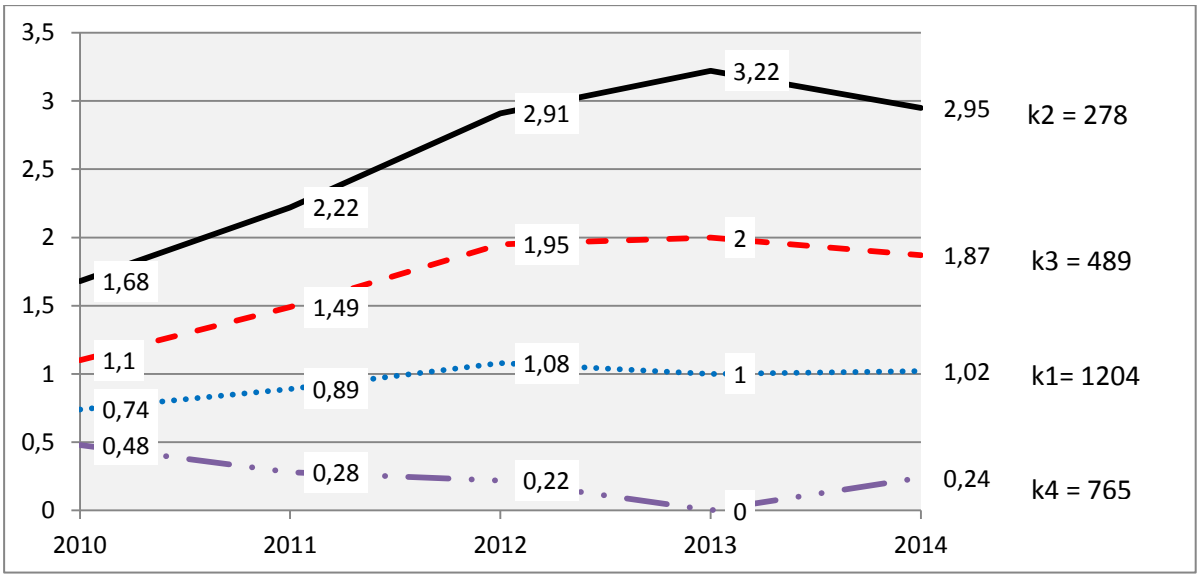


Diagram 2: Användning av behandlingsmetoder i KtP där de fyra klustren har olika nivå av användning över observationstiden 2010-2014.

Numren på klustren har bytt position i den nya analysen av behandlingsmetoder jämfört med den för bedömningsmetoder. Kluster 2 (n=278) visar den bästa utvecklingen fram till optimum 2013 varefter andelen behandlingsmetoder minskar. Även kluster 3 har en positiv utveckling medan det största klustret 1 (n=1204) bara utvecklas marginellt och kluster 4 (n=765) har en negativ utveckling.

Kluster 1 (n=1204) börjar på 0.735 och ökar med 0.169 (Q= -0.026).
Kluster 2 (n=278) börjar på 1.679 och ökar med 0.990 (Q= -0.161).
Kluster 3 (n=489) börjar på 1.096 och ökar med 0.605 (Q= -0.102).
Kluster 4 (n=765) börjar på 0.483 och minskar med 0.336 (Q=0.061).

Prediktion av användning av behandlingsmetoder

En logistisk regressionsanalys med odds-kvoter för prediktorvariabler och deras inbördes inverkan på användningen av behandlingsmetoder på respondentnivå visar följande. I denna analys är kluster 4 referenskluster och det kluster som startar från lägst utgångsläge och utvecklas minst i användningen av olika bedömningsinstrument. Det är samma prediktorer som används i denna analys liksom för av bedömningsmetoderna (ovan).

Kluster 2 med bäst utveckling har signifikant högre nivå av fortbildning än övriga kluster. Där finns också signifikant flest respondenter med funktioner som metodutvecklare och utbildare än i kluster 4. I jämförelse mellan övriga kluster är metodutveckling är högre i kluster 1 och 3. För år i yrket är det bara det minst framgångsrika klustret där respondenterna har fler år i yrket än respondenterna i övriga kluster.

Ålder och kön predicerar inte klustertillhörighet. Utvecklingen av behandlingsmetoder är således modest. Också här förefaller respondenter som tillhör mer framgångsrika kommuner ha haft ett bättre utgångsläge redan vid första mätningen.

Tabell 6. *Kategoriska latenta variabler (kluster) för användning av behandlingsmetoder. Inbördes jämförelse mellan de fyra klustren med kluster 4 som referenskluster.*

		95% konf. int		p
Kluster 1	**Odds Ratio**	**Nedre**	**Övre**	
HÖGRE FORTBILDNING	1.103	0.949	1.282	n.s.
FUNKTION I KTP	1.224	0.898	1.668	n.s.
ÅR SAMMA ARB.PLATS	0.908	0.765	1.078	n.s.
METODUTVECKLARE	1.694	1.199	2.392	Sign.
ÅLDER	1.002	0.988	1.016	n.s.
ÅR I YRKE	0.991	0.976	1.005	n.s.
Kluster 2				
HÖGRE FORTBILDNING	1.336	1.099	1.654	Sign.
FUNKTION I KTP	1.787	1.204	2.653	Sign
ÅR SAMMA ARB.PLATS	1.048	0.862	1.330	n.s.
METODUTVECKLARE	3.232	2.143	4.875	Sign
ÅLDER	1.010	0.991	1.029	n.s.
ÅR I YRKE	0.974	0.954	0.993	Sign
Kluster 3				
HÖGRE FORTBILDNING	1.328	1.123	1.569	Sign.
FUNKTION I KTP	1.228	0.851	1.774	n.s.
ÅR SAMMA ARB.PLATS	1.035	0.853	1.256	n.s.
METODUTVECKLARE	2.052	1.391	3.028	Sign.
ÅLDER	1.010	0.993	1.027	n.s.
ÅR I YRKE	0.987	0.971	1.003	n.s.

Sambandet mellan utbildningsinsatser och användning

För samtliga **bedömningsmetoder** fanns ett signifikant samband årsvis för att ha fått utbildning i ett specifikt instrument och användning. De instrument som använts är de där KtP har gett utbildningen. Analyserna i tabellerna 49 - 53 visar följande.

De som har utbildats i AUDIT och DUDIT har vid samtliga mättillfällen 3 till fyra gånger högre användning än de som inte har utbildats. Samtliga jämförelser är signifikanta (tabell 49, 50). Också för ASI gäller samma förhållande men där är skillnaden mellan proportionen utbildade till användare ännu starkare. Sambandet finns trots att det skett en avtagande trend av deltagare i panelen som använder ASI medan de som utbildades inom ramen för KtP fortsatte att öka efter 2011. Användarna av ASI blir i diagrammet bara ca 40% medan antalet utbildade hela tiden har stigit så att 2014, 81% av deltagarna i panelen nu har en ASI-utbildning. Se diagram 3 ovan.

För ADAD gjordes färre utbildningsinsatser än som planerats under KtP men användningen är oavsett detta låg. En anledning är sannolikt att ADAD riktar sig till ungdomar medan KtP:s interventioner i huvudsak riktade sig till vuxna. Sambandet mellan utbildning och användning är likafullt signifikant under alla åren. Också för DOK som inte ingått i KtP:s utbildningssatsning finns samma samband. Också där är användningen låg.

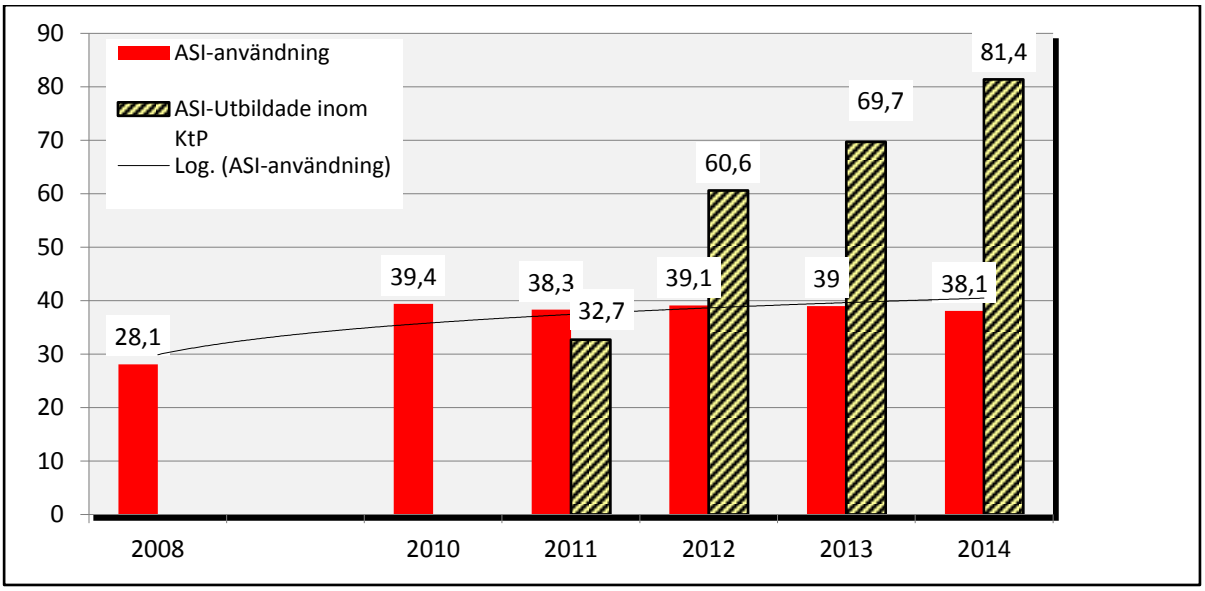


Diagram 3: Andelen respondenter som fått en utbildning i ASI under tiden för KtP respektive de som använder ASI regelbundet som en del i sitt arbete.

För *behandlingsmetoder* som användes inom ramen för KtP fanns ett signifikant positivt samband mellan att ha erhållit utbildning och användning. För MI är sambandet mellan användning och utbildning mycket starkare än ovan (se diagram 4 nedan). Samtidigt var kvoten mellan andelen utbildade och andelen användare högre för dem som hade utbildats än bland dem som inte hade utbildats (Se tabellerna 54-64).

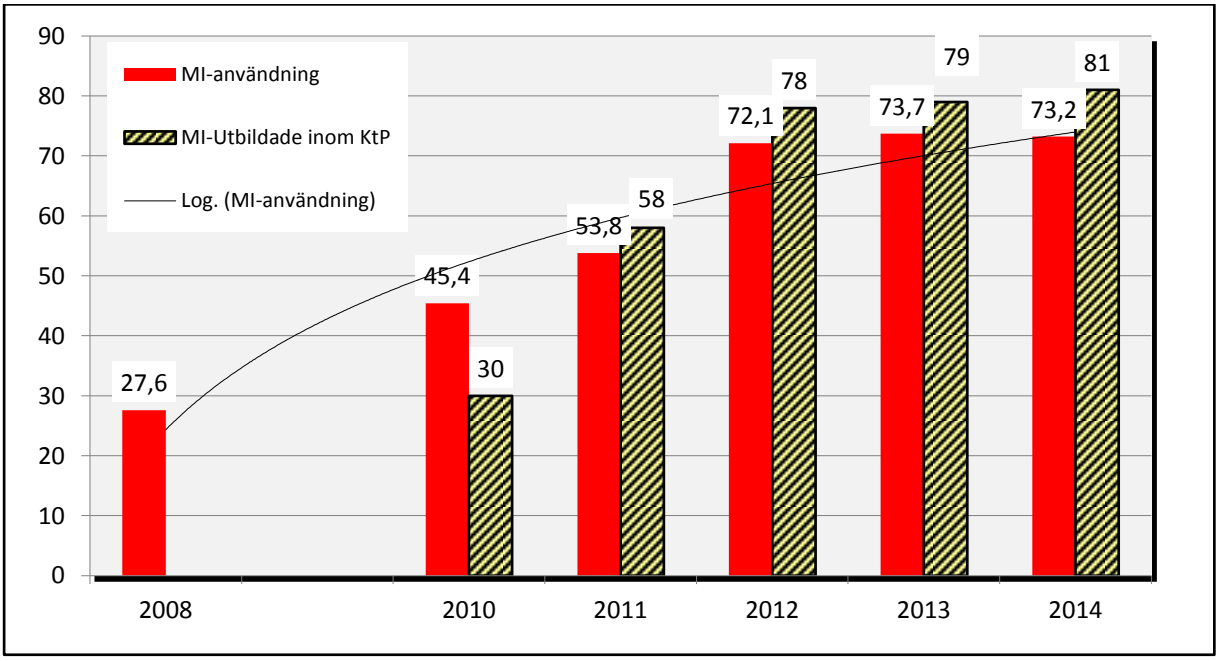


Diagram 4: andel respondenter som utbildats i Motivational Interviewing och använder MI regelmässigt som metod i sitt arbete under tiden för KtP.

Slutsats: För de utbildningar som genomfördes av KtP ökade användningen med högre nivå av utbildningsinsats. Dessa insatser gjordes huvudsakligen under KtP:s verksamhet även om ASI-utbildningar givits av bl. a. Socialstyrelsen och MI-utbildningar av lokala utbildare sedan flera år.

Personalens syn på samverkan mellan huvudmän

Olika former av samverkan som rapporterats via KtP, processledare och redovisas i tabell 7. Integrerade mottagningar mellan socialtjänst och sjukvård (socialpsykiatriska mottagningar) rapporteras av 17 av 20 län. Överenskommelser mellan huvudmän regionalt finns i 14 län och på kommunal nivå finns överenskommelser i 8 län, där Dalarna har arbetat fram överenskommelser i samtliga kommuner. Ytterligare 3 län rapporterar att arbetet är under gång. Uppgifter om samverkan mellan i de årliga enkäterna till panelen (appendixtabell 65 – 68). Behovet av samverkan bedömdes som viktigt, över genomsnittet i skalorna under hela KtP.

Respondenterna i sjukvården hade en marginellt men signifikant mer positiv uppfattning om att samverkan mellan huvudmän socialtjänstens respondenter var önskvärd (se appendixtabell 69). Förändringen är liten över tid. Inte heller när vi jämför fyra kluster baserat på metodanvändning finns några signifikanta skillnader mellan de fyra klustren under något av de fyra åren av KtP. Det är snarast en liten minskning som utrycker en önskan om ökad samverkan och det är ungefär samma proportion 2014 som 2010.

Tabell 7. *Samverkan och avtal mellan huvudmän 2014.*

Län	Integrerad mottagning/ beroendeenhet finns	Överenskommelse mellan huvudmän om alk/nark (regional)	Överenskommelse mellan huvudmän om alk/nark (lokal)
Blekinge	JA	JA	NEJ
Dalarna	JA	PÅGÅR	JA – alla 15 av 15
Gotland	Planerad	JA	JA
Gävleborg	JA	JA (ska beslutas)	NEJ
Halland	Beslut väntas	JA	NEJ
Jämtland	JA	JA	JA – men ska uppdateras
Jönköping	JA	JA – ska uppdateras	
Kalmar	JA	JA – revideras	JA
Kronoberg	JA	JA	JA
Norrbotten		Vägledning	NEJ
Skåne	JA	Vägledning	NEJ
Stockholm	JA	JA	JA
Södermanland	JA	JA	JA
Uppsala	JA	JA	JA
Värmland	JA	JA	JA
Västerbotten	JA	JA	NEJ
Västernorrland		JA (ska beslutas i april)	NEJ
Västmanland	JA	JA	3 av 10 kommuner
Västra Götaland	JA	JA	PÅGÅR
Örebro	JA	JA	6 av 12
Östergötland	JA	NEJ	Finns flera lokala

Respondenternas svar på påståendet ”*min egen organisation har visat stort intresse för samverkan med andra huvudmän* visar att 74% av respondenterna har en positiv eller mycket positiv uppfattning om samverkan.

Personalens uppfattning om brukarmedverkan

En jämförelse av brukarmedverkan över åren 2010 – 2014 visar att respondenternas syn på brukarmedverkan varit positiv (över genomsnittet) kontinuerligt från 2010 till 2014 (appendixtabellerna 70 – 72). Variationen i nivåer mellan mätningarna är ganska liten.

Jämförelser av personalens uppfattning om brukarmedverkan visar att sjukvårdens respondenter ligger marginellt men systematiskt högre än Socialtjänstens men skillnaden är signifikant bara för år 2011 och 2012 ($F=11.00$, $p < .001$). (Se appendixtabell 73).

Personalens syn på socialstyrelsens riktlinjer

Personalens syn på Socialstyrelsens riktlinjer är positiv och över genomsnittet under alla de fem mättillfällena (appendixtabellerna 74 – 79). Man svarar att man *instämmer* eller *instämmer mycket* på frågan om riktlinjerna bör spridas mer (appendixtabell 79).

En jämförelse visar att respondenter inom socialtjänsten är signifikant mer positiva till riktlinjerna vid alla mätpunkter än sjukvårdens personal (appendixtabell 80).

Personalens syn på kunskapsutveckling

Vid alla mätpunkter instämmer respondenter över genomsnittet i att man själv som respondent har goda kunskaper. Lägst medelvärde får bedömningen av samarbete/kontakt med universitet och högskolor. Det är små förändringar över tid i de olika variablerna (appendixtabellerna 81-85). Kontakten med högskolor och universitet ligger under medelvärdet vid samtliga mättillfällen.

I frågorna om kunskapsutveckling har socialtjänstens personal vid tre av fem mättillfällen en signifikant mer positiv uppfattning om sin kunskapsutveckling än sjukvårdens personal (appendix-tabell 86).

Additiva index för de fyra frågeområdena

För att analysera om de fyra områdena som redovisats ovan kunde betraktas som distinkt skilda frågeområden gjordes en principalkomponentanalys (appendixtabell 87) som visade att de olika frågeområdena grupperades i fyra distinkta och klart urskiljbara komponenter i enlighet med presentationen ovan. Reliabiliteten för alla 18 frågorna var $\alpha = 0.742$. Sambandet indikerar att de täcker en övergripande komponent (faktor) som kan benämnas *attityder till kunskap och samarbete.*

Uppdelat på de enskilda frågeområdena var reliabiliteten för samverkan $\alpha = 0.742$, och för brukarmedverkan/brukarinflytande $\alpha = 0.802$. För Socialstyrelsens riktlinjer var reliabiliteten för indexet $\alpha = 0.900$ och för personalens uppfattning om kunskapsutveckling var reliabiliteten $\alpha = 0.821$. Indexen är således användbara för gruppjämförelser (appendixtabellerna 88 – 91).

ORC - Organizational Readiness to Change

Instrumentet **ORC** samlades in fortlöpande som en del i panelenkäterna och i det kompletterande utskicket till baskursdelatagarna. ORC är ett standardiserat sätt att i 20 skalor skatta individ- och organisationsfaktorer som antas ha betydelse för implementering av nya metoder (beskrivning av indexen och analysområdena redovisas i appendixtabell 90).

Frågeområdena i ORC redovisas i appendixtabell 92. En metodstudie gjordes med enkätsvar från dels 2 076 deltagare i panelundersökningen, dels från 3 870 deltagare i de 12 baskurser där vi samlade in data parallellt.

Tabell 8. *Svarsfrekvens på ORC 2011, 21 län*

	Respondenter enkät	Respondenter ORC
Panel	2076	1271
Baskurs	3870	2148
Totalt	5946	3046

I panelenkäten ingår 3 063 respondenter fördelade på 20 län (exklusive Stockholm) och 203 kommuner. Totalt 1 768 besvarat både ORC och de årsvisa enkäterna.

Faktorstrukturen i ORC i kommun och landsting. En principalkomponentanalyse av ORC gjordes på enkätsvaren från 2011 (året med flest svarande). I analysen fanns data från alla 21 län med inklusive Stockholm (5946 respondenter).

En första analys gjordes för de kombinerade urvalen. Prediktiviteten för ORC analyserades i en första faktoranalys för 3 207 av de respondenter som besvarat panelenkäterna 2011. (Appendixtabell 93). Reliabiliteten inom respektive index beräknades med Cronbach´s Alpha för de enskilda indexen och motsvarar nivåerna som redovisas av testkonstruktörerna för respektive index (α = 0.51 – 0.70).

Faktoranalys gjordes först för hela materialet (Se appendixtabellerna 94 och 95). I nästa steg gjordes faktoranalyser separat på sjukvård och socialtjänst för att se om faktorstrukturen avvek mellan de två huvudmännen. Bara faktorladdningar över .35 beaktades. Analyserna resulterade i bägge grupperna i fyra faktorer som tillsammans förklarade 62% av variansen. Faktorstrukturen var identisk mellan de två typerna av organisation. Det var samma indexvariabler som laddade i den största faktorn. Modellanpassningen var tillfredsställande med RMSEA = 0.07 och SRMR = 0.041.

För att avgöra om ORC predicerade bäst på respondentnivå eller kommunnivå beräknades intraklasskorrelationer (ICC). Analysen visade att när ORC-indexen används som prediktorvariabler fanns den största variansen *inom* kommunerna och **inte** mellan kommunerna. Mellangruppsvariansen utgjorde bara 5% av den totala variansen. Resultatet indikerar att man **inte** bör beräkna medelvärden för kommunnivå på ORC-index utan respondentnivån är mer lämplig att använda. Det är också denna slutsats som väglett beslutet att redovisa ORC-analyserna på respondentnivå.

Prediktiviteten i ORC

Slutligen användes ORC i sin helhet för att predicera utfallet för de aggregerade måtten på bedömningsmetoder och behandlingsmetoder. Metoden som användes vid beräkningen var Path Analysis beräknade i M Plus. För den aktuella analysen ingår två mätpunkter: den första mätningen är 2011 som var den tidpunkt då flest ORC-formulär samlades in och 2014 som utgjorde den sista mätpunkten. I modellen kan sambanden mellan mätpunkterna studeras liksom mellan ORC vid två tidpunkter, s.k. auto-regression där värdena i tabellen ofta är ungefär lika stora från

en mätning till en annan (figur 3 sidan 20). Sambanden mellan ORC 2011 och utfallet i två dimensioner 2014 kunnat bedömas med god kontroll för andra faktorer.

I beräkningarna görs en separat analys för varje ORC-index där den statistiska modellen prövas i flera klusterlösningar där den bästa modellen behålls (boot-strapping). Utfallsmåtten är bedömningsmetod respektive behandlingsmetod där den statistiska modellens anpassning anges genom anpassningsindexen $\chi 2$, RMSEA och SRMR medan prediktiviteten i modellen anges med Beta-värden. I tabellerna nedan redovisas beräkningarna för varje index där modellanpassningen anges med $\chi 2$ samt estimat av RMSEA och SRMR. Styrkan i sambandet mellan ORC-indexen och utfalls-måtten (användning av bedömnings- resp. behandlingsmetoder) anges med Beta (**β**) som visar riktningen och styrkan i effekten av resp. ORC-index på utfallsmåtten. Effekterna på de auto-regressiva måtten rapporteras inte här. I analyserna var det 10 av indexen som predicerade an-vändning av behandlingsmetod men bara ett av indexen för användning av bedömningsmetoder medan tre index för bedömningsmetoder visade statistisk tendens ($p < 0.05$ – $p < 010$).

ORC: Prediktion av användning av behandlingsmetoder

Tabell 9. *Analyser av ORC-index, modellanpassning och prediktionsförmåga för användning av behandlingsmet.*

	Chi²	RMSEA	CFI	SRMR
Resurser				
Index 4.	**Lokaler, storlek och möblering**			
Modellanpassn	χ^2=1.130, df =1, p = .0.287	Est= 0.007, C.I. 90% 0.00-0.05		
Prediktivitet	**β =** 0.051, df=1 p = .007	S.E.=-019	1.000	0.009
Index 5	**Personal**			
Modellanpassn	χ^2=3.120, df=1, p = .077	Est= 0.028, C.I. 0.000 – 0.065		
Prediktivitet	**β =** 0.085, df=1, p = .001	S.E.=-0.025 – 3.409	1.000	0.009
Egenskaper				
Index 9	**Yrkesmässigt växande**			
Modellanpassn	χ^2=0.526, df=1, p = 0.469	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.045		
Prediktivitet	**β =** 0.064, df=1, p =0.037	S.E.=-0.031	1.000	0.006
Index 12	**Anpassningsförmåga**			
Modellanpassn	χ^2=0.444, df=1, p = 0.505	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.044		
Prediktivitet	**β =** 0.094, df=1, p =0.022	S.E.=-0.041	1.000	0.006
Organisationsklimat				
Index 14	**Uppdrag**			
Modellanpassn	χ^2=0.791, df=1, p = 0.374	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.049		
Prediktivitet	**β =** 0.88 df=1, p =0.003	S.E.=-0.030	1.000	0.009
Index 16	**Autonomi/medbestämmande**			
Modellanpassn	χ^2=0.046, df=1, p = 0.831	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.030		
Prediktivitet	**β =** 0.100, df=1, p =0.003	S.E.=-0.034	1.000	0.002
Index 17	**Kommunikation**			
Modellanpassn	χ^2=1.183, df=1, p = 0.277	Est= 0.008, C.I. 0.000 – 0.052		
Prediktivitet	**β =** 0.077, df=1, p =0.008	S.E.=-0.029	1.000	0.010
Index 18	**Stress**			
Modellanpassn	χ^2=0.375, df=1, p = 0.540	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.043		
Prediktivitet	**β = -** 0.072, df=1, p =0.004	S.E.=-0.025	1.000	0.006
Index 19	**Förändring**			
Modellanpassn	χ^2=0.392, df=1, p = 0.531	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.043		
Prediktivitet	**β = 0.**068, df=1, p =0.060	S.E.=-0.036	1.000	0.006
Index 20	**Ledarskap**			
Modellanpassn	χ^2=0.214, df=1, p = 0.644	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.039		
Prediktivitet	**β = 0.**079, df=1, p =0.011	S.E.=-0.031	1.000	0.004

Som framgår av tabell 9 ovan prediceras användningen av *behandlingsmetoder* av 10 ORC-index: (4) tillgång till lämpliga lokaler, där (5) bemanningen med utbildad personal är tillräcklig, (9) där det finns en upplevelse av yrkesmässigt växande och tillgång till ny information, där (12) anpassningsförmågan är god och där (14) ledningen kan formulera ett uppdrag med tydliga mål, där (15) det finns högre grad av medbestämmande, autonomi och handlingsfrihet, där (17) det finns kommunikation från ledningen och en öppenhet, där (18) stressen är lägre och där (19) ledningen visar öppenhet för och förmåga till förändring samt (20) där ledarskapet är participativt och möts av förtroende från personal mot ledningen. ORC kan således predicera användning av behandlingsmetoder på ett tillfredsställande sätt.

Prediktion av användning av bedömningsmetoder

I följande tabell beskrivs prediktiviteten i de ORC-variabler som hade signifikanta samband eller starka tendenser med utfallsmåttet bedömningsmetoder.

Tabell 10. *Analyser av ORC-index, modellanpassning och prediktionsförmåga för användning av bedömningsmetoder.*

	Chi^2	**RMSEA**	**CFI**	**SRMR**
Egenskaper				
Index 10	**Effektivitet/Tilltro**			
Modellanpassn	χ^2=1.012, df=1, p = 0.314	Est= 0.002, C.I. 0.000 – 0.050		
Prediktivitet	β = 0.096, df=1, p =0.040	S.E.=-0.047	1.000	0.009
Index 11	**Inflytande**			
Modellanpassn	χ^2=0.025, df=1, p = 0.875	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.026		
Prediktivitet	β = 0.094, df=1, p =0.057*	S.E.=-0.049	1.000	0.001
Index 13	**Arbetstillfredsställelse**			
Modellanpassn	χ^2=0.139, df=1, p = 0.710	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.036		
Prediktivitet	β = 0.069, df=1, p =0.052*	S.E.=-0.035	0.995	0.018
Organisationsklimat				
Index 15	**Sammanhållning, tillit för varandra och förmåga att samarbeta**			
Modellanpassn	χ^2=0.546, df=1, p = 0.460	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.045		
Prediktivitet	β = 0.059, df=1, p =0.081*	S.E.=-0.034	1.000	0.007

*Statistisk tendens.

Respondenter som uppgav en hög användning av bedömningsinstrument upplevde sin egen effektivitet och förmåga som hög (10) att man är en resursstark person med ett inflytande på sin arbetsplats, (11) har hög arbetstillfredsställelse (13) samt upplever sammanhållning och tillit till medarbetarna och deras förmåga att samarbeta (15), (Se appendixtabellerna 96 och 97).

Slutsats: ORC-index predicerade användning av behandlingsmetoder och bedömningsmetoder olika starkt.

NIVÅ II - EFFEKTER PÅ KOMMUNNIVÅ

Socialtjänst (154 kommuner)

Användning av bedömningsmetoder 2010 -2014

Användningen av metoder av olika slag var vanlig i de flesta av landets kommuner. Men 26/154 (17%) av kommunerna och 14/74 (19%) landstingsenheter i urvalet *använde* ***inte*** bedömnings- eller behandlingsmetoder eller använde bara sporadiskt. Kommuner som inte använde metoder fanns i högre grad än de som använde i län med mindre innevånareantal (F=4.60), och i kommuner med lägre befolkningsmängd (F=3.33). Baserat på data i Öppna jämförelser (2009/2010) hade kommunerna som inte använde metoder signifikant lägre nivå av insatser (F=9.36), tillgänglighet (F=3.93), delaktighet (4.86) och kompetens (F=4.26). Se appendixtabell 98.

Av appendixtabellerna 99 framgår att andelen kommuner där personalen använder AUDIT var 15% år 2008 och ökade fram till 2010 till 41% av kommunerna och som mest 45% under 2012 varefter användningen minskade något (appendixtabell 99). DUDIT användes 2008 i 13% av kommunerna i samplet och ökade till i medeltal 32% av kommunerna i samplet (2010) och stabiliserades på 35% nivå under slutet av studien (appendixtabell 100).

ASI hade en hög användning i samplets kommuner redan 2008, ca 35% och ökade till 51% år 2010 och stabiliserades på i medeltal 42% av kommunerna i samplet (appendixtabell 101).

ADAD hade en låg användning från 2008 (medeltal 2.6 av kommunerna) och stabiliserades på en låg användarnivå från 2010 om 12 kommuner för resten av tiden (appendixtabell 102). DOK (som inte inkluderades av KtP) användes av ett fåtal kommuner i studien, i medeltal 3-4 kommuner i varje län. *Någon av bedömningsmetoderna* (ASI, ADAD eller DOK) användes i medeltal av ca 60% (2012) och avtog i resten av studien till 56% av kommunerna under åren 2013-2014 (appendixtabell 104).

Utvecklingen i användningen studerades i en GMM-analys på kommunnivå. I nedanstående analyser redovisas data för 154 kommuner i KtP. Analyserna prövades på ett till fem kluster där fyraklustersmodellen hade högst entropy = 0.867. Kurvlinjariteten i sambanden över tid (kvadratisk effekt) anges med Q-värdet. Samma additiva utfallsmått som i respondentanalysen används.

Kluster 1 (n=33) startar högt på 1.997 och ökar med 0.153 (Q= - 0.027).
Kluster 2 (n=72) medelhög på 1.443 och ökar ngt med 0.089 (Q=- 0.033).
Kluster 3 (n=28) låg med 1.033 och minskar med 0.219 (Q= 0.023).
Kluster 4 (n=21) Mycket hög med 2.399 och ökar med 0.452 (Q=- 0.074).

Användningen av bedömningsmetoder i socialtjänsten beräknat på 154 kommuner visar att 54 av kommunerna (35%) hade en måttlig nivå av användning som ökade över tid. Sjuttiotvå (72) kommuner (47%) ökade marginellt fram till 2012 och avtog därefter och 28 kommuner (18%) minskade redan från 2010 planade ut på en låg nivå 2013-2014.

Slutsats:

Av diagram 5 nedan kan utvecklingen beskrivas som följer:
KLUSTER 4 (n=21): Kommuner i kluster 4 visar den bästa utvecklingen. Med en hög användning av bedömningsmetoder 2010 som ökar fram till 2014.
KLUSTER 1 (n=33) visar en medelhög användning som ökar fram till 2014.
KLUSTER 2 (n=72) startar på en medelhög användningsnivå som avtar efter 2012 fram till 2014.
KLUSTER 3 (n=28) visar en låg initial användning som avtar fram till 2014.

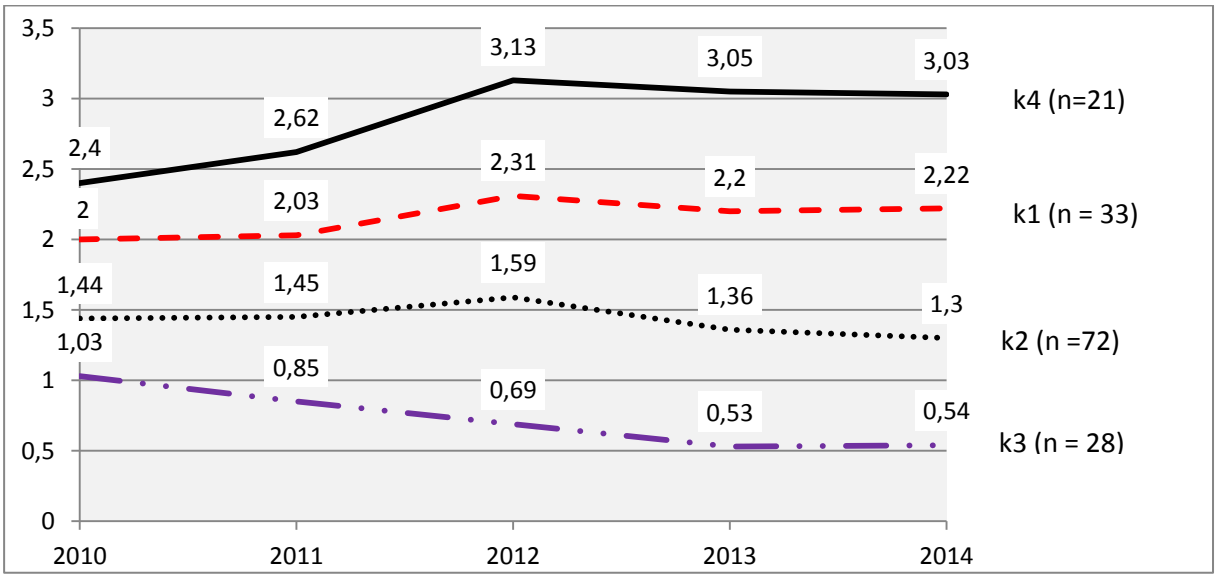


Diagram 5. Användning av bedömningsmetoder inom socialtjänsten i 154 kommuner där de fyra klustren har olika nivå av användning över observationstiden 2010-2014.

Prediktion av användning av bedömningsmetoder i socialtjänsten

Nedan redovisas en logistisk regressionsanalys med odds-kvoter för prediktorvariabler och deras inbördes inverkan på utfallet i användning av instrument på kommunnivå – i socialtjänsten. Kluster 4 är referenskluster i jämförelserna och tillika det kluster som har högst andel personer som använder bedömningsinstrument. Utfallsmåttet är det aggregerade värdet för bedömnings-metoder. Utfallsmåttet är användning av bedömningsmetoder 2010, 2011, 2012, 2013 och 2014

En första beräkning innefattar följande bakgrundsvariabler på kommunnivå.

- Experiment/kontrollgrupp
- Omgång (turordning i vilken av de 3 delarna i utvecklingsarbetet)
- Kommungrupp (SKL)
- Kvalitetsindex (Sammanvägt index från Öppna jämförelser (Socialstyrelsen 2008)

Kvalitetsindex exkluderades på grund av ett stort bortfall i variabeln i sjukvård.

Tabell 11: *kategoriska latenta variabler (kluster) för användning av bedömningsmetoder. Inbördes jämförelse mellan de fyra klustren med kluster 4 som referenskluster.*

		95% konf. Int		p
Kluster 1	**Odds Ratio**	**Nedre**	**Övre**	
OMGANG	0.927	0.427	2.014	Ns
EXP - KONTR	2.901	0.360	23.41	Ns
KOMMUNGR	1.007	0.721	1.407	Ns
Kluster 2				
OMGANG	0.754	0.363	1.528	Ns
EXP - KONTR	1.807	0.285	11.46	Ns
KOMMUNGR	0.804	0.583	1.110	Ns
Kluster 3				
OMGANG	2.849	0.727	11.17	Ns
EXP - KONTR	5.320	0.645	43.90	Ns
KOMMUNGR	0.796	0.558	1.135	Ns

Inga av bakgrundsvariablerna gav en signifikant prediktion av användning vid jämförelser mellan klustren. Men effektnivåerna indikerar högre effekt för experiment/kontrollgrupp så att kommuner i KLUSTER 1, 2, och 3 tillhör till jämförelsegruppernas kommuner i högre grad än kommunerna i KLUSTER 4. Vidare att mindre städer etc. i kommungrupp (mindre städer etc.) är vanligare i KLUSTER 2 och KLUSTER 3 än i KLUSTER 4, samt att senare omgång i KtP är jämförelsevis vanligare i KLUSTER 1 och 2.

Användning av behandlingsmetoder i socialtjänsten 2010-2014

Där värdet för 2008 anges är detta hämtat från Socialstyrelsens öppna jämförelser 2008. Frågan 2008 var *för hur stor hur stor andel av klienterna som man använt respektive metod.* Frågan var ej helt identiskt med frågorna i panelenkäten där frågan är om man själv använder respektive metod regelbundet i sitt arbete. År 2008 inkluderas inte i beräkningarna.

Den behandlingsmetod som ökat mest är *Motivational Interviewing*. Metoden hade en hög användning redan 2008 före KtP och 2010 användes den av 37% av kommunerna och ökade som mest till 60% 2012 och minskade något till 55% 2014. *Återfallsprevention* ökade från 17% 2008 och ca 20% 2010 till 31% 2012 och planade ut kring 29% (2014). *HAP-programmet* som också ingick i KtP användes i 7% av kommunerna 2008, 6% 2010 och ökade till 15% 2014. *CRA* ökade marginellt från 5% 2010 till 8% 2012 och minskade sedan till 7% 2014. (appendixtab. 105 - 108).

GMM-analys gjordes på kommunnivå. Analyserna prövades på 1 till fyra kluster med bäst entropi = 0.834 för modellen med tre kluster. Kurvlinjariteten i sambanden över tid (kvadratisk effekt anges med Q-värdet för funktionen. I nedanstående analyser redovisas data för 153 av kommunerna.

Kluster 1 (n=25) startar medelhögt på 1.324 och ökar med 0.544 (Q= - 0.076).

Kluster 2 (n=76) medelhög på 1.316 och ökar ngt med 0.175 (Q= - 0.032).

Kluster 3 (n=52) låg med 0.635 och ökar med 0.153 (Q= - 0.026).

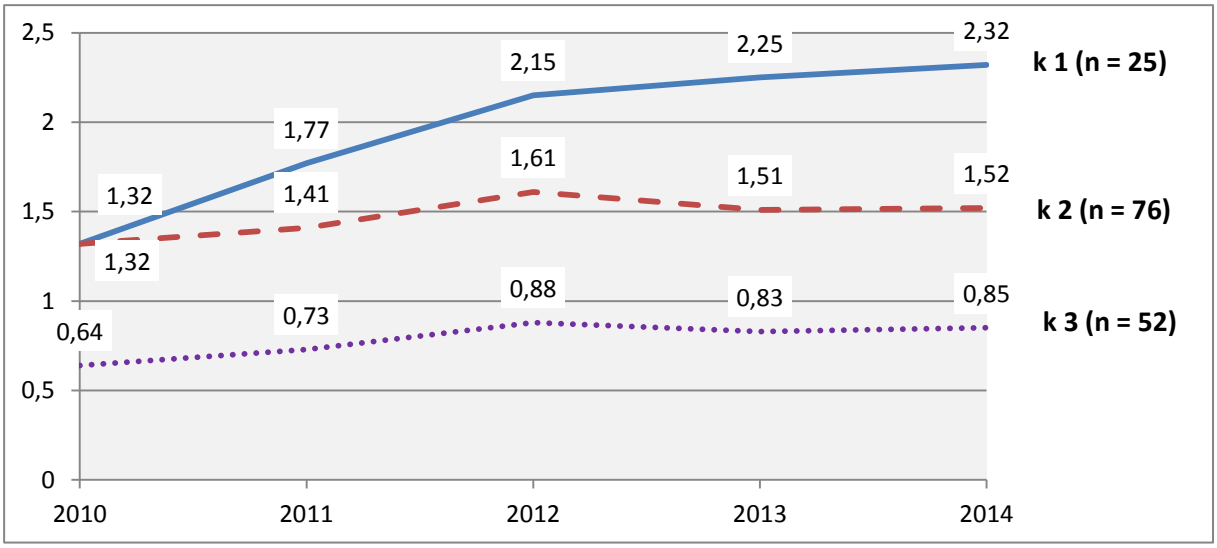


Diagram 6. Socialtjänsten i 153 kommuner där de tre klustren har olika nivå av användning av behandlingsmetoder över observationstiden 2010-2014.

KLUSTER 1 (n=25 kommuner) startar från en medelhög användning och ökar närmast linjärt till slutet av studien (2014). KLUSTER 2 (n=76 kommuner) startar från samma utgångspunkt som kluster 1 och ligger still kring 1.5 metoder. KLUSTER 3 (n= 52 kommuner) inledde med en låg nivå 2010 och ökar marginellt fram till 2014.

Prediktion av användning av behandlingsmetoder i socialtjänsten

I analysen av behandlingsmetoder används samma bakgrunds- (prediktionsvariabler) som för bedömningsmetoder. Utfallsmåttet är metodanvändning 2010 - 2014. Tre faktorer jämförs: Experiment/kontrollgrupp, omgång samt kommungrupp.

Tabell 12: *kategoriska latenta variabler (kluster) för användning av behandlingsmetoder. Inbördes jämförelse mellan de tre klustren med kluster 3 som referenskluster.*

		95% konf. int		P
	Odds Ratio	**Nedre**	**Övre**	
Kluster 1				
OMGANG	0.670	0.335	1.341	Ns
EXP_KONTR	1.879	0.472	7.491	Ns
KOMMUNGR	1.131	0.878	1.458	Ns
Kluster 2				
OMGANG	0.674	0.378	1.200	Ns
EXP_KONTR	0.663	0.147	3.000	Ns
KOMMUNGR	1.046	0.853	1.282	Ns

Kommunvariablerna differentierade inte mellan klustren och predicerade inte heller utfallet i behandlingsmetoder i socialtjänsten.

NIVÅ II – SJUKVÅRD/LANDSTINGSENHETER

Enheter inom psykiatri, beroendevård

I urvalet *använde* 14/74 av landstingsenheterna (19%) ***inte*** bedömnings- eller behandlingsmetoder eller hade bara sporadiskt använt. I bakgrundsvariabler på kommunnivå fanns bara en skillnad mellan enheterna. De som inte använde metoder hade lägre grad av insatser (F=5.30) i Socialstyrelsens öppna jämförelser 2009/2010.

Användning av bedömningsmetoder i sjukvård 2010 – 2014

Tabellerna i appendix 105 – 110 redovisar årsvis användningen av bedömningsmetoder. För AUDIT och DUDIT finns en ökning från 17% respektive 11% (2008) till ca 50% respektive 37% 2010/2011 med en minskning fram till 2014 till 41.1% för AUDIT och 35% för DUDIT. ASI används av relativt få landstingsenheter, ca 15-20%, ADAD i mycket liten utsträckning och DOK (som jämförelse) för ca 5% (appendixtabellerna 109-114).

GMM-analys gjordes på kommunnivå. Analyserna prövades på ett till tre kluster med bäst entropy = 0.853 vid modellen med två kluster. Kurvlinjariteten i sambanden över tid (kvadratisk effekt) anges med Q-värdet. I nedanstående analyser redovisas data för 73 sjukvårdsenheter inom psykiatri/beroendevård eller socialpsykiatri (Diagram 7).

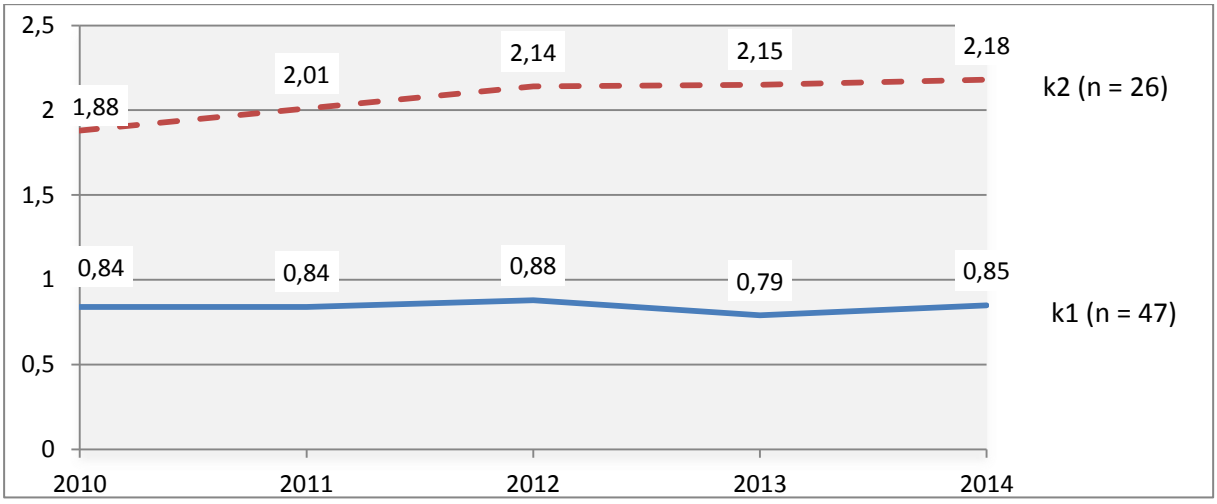


Diagram 7. Användning av bedömningsmetoder inom sjukvårdsenheter i 73 kommuner där de två klustren har olika nivå av användning över observationstiden 2010-2014.

Kluster 1 (n=47) använder få instrument startar på 0.839 och ökar med 0.007 (Q= - 0.003).
Kluster 2 (n=26) Använder minst två eller fler instrument, startar på 1.876 och ökar ngt med 0.150 (Q= - 0.019).

Prediktion av användning av bedömningsmetoder i sjukvård

Samma modell och variabler som för Socialtjänstfilen används för beräkning av kluster på enhetsnivå i sjukvården. Utfallsvariabeln är bedömningsmetoder 2010-2014. Möjliga prediktorvariabler var Experiment/kontrollgrupp samt Omgång (startår) och Kommungrupp.

Tabell 13: *kategoriska latenta variabler (kluster) för användning av bedömningsmetoder. Inbördes jämförelse mellan de två klustren med kluster 2 som referenskluster.*

		95% konf. int		P
Kluster 1	**Odds Ratio**	**Nedre**	**Övre**	
OMGANG	1.373	0.756	2.495	Ns
EXP - KONTR	1.595	0.380	6.697	Ns
KOMMUNGR	0.958	0.758	1.212	Ns

Ingen av bakgrundsvariablerna predicerade användning av bedömningsmetoder i sjukvården. Men effekten var högre för faktorerna deltagande i ”interventionsgruppen” i KtP och senare omgång (omgång 2 vanligen).

Användning av behandlingsmetoder i sjukvård 2010 - 2014

Inom sjukvården ökar användningen av MI från 2008 (25%) till ungefär samma nivå som i socialtjänsten 2010 (27%), ökar till 50% 2012 och minskar till 47% (2014). HAP ökade i användning från 6% 2008 till 9% 2012 och 7% (2014). Återfallsprevention startar på ca 17% 2018 och 2010 och ökar med 3% till 2014. CRA används av bara några få procent 2010 och förblir använt i liten omfattning genom hela studien (appendixtabellerna 115 – 118).

GMM-analys gjordes på kommunnivå. Analyserna prövades på ett till tre kluster med bäst entropy = 0.881 för modellen med två kluster. Kurvlinjariteten i sambanden över tid (kvadratisk effekt) anges med Q-värdet för funktionen. I nedanstående analyser redovisas data för 73 sjukvårds-enheter inom psykiatri/beroendevård eller socialpsykiatri.

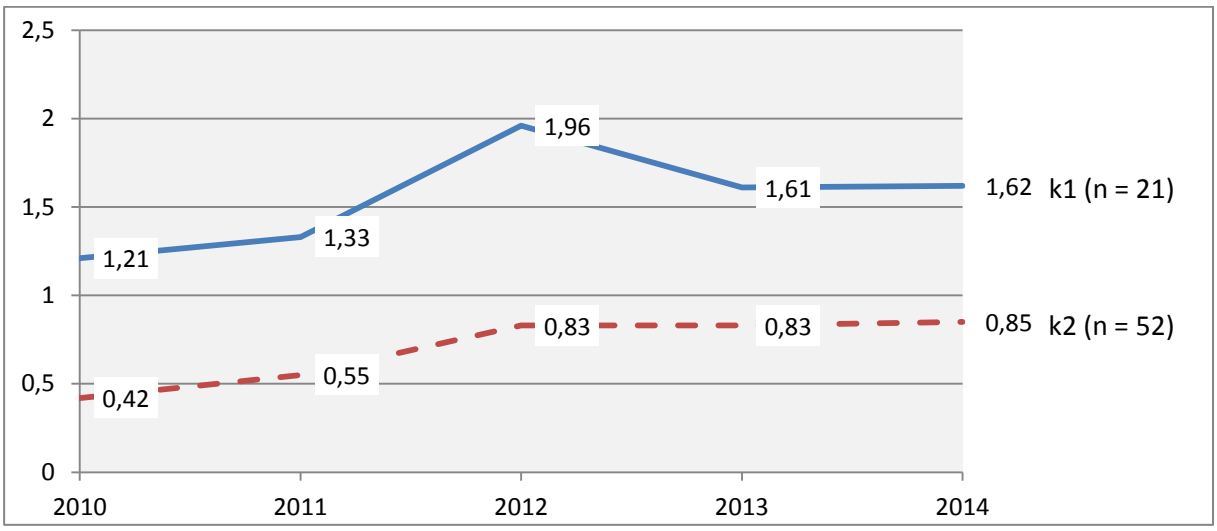


Diagram 8. Användning av behandlingsmetoder inom sjukvårdsenheter i 73 kommuner där de två klustren har olika nivå av användning över observationstiden 2010-2014.

Kluster 1 (n=21) använder genomsnittligt antal instrument 1.208 och ökar med 0.309 fram till 2012 och minskar därefter.
(Q= - 0.052).
Kluster 2 (n=52) Använder få instrument och startar på 0.421 och ökar med 0.208 (Q= - 0.025).

Prediktion av användning av behandlingsmetoder i sjukvård

Samma modell och variabler som för Socialtjänsten används för beräkning av kluster och förlopp på enhetsnivå i sjukvården. Utfallsvariabeln är behandlingsmetoder 2010-2014.

Prediktorvariabler är Experiment/kontrollgrupp, Omgång i KtP och Kommungrupp.

Tabell 14: *kategoriska latenta variabler (kluster) för användning av behandlingsmetoder. Inbördes jämförelse mellan de två klustren med kluster 2 som referenskluster.*

		95% konf. Int		P
Kluster 1	**Odds Ratio**	**Nedre**	**Övre**	
OMGANG	0.969	0.508	1.847	Ns
EXP - KONTR	0.687	0.095	4.951	Ns
KOMMUNGR	0.933	0.652	1.335	Ns

Inga bakgrundsvariabler predicerar användning av behandlingsmetoder inom sjukvården.

NIVÅ III – LÄN

IMPLEMENTERING AV 3 METODER FÖR LOKAL UPPFÖLJNING

Som en del av *Kunskap till praktik* erbjöd SKL som en del av utvecklingsprojektet ekonomiskt stöd åt tre FoU-verksamheter. Dessa åtog sig att utbilda och handleda vardera fem andra FoU-verksamheter i implementering av lokala uppföljningsmetoder inom missbruks- och beroende-vården. Gemensamt var intresset för att följa upp insatser inom missbruks- och beroendevård, både i arbetet med enskilda klienter och på verksamhetsnivå.

Tre FoU-verksamheter fick i uppdrag av SKL att under en treårsperiod 2011 - 2013 stödja och bidra med utbildning och handledning/metodstöd till implementering av tre olika metoder för lokal uppföljning av insatser till personer med missbruks- och/eller beroendeproblem. FoU Väst i Göteborg, fick ansvaret för UIV(Uppföljning av Insatser för Vuxna med missbruksproblem), FoU Umeå fick ansvaret för LOKE (Lokal utvärdering, Lokal evidens) och FoU Södertörn i Stockholm fick ansvaret för mångbesökarmodellen. Metoderna som är olika, är samtliga avsedda att användas för uppföljning på verksamhetsnivå.

Uppdraget var för de tre FoU-verksamheterna var att utbilda och handleda vardera 5 andra FoU-verksamheter/län. Dessa sammanlagt 15 FoU verksamheter erhöll ekonomiskt stöd från SKL till att utbilda och handleda personal inom missbruks- och beroendevård i att lära sig en av de tre metoderna för lokal uppföljning. De verksamheter som medverkade fick enligt överenskom-melsen med SKL rätt till handledning och metodstöd från det egna länets FoU-verksamhet.

Implementering: med implementering avses i denna rapport de procedurer som används för att införa nya metoder i en verksamhet och som bidrar till att metoderna används såväl som avsetts och som en fortlöpande del av arbetet rutin över tid (Fixsen et al, 2001). Denna del av utvärderin-gen utvärderas dock endast en kortare tid efter det att stödet från SKL upphört vilket gör att implementering här kan definieras som specifika aktiviteter som syftar till att få en ny metod att bedrivas i ordinarie verksamhet (Guldbrandsson, 2007).

Syftet med implementeringen bör vara konkret och mätbart och ska kunna mätas i en uppföljning. När nya metoder för bedömning och behandling ska införas i en verksamhet, tar det ofta lång tid, kostar mycket och misslyckas ofta, men kunskaper om implementering, kan öka genomförande-graden med upp till 80% av det planerade förändringsarbetet blivit genomfört efter 3 år (Fixsen et al, 2001).

Fixsen et al (2011) delar in implementeringsprocessen i följande fyra faser: 1) Behovsinventering, 2) Installation; 3) Användning samt 4) Vidmakthållande.

Behovsinventering: Här identifieras de förändringsbehov som finns och utifrån dessa väljs de som kan uppfylla de målsättningar som formulerats. Behovsinventeringen leder ibland till att man väljer att sluta använda metoder som inte gett avsedd effekt eller resultat.

Installation av metoden: Efter att behovsinventeringen är genomförd och ett beslut är fattat om att införa en ny metod är nästa steg rekrytering och utbildning av personal. Därefter bör resurser i form av tid, lokaler, ev. utrustning och aktiviteter avsättas. Ibland bör man också fokusera på att informera och om möjligt göra andra i organisationen delaktiga i förändringsarbetet.

Användning av metoden: I den här fasen är behovet av handledning och eller metodstöd stort, personalgruppen behöver stöd för att kunna säkerställa att de använder eller arbetar efter den nya metoden på det sätt det är tänkt, d.v.s. att vara metodtrogna.

Vidmakthållande: När fler än 50% av personalen använder den nya metoden på det sätt metoden är avsedd att användas menar Fixsen et al. att metoden kan betraktas som implementerad.

De tre utvärderingsmetoderna för lokal uppföljning

1. UIV - Utvärdering av insatser för vuxna

UIV syftar till en analys av behandlingsresultat ur brukarperspektiv och utvecklades under 2009 vid stadsledningskontoret i Göteborg i syfte att skapa en gemensam metod för uppföljning av insatser inom stadens missbruks- och beroendevård. Uppföljningen skulle göras ur ett brukarperspektiv. Avsikten var att alla biståndsbedömda insatser som institutionsvård, öppenvård och familjevård enligt socialtjänstlagen, SOL och lagen om vård vid missbruk, LVM skulle följas upp och utvärderas av den som erhållit behandlingsinsatsen. Utvärderingen omfattar alla insatser som föregåtts av ett biståndsbeslut. Uppföljningen genomförs med hjälp av ett webbaserat strukturerat frågeformulär, där brukaren/klienten får frågor om ålder, kön, behandlingstid och genomgången insats samt information om hur brukaren värderat insatsen/behandlingen som han/hon deltagit i. UIV:s frågeformulär utvecklades i samråd med ett dataföretag och innehåller bl. a. frågor om avslutet av insatsen/behandlingen var planerad eller avbröts i förtid, s.k. ”drop out”.

Resultaten från det webbaserade frågeformuläret systematiseras i en gemensam databas för samtliga användare. Programmet möjliggör för användaren att ta ut och analysera olika variabler mot varandra, t.ex. att följa en åldersgrupp med vissa behov, men också att skapa skriftliga rapporter med tabeller och framställa powerpoint-presentationer. *UIV, Utvärdering av insatser för vuxna*: genomfördes i Västmanland, Örebro, Dalarna, Västerbotten samt Blekinge. (Västerbotten och Blekinge medverkade inledningsvis men avbröt senare).

Det som kommer att framgå av UIV utvärderingen är:

- Personens missbruksproblem och övrigt som medfört förändringsbehov.
- Vilka insatser personen har fått.
- Brukarens skattning av resultatet av vården (brukarnytta) samt
- Hur insatserna utfördes av vårdgivaren (kvalitet).

2. Mångbesökarmodellen

Mångbesökarmodellen syftar till att identifiera och beskriva systemhinder ur ett brukarperspektiv. Uppföljningen fokuserar på brukare med många vårdkontakter, med olika aktörer, främst de med

stort omsorgs- och vårdbehov som får många insatser. Iden är att analysera och beskriva hur de samlade insatserna möter individens behov baserat på intervjuer med brukare och deras anhöriga samt på registerdata och journaler. Underlaget är besöksstatistik från enheter inom sjukvård, psykiatri och socialtjänst i de kommuner där studien bedrivs och intervjuer med dem som gått med på att medverka. I den aktuella studien var det ett stort antal personer som anlitades för att samla in, koordinera och sammanställa uppgifter för de patienter/klienter/brukare som gick med på att medverka. Således inte hela sökströmmen.

Den här formen av uppföljning utarbetades ursprungligen vid Äldrecentrum i Stockholms län och användes för uppföljning av vård och omsorg för multisjuka äldre (Gurner m fl., 2006; 2010). Under 2010 påbörjade Beroendecentrum i Stockholm en anpassning av metoden till missbruks- och beroendevården, och använde den för en uppföljning vid Beroendecentrum. Initiativet till denna första uppföljning av mångbesökare inom missbruks och beroendevården togs av Sveriges Kommuner och Landsting, via satsningen ”*Kunskap till Praktik*.

FoU Södertörn fick i uppdrag, dels att utarbeta anvisningar för genomförandet av ”Mångbesökar-modellen”, dels att handleda och stödja de sex län som tackat ja till ekonomiskt stöd och gjort en överenskommelse med SKL dels att genomföra en uppföljning. På grund av att man på FoU Södertörn inte erhöll den rapportering från Beroendecentrum som skulle utgjort en manual för genomförandet, omformulerades uppdraget på FoU Södertörn: från implementering av en metod till ett metodutvecklingsprojekt med syftet att fortsätta arbetet med att översätta metoden från äldreområdet samt att pröva dess användbarhet inom missbruks och beroendevården.

Mångbesökarmodellen: Jämtlands, Halland, Gotland, Uppsala, Norrbotten samt Skåne.

Denna modell för lokal uppföljning som SKL valt att stödja, skiljer sig från de två andra på följande sätt:

- Metoden har utvecklats inom äldreområdet, för multisjuka äldre
- Det fanns initialt ingen färdig modell att implementera
- FoU Södertörn hade ingen egen erfarenhet av metoden, innan man erbjöds uppdraget.

3. LOKE

LOKE betyder *lokal uppföljning som evidens* och omfattar uppföljning av öppen- och heldygnsvård, Metoden utvecklades ur behovet av systematisk dokumentation inom individ- och familjeomsorgen i Umeå kommun. Loke riktar sig bl.a. till verksamheter som erbjuder insatser till personer med missbruks- och beroendeproblematik. Projektet, att utveckla modellen LOKE pågick under 2007-2010 vid socialtjänstens FoU-verksamhet ”UFFE” i Umeå. Projektet beskrevs i en slutrapport till SKL (Hjelte, Brännström & Engström, 2010). *LOKE, lokal utvärdering*: Östergötland, Värmland, Jönköping, Örebro län samt Västernorrland.

LOKE kan användas på följande sätt;

- för att följa upp målgrupper, insatser och utfall
- för att undersöka om det finns skillnader mellan hur man tänkt sin verksamhet och hur den ser ut i praktiken
- för att öka kunskapen om verksamheternas arbete i relation till politiska mål
- som underlag för planering och beslut om bemanning, inriktning osv.

LOKE som arbetsmodell bygger på att man kontinuerligt och systematiskt följer upp alla insatser oberoende av om de är evidensbaserade eller inte. Målet är att skapa ett system för kontinuerlig och systematisk dokumentation, bearbetning och användning av data från verksamheter som arbetar med insatser för brukare. Data som informerar om *brukarnas bakgrund* dokumenteras när insatsen påbörjas. Exempel på bakgrundsvariaber är: kön, ålder, anledning till inskrivning, primär drog, tidigare och parallella insatser och placerande enhet. Utfallsmått är bl. a. antalet besök vid olika vårdinrättningar under en definierad period

Med lokal evidens menas ”lokalt genererad kunskap om förutsättningar, processer och utfall av klientinsatser i den egna organisationen”. Verksamheterna börjar med att beskriva den egna verksamhetsidén; tänkt målgrupp, tänkta insatser och tänkta resultat. Därefter dokumenteras hur det ser ut i praktiken; vilka brukarna (klienterna) är, vilka insatser de får samt utfallet.

SYFTE

Syftet med utvärderingen är att beskriva erfarenheter från implementeringsprocessen som framgångsfaktorer och hinder i arbetet med implementering av 3 nya modeller för lokal uppföljning inom missbruks- och beroendevården.

METOD

Urval

Deltagare/informanter i utvärderingen är dels de tre FoU-enheternas projektansvariga, på FoU Väst, FoU Södertörn och FoU Umeå. Övriga informanter är representanter för de 15 övriga länens FoU enheter som tackade ja till att delta i stödet av implementeringen av en av 3 modeller för systematisk uppföljning. Antal deltagande informanter var 35.

Datainsamling

1. ***Kvalitativa intervjuer*** genomfördes med de tre FoU-enheternas ansvariga i samband med att man åtagit sig uppdraget och gjort en överenskommelse med SKL.
2. ***Enkäter*** med frågor till representanter för de 15 FoU verksamheter/län som valt någon av de tre modellerna för lokal uppföljning. Enkäterna/frågeformulären har delats ut och samlats in vid nätverksträffar under pågående projektperiod.
3. ***Avslutande intervjuer med FoU-enheternas projektansvariga***, på FoU Väst, FoU Södertörn och FoU Umeå har gjorts i samband med att det treåriga ekonomiska stödet från SKL upphörde. Intervjuerna berörde omfattningen/spridning av den aktuella metoden, om antal brukare och antal personal som blivit berörda samt skattning av framgångsfaktorer och hinder i implementeringsarbetet.

Analys av intervjuer

Utifrån gruppering av sex variabler i Rogers matris (Rogers 2002) skattades vid möten med informanterna hur dessa värderade respektive modell. Analysen fokuserar på de fem faktorer som tidigare forskning visat är viktiga för hur en innovation tas emot och sprids. Informanterna fick skatta om modellen för lokal uppföljning var a) lätt att disseminera och implementera, om

modellen b) uppfattades ha stora fördelar gentemot befintlig praxis, c) om den överensstämde med arbetssätt och attityder i verksamheten, d) om den var relativt enkel att förstå och använda, om e) metoden var möjlig att pröva i liten skala.

De 3 olika modellerna för systematisk uppföljning hade olika syften och användningsområden, men fick samma ekonomiska stöd från SKL och samma informations- och handledningsinsatser från de projektansvariga på de tre FoU-enheterna. Därför går det att jämföra hur innovationen tas emot och sprids och hur den uppfattades av de olika intressenterna. Den inledande ”intressent-analysen” i utvärderingen gav viktig information om förutsättningarna för implementeringen. Fanns ett stöd i forskarsamhället/ansvariga projektledare på FoU-enheterna för rationaliteten rent tekniskt och hade metoden prövats tidigare. Överensstämde dessa bedömningar med skattningarna från behandlare och klienter? Motsägelser kan då indikera möjliga svårigheter i att implementera modellen. Alla intressenter har inte kunnat inkluderas i intervjuer och enkäter men alla de personer som följts och intervjuats över processen har bedömt dessa aspekter samt det stöd de hade för sina uppfattningar. Totalt medverkade 35 personer i intervjuerna i grupp eller enskilt.

Analys av enkäter

Analysen av enkätsvaren från representanterna för de 15 län som arbetat med implementering av en av de 3 modellerna för systematisk uppföljning, använde begreppen *framgångsfaktorer och hinder* enligt Fixsen et al (2005). Frågorna i enkäten berör bl.a. a) kompetens hos användarna, b) om det finns en stödjande organisation och c) om det finns ett effektivt ledarskap? Andra frågor handlar om d) hur verksamhet och personalgrupp valts ut, e) om personalen fått adekvat utbildning och f) om kontinuerlig handledning ges från FoU-enheterna? Frågorna har valts utifrån att de kan belysa viktiga delar av implementeringsprocessen.

Analys av avslutande intervjuer

De avslutande intervjuerna med FoU-enheternas projektansvariga genomfördes i samband med att det treåriga ekonomiska stödet från SKL upphört. Intervjuernas fokus handlade om spridningen av metoderna (dissemineringen). Antal brukare och antal personalmedlemmar som omfattats av den aktuella metoden samt skattning av framgångsfaktorer och hinder i implementeringsarbetet enl. Fixsen et al, 2005).

Skattningarna gjordes genom att man satt tillsammans i grupp av personal och gjorde en skattning av ett värde från ett till fem på vardera skalan (ovan) med forskaren närvarande. Värdena redovisas som heltal i tabellerna nedan.

RESULTAT

De kvalitativa intervjuerna med de tre FoU-enheternas ansvariga analyserades utifrån Rogers kriterier på vad som bör ingå i uppföljningsmetoder (2002). Här har utfallet vägts samman i en siffra mellan 1-5 där högre värden anger bättre förutsättning för implementering och låga värden innebär mindre bra förutsättningar.

Projektansvariga för ***UIV*** bedömde att modellen generellt var lätt att sprida och implementera (Tabell 15). Modellen utvecklades på Stadsledningskontoret i Göteborg och var redan implementerad i flera stadsdelar när KtP inleddes 2009. Detta underlättade för andra verksamheter att göra "pilotundersökningar" och jämföra egna erfarenheter med kollegors genom studiebesök. UIV uppfattades som en förbättring av rådande praxis, då den gav också brukare/klienter möjlighet att utvärdera nyttan med behandlingen man tagit del av. För behandlare erbjöd den en möjlighet att träna bl. a. användning av ett webb-baserat frågeformulär.

Tabell 15. *Skattning vid intervju om förutsättning för implementering av UIV: 5 poäng är högst och 1 är lägst.*

Rogers faktorer/ Intressenter	**Klient**	**Behand-lare**	**Ledning**	**Tillsyn**	**FoU (forskar-samhället)**	**Marknad**
Fördel mot befintlig praxis	5	4	5	4	4	4
Kompatibilitet i arbetssätt, attityder	3	3	4	4	4	3
Enkel, el. komplex	4	3	4	4	4	3
Prövbarhet	2	4	4	4	3	3
Observerbarhet	1	4	4	4	4	3

En viss osäkerhet förelåg kring om metodiken överensstämmer med ordinarie arbetssätt i klient-arbetet och attityder till utvärdering/uppföljning som metod i den kommunala missbruks- och beroendevården. Metoden bedömdes enkel att använda, både för brukare i intervjusamtalen men också för behandlare som initialt fått utbildning i användandet av web-programmet och i inter-vjumetodik. Även chefer som utbildades i metoden bedömde UIV som enkel att implementera och använda för verksamhetsledning, speciellt inför sammanställning till årsrapporter o dy. Med hjälp av den handledning som FoU Väst erbjöd under den 3-åriga projektperioden. Man betonade vikten av att behandlarna verkligen använde metoden regelbundet.

Insyn i metodiken var relativt liten för klienter/brukare, men hög för behandlare, ledning, tillsyn, forskarsamhället och marknaden. Projektansvarig för FoU Väst hade själv utvecklat modellen, och förmedlade viktig kunskap om UIV och implementeringen av UIV genom kontinuerliga er-bjudanden om informations- och utbildningstillfällen.

Mångbesökarmodellen bedömdes av dem som arbetade med den som en inte färdig modell för lokal uppföljning (jämfört med de två andra modellerna), utan snarare en typ av revision av rutiner och vårdprocesser under uppbyggnad och där det bedöms hur vårdkedjan fungerar för dem som söker hjälp ofta. Det uppstod tidigt oklarheter kring när den utlovade manualen skulle levereras.

Mångbesökarmodellen som utveckats inom ett annat vårdområde än missbruks- och beroende-vård (Gurner et al, 2010) saknade i praktiken en klar genomförandeplan och en stor del av den inledande projekttiden fick användas till att skapa en gemensam manual för genomförandet. I praktiken innebar modellen att personal genom samtal med klienter och granskning av journal-handlingar skulle genomföra en revision i syfte att undersöka hur vårdinsatser för klienter/brukare hade varit anpassade till brukarens behov och sedan spåra brister i vårdkedjan. Mångbesökarmodellen var initialt svår att sprida och implementera. Fördelarna mot rådande praxis var den starka betoningen av klient/brukarperspektiv samt för sjukhusledning (beroendecentrum) liksom för tillsynsmyndigheten som utreder hur ev. brister i vårdinsatser för

personer med samsjuklighet inverkade. Modellen bedömdes dock ha låg kompatibilitet med arbetssätt och värderingar i behandlingsarbetet. D.v.s. den ansågs svår att integrera med gängse rutiner inom verksamheten.

Tabell 16. *Skattning vid intervjuer av förutsättning för implementering av mångbesökarmodellen.*

Rogers faktorer/ Intressenter	**Klient**	**Behandlare**	**Ledning**	**Tillsyn**	**FoU (forskarsamh)**	**Marknad**
Relativ fördel mot befintlig praxis	5	4	5	5	3	4
Kompatibilitet med arbetssätt attityder och värderingar	2	3	3	3	3	2
Enkel eller komplex	3	3	3	3	2	2
Prövbarhet	1	2	2	2	2	1
Observerbarhet	1	2	1	1	1	1

Mångbesökarmodellen bygger på journalhandlingar och intervjuer med brukare med multipla vårdbehov och bedömdes vara svår att genomföra, främst på grund av tidsbrist, men samtidigt enkel att använda och förstå rent principiellt. Användarna skattade lågt på möjligheten att pröva modellen, eftersom den var alltför ny för att verkligen kunna observeras i funktion. Problem med urval, bortfall och tillstånd att använda data från olika delar av vårdkedjan var vanliga. I den befintliga utformningen var den svår att administrera och krävde stora personalinsatser.

LOKE bedömdes av informanterna som lätt att sprida och förstå i de delar som handlade om verksamhetsbeskrivning och verksamhetside. Däremot uppkom stora svårigheter för verksamheterna själva i att utveckla en webbaserad modell för klientdata och resultatanalys.

Tabell 17. *Skattning vid intervju av förutsättning för implementering av LOKE.*

Rogers fem faktorer/ Intressenter	**Klient**	**Behandlare**	**Ledning**	**Tillsyn**	**FoU forskarsamh**	**Marknad**
Relativ fördel mot praxis	3	4	5	5	4	4
Kompatibilitet med arbetssätt attityder och värderingar	3	5	5	4	4	4
Enkel eller komplex	3	4	4	4	4	4
Prövbarhet	2	5	5	4	4	4
Observerbarhet	2	5	5	4	4	4

Modellen uppfattades ha fördelar gentemot befintlig praxis, t.ex. fördelar med att personalen deltog i sin egen verksamhetsutveckling varvid verksamhetens uppdrag och de egna resurserna tydliggjordes. Men det uttrycktes också farhågor för att implementering av LOKE skulle skapa svårigheter i hanteringen av persondata. Ytterligare en farhåga var att när det redan tidigare fanns journalföring, så ökade risken för dubbelarbete för personalen.

Halvtidsanalysen av enkätsvar från FoU-enheter i de län som deltog Östergötland, Värmland, Jönköping, Örebro, Västernorrland, Västmanland, Dalarna, Norrbotten och Västerbotten. Frågorna i enkäten berörde framgångsfaktorer och hinder i implementeringsarbetet.

***Framgångsfaktorer i implementeringsarbetet* som beskrivs av flertalet deltagande län:**

- Att verksamheters ledning var engagerad och stödjande redan tidigt i implementeringsprocessen var en förutsättning. Ledningen som ger kontinuerligt stöd och efterfrågar resultat från metodens utfall, uppfattas som stödjande och motiverande. Erfarenheten gäller samtliga tre metoder, och tycks vara den enskilt viktigaste faktorn.
- Positivt bemötande och gott stöd i form av utbildning och handledning från projektansvariga. Erfarenheterna gällde samtliga tre metoder.
- Metoden är lätt att förstå och kan användas i olika typer av verksamheter i en mindre kommun (LOKE).
- Personalen känner att de ”behärskar” metoden. Checklista, manual eller ”lathund” uppfattades som ett stöd. Erfarenheten gäller samtliga tre metoder.
- Metoden ”lyfter fram” brukarnas perspektiv. Gällde främst Mångbesökarmodellen och UIV. Vissa verksamheter hade detta som ett angeläget fokus.
- Metoden används av samtlig personal, som kan stödja varandra (UIV)

Hinder i implementeringsarbetet som beskrivits:

- Brist på stöd och styrning, ledningen har ibland överlåtit ansvaret åt personalgruppen.
- Personalbyten som ledde till informationsbrist
- Tidsbrist, svårt att engagera sig i något utöver dagliga rutiner
- Omorganisationer som leder till splittrade personalgrupper och förändrade uppdrag
- Andra interventioner som ska implementeras samtidigt
- Avsaknad av kunskap och erfarenhet av systematisk uppföljning, istället har personalgruppen ofta hög kompetens vad gäller behandlingsarbete, bemötande och terapeutiska metoder.
- Datastöd saknades i LOKE vilket gjorde att det blev svårare att fullfölja modellen

För de län som avbröt

- Man var nöjda med redan använda och implementerade metoder för kartläggning och uppföljning (t.ex. DOK eller ASI)
- Tidsbrist, som skapade prioriteringsutrymme.
- Upplevelse av den nya metoden som ”komplicerad”

Avslutande intervjuerna med FoU-enheternas projektansvariga

Intervjuerna genomfördes på FoU Väst, FoU Södertörn och FoU Umeå i samband med att det treåriga ekonomiska stödet från SKL upphörde. Spridning av de nya metoderna för systematisk uppföljning redovisas nedan (tabell 4) med fokus på: län som aktivt deltagit i utvecklingen under den 3-åriga projekttiden, antalet användare/personal, och verksamheter som deltagit samt antal brukare som berörts. Metodernas spridning till andra välfärdsområden beskrevs också.

UIV hade en stor användning med god kontroll över insamlade data från *385 deltagande personalmedlemmar* som aktivt använt UIV för uppföljning av insatser utifrån brukarens perspektiv. Till detta kom *848 brukare/klienter* som deltagit i uppföljande intervjuer och fått möjlighet att värdera insatsen/behandlingen som han/hon deltagit i. Metoden har även utvecklats och implementerats

inom andra verksamhetsområden än bistånd till missbruks och beroendevård t ex. uppföljning av stöd och behandling, d.v.s. icke biståndsbedömda insatser till vuxna med missbruksproblem i Västerås kommun, uppföljning av boendestödet ”Housing First” i Göteborg stad, insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning i Göteborg stad, uppföljning av familjehemsplacerade barn i Göteborgs stad och av barn placerade på HVB-hem i Huddinge kommun.

Mångbesökarmodellens revisioner genomfördes av arbetsgrupper i samtliga deltagande län. Antalet deltagare som arbetat med kartläggningarna/revisionerna var totalt *30 medarbetare/personal.* Därtill fanns referensgrupper till arbetsgrupperna, *ytterligare 30 personer* som varit aktivt involverade i genomförandet av revisionen i respektive län samt fokusgrupper bestående av personal och ca 50 brukare i tre län. Totalt berördes *110 personal* av utvecklingen av mångbesökarmodellen. Intervjuer med *57 brukare* har genomfördes i syfte att utvärdera om personer med s.k. samsjuklighet hade fått adekvat vård utifrån sina behandlingsbehov. Denna metod har inte haft samma kvantitativa spridning som de övriga två. I gengäld hade den en stor påverkan i respektive län där underlaget användes till att förbättra samverkan mellan olika vårdgivare, samverkansavtal och i planerandet och utvecklandet av ett nytt beroendecentrum. Flera län har haft för avsikt att replikera mångbesökarmodellen i syfte att undersöka om samverkan mellan vårdgivare förbättrats i länet och om personer med samsjuklighet fått en mera behovsanpassad vård med god uppföljning. När denna rapport skrivs (nov 2014) har ingen ny revision ännu gjorts.

LOKE hade en mycket god spridning i utvecklingen av ”steg 1: *Verksamhetside*, där denna modell förutom inom missbruksvård har tagits in i varierade verksamheter, bl.a. inom habilitering, ungdomsvård, socialpsykiatri, anhörigcentrum och äldreomsorg.

Tabell 18. *Spridning av 3 nya metoder för systematisk uppföljning*

Uppföljningsmetod	UIV	Mångbesökarmodellen	LOKE
Antal deltagande län	Västra Götaland, Dalarna, Örebro Västmanland	Gotland, Halland, Jämtland, Norrbotten Skåne, Uppsala	Jönköping, Värmland, Västernorrland, Örebro, Östergötland
Antalet användare/ personal	385 användare i 37 kommuner. UIV används även inom områden som barn, habilitering, boendestöd etc.	110 användare Metoden har inte replikerats men använts som underlag för utveckling/ samverkan i flera län	Ca 800 användare från verksamheter som missbruks- & ungdomsvård, habilitering, skola, äldre, anhöriga, Jönköping: 300 personal. Norrköping: 100 brukare, 200 personal, Västernorrland: 3500 brukare, 180 personal. Örebro: 75 personal och 1500 brukare
Brukare som berörts	**848**	**57**	**Population 5700**

Dokumentation (Steg 2) som handlar om att fatta beslut om vad i behandlingsarbetet som ska mätas och dokumenteras, upplevdes svårare och tog tagit längre tid. Steg 3 *Återkoppling* där data som samlats in ska analyseras, upplevdes svår, särskilt i mindre verksamheter. Orsaken, menade man,

var att det tog lång tid innan datamängden blev stor nog att analysera. Detta påverkade motivationen negativt särskilt när stödet upphörde efter projekttidens slut.

Slutsatser

UIV bedömdes lätt att sprida och implementera. Denna bedömning stod fast efter 3 år. För de län som valt att implementera UIV var arbetet framgångsrikt, också vad avser spridning av metoden till andra välfärdsområden. Län som avbröt redan tidigt avstod under hela projektet. ***UIV*** är en enkel metod att implementera om stödstrukturer finns, men svår att sprida till län som redan hade en etablerad systematisk metod eller uppföljningsmetoder på individnivå, typ ASI eller DOK. Eftersom UIV är implementerad i hela Göteborgs stad och brett i de län som valde modellen, fanns stora möjligheter att ta del av dessa erfarenheter, både för användarna och brukarna. Samma programvaruleverantör (med programvaran Dio-evidence) medverkade i utvecklingen av UIV sedan starten 2009.

Mångbesökarmodellen som bygger på journalhandlingar och intervjuer med brukare med multipla vårdbehov bedömdes vara svår att genomföra, främst på grund av tidsbrist Samtidigt var den enkel att använda och förstå. Ansvariga för FoU Södertörn bedömde tidigt att metoden skulle bli svår att genomföra. En utlovad manual levererades inte och metodiken var svår att genomföra då det krävdes många samarbetspartners för att samla in data. Detta bekräftades i uppföljnings-intervjuerna med representanter för FoU-enheterna. Inget län har replikerat mångbesökar-modellen, trots att flera initialt hade avsikt att göra det.

Slutsatsen blir att Mångbesökarmodellen måste förenklas för att kunna replikeras och implementeras. Det är en angelägen metod som tänks kunna användas för att skapa underlag för en förbättrad samverkan mellan olika vårdgivare som möter medborgare med komplexa vårdbehov. En förenklad mångbesökarmodell kan eventuellt förvaltas av en nationell tillsynsmyndighet.

LOKE skattades av informanterna som en metod som var lätt att sprida och implementera. Uppfattningen byggde naturligt på erfarenheterna från kommunen där den utvecklats och där kommunledningen förankrat ett politiskt beslut att metoden ska implementeras.

Från intervjuerna med de deltagande länen, framkom att LOKE var en enkel och naturlig metod att implementera, speciellt för att genomföra en verksamhetsbeskrivning och verksamhetsidén. Många olika typer av verksamheter valde LOKE för sitt utvecklingsarbete. Arbetet med att formulera sin verksamhet och sina egna insatser skapade engagemang men tog tid. Arbetet upplevdes dock motiverande och angeläget. Spridningen till många olika verksamheter skedde snabbt, men i mindre omfattning till missbruks- och beroendevården. En svårighet för verksamheterna var att självständigt utveckla en webbaserad modell för data och uppföljning av behandlingsresultat. För de kommuner som etablerade ett webbaserat stöd, ökade användningen snabbt. Slutsatsen blir att LOKE som modell varit lätt att implementera i många olika typer av kommunala verksamheter. För att underlätta spridning och implementering till övriga län, bör man redan initialt, i inledningen av implementeringsprocessen, erbjuda en enkel och relevant webbaserad modell för datainsamling. Om LOKE ska fortsätta att implementeras inom missbruks- och beroendevård och i andra verksamheter som saknar modeller för

verksamhetsutveckling och systematisk uppföljning behövs ett nationellt ansvar, en regional stödstruktur och även lokala handledare/metodstödjare.

II BRUKARINFLYTANDE

I svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst finns sedan länge en stark tradition av att på olika sätt involvera patienter och brukare i utveckling, genomförande och uppföljning av verksamheter. De senaste åren har drivkrafterna för patient- och brukarmedverkan förändrats och förstärkts varvid frågorna fått allt större uppmärksamhet. Med allt fler välutbildade medborgare, nya tekniska lösningar och lättillgänglig information ökar kraven och förväntningarna på den gemensamt finansierade välfärden. Detta kombineras med en trend av individualisering, där många gärna ser skräddarsydda lösningar för den enskilde klienten. De senaste årens valfrihetsreformer har ytterligare påskyndat utvecklingen mot en förändrad syn på den enskilde patientens eller brukarens ställning och roll i relation till hälso- och sjukvården och socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2013). I den här delstudien ingår också Stockholm.

Brukarinflytande på flera nivåer

1. Brukarinflytande på individnivå innebär att den enskilde har möjlighet att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd den enskilde får. Denna typ av brukarinflytande har stöd i Socialtjänstlagen där huvudregeln är att ”socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar” (3 kap. 5§ SFS 2001:453). Se lag 2012:776.

2. Brukarinflytande på verksamhetsnivå innebär att den enskilde brukaren eller representanter från brukarråd är delaktiga i utveckling och beslut i verksamheten.

3. Brukarmedverkan på organisations- eller systemnivå, t.ex. medverkan i policyprogram där representanter från brukar- eller anhörigorganisationer deltar och därmed kan utöva inflytande. Även denna typ av brukarinflytande har stöd i socialtjänstlagen där det anges att ”kommunerna ska planera sina insatser för personer som är äldre och/eller har funktionsnedsättningar i samverkan med andra samhällsorgan och organisationer (5 kap. 6§ SFS 2001:453).

SKL: s stöd till bildandet av ett nationellt brukarråd

Genom att bjuda in befintliga brukarföreningarna som Attention, FMN, IOGT-NTO, KSAN, Länkens kamratförbund, RFHL, SIMON, Verdandi och Rainbow Sweden till att delta i ett nationellt brukarråd markerade SKL under utvecklingsarbetet *Kunskap till praktik* en tydlig ambition att stärka brukarnas inflytande inom missbruks- och beroendevården.

Det nationella brukarrådet bildades 2008, och i dialog med brukarföreningarna skrev SKL överenskommelser och gav ekonomiskt stöd till utveckling av regionala brukarråd i Sveriges samtliga 21 län. Aktiva brukarråd, inom missbruks- och beroendevård fanns etablerade i enstaka län vid denna tidpunkt.

Utvecklingen av regionala Brukarråd
Med ekonomiskt stöd från SKL och praktiskt stöd från en representant för RFHL/Verdandi i Stockholm (SKL-anställd), har brukarråd successivt startats i samtliga län mellan 2008 och 2013. I enstaka län har brukarråd lagts ned under en period men vid tid för denna rapport (2014) finns det brukarråd i 20 av landets 21 län.

För att stärka brukarrådens vidareutveckling av sin verksamhet bidrog SKL under 2012-13, dessutom med ett särskilt ekonomiskt stöd till de då 19 befintliga brukarråden om 50 000 kr vardera för utvecklingskostnader och omkostnader under 2013. Avsikten att stimulera varje läns brukarråd att börja diskutera lösningar för en långsiktig finansiering av råden, vilka ännu inte vid rapportens framtagande 2014 hade lösts.

Utbildning av brukarrevisorer och beställarstöd
Under 2010 till 2012 utgick stöd till en brukarorganisation att utveckla en modell för brukarstyrda brukarrevisoner, specifikt anpassad till missbruks- och beroendevården. Detta resulterade i att man på två orter genomförde brukarstyrda revisioner, inom socialtjänsten i Borlänge och i Sundsvall. Detta stöd erbjöds även Dalarnas forskningsråd och FoU Västernorrland som fick i uppdrag att utbilda brukarrevisorer på respektive ort. I syfte att underlätta spridingen av genomförandet av brukarstyrda brukarrevisioner utarbetades en *handbok för brukarstyrda brukarrevisioner* av representanter för Verdandi. Handboken byggde på tidigare använd metod och på de erfarenheter som vunnits vid genomförandet av ovan nämnda brukarrevisioner.

SKL bidrog genom särskilda medel från regeringen under 2012/2013 med ekonomiskt stöd till utbildningen av utbildare i brukarrevision. Via studieförbunden NBV-Sensus tillsammans med Verdandi och RFHL utbildat ca 15 representanter från landets olika brukarråd sedan 2012.

Ekonomiskt stöd till brukarstyrda brukarrevisioner
Ännu ett stöd var från SKLs sida att anställa den representant från det centrala brukarrådet som sedan 2008 hade varit aktiv i utvecklandet av landets regionala brukarråd inom området missbruks- och beroendevård. SKL:s mål var att fler brukarrevisorer från brukarrådensskulle utbildas i brukarstyrda brukarrevisioner och att behovet skulle täckas långsiktigt och i landets samtliga län.

Möjliga uppgifter för brukarmedverkan
I det särskilda stödet som SKL erhöll 2012/2013 från regering för att stärka brukarmedverkan ingick även spridningen av en så kallad ”rättighetslista” där brukarna och deras anhöriga skulle informeras om sina rättigheter och vilka krav de kan ställa på vården. Denna ”rättighetslista” utformades av det Nationella brukarrådet och erhålls kostnadsfritt av brukarorganisationer och verksamheter inom missbruks- och beroendevården.

SYFTE

Syftet med uppföljningen var att undersöka om brukarinflytandet ökat mellan 2008 och 2014, under den tid då ”kunskap till praktik” bidrog med stöd. Undersökningen skulle belysa dels brukarrådens, dels vårdgivarnas och slutligen också beroendecentras perspektiv.

METOD

Deltagare

Deltagare i utvärderingen var dels samtliga landets brukarråd, representerade av ordförande i varje län, dels enhetschefer för samtliga läns beroendecentra. Det är en totalundersökning som har eftersträvats och medlemmar som kunnat kontaktas har tillkommit i takt med de insatser som gjorts från KtP. Forskarna medverkade vid de flesta brukarrådsmötena från 2011 till 2014. Uppgifter till forskargruppen om deltagare och organisationer erhölls dock först under år 2012.

Datainsamling

Under uppbyggnadsfasen gjordes ”datainsamling” huvudsakligen genom att en av forskarna deltog i de flesta av de 14 möten som arrangerades av KtP under 2010 till 2014. Poängen var att göra frågan om forskning och utvärdering mindre laddad och att deltagarna skulle ha en direkt personlig kontakt med forskaren.

En pilotundersökning genomfördes i årsskiftet 2012/2013. Då sändes enkäten i brevform ut till samtliga landets brukarråd som resulterade i en svarsfrekvens på ca 50 % av dåvarande 18 aktiva brukarråd. De brukarråd som inte svarat inom 3 veckor, fick ånyo samma enkät i frankerat kuvert med svarskuvert samtidigt som ett nytt mail informerade om att en brevenkät hade skickats.

Enkäten med 25 frågor sändes till länens brukarråd vid sammanlagt tre tillfällen. Den innehöll frågor bl.a. om hur man a) såg på bl.a. brukarrådets uppgifter, om man hade b) upplevt att brukar-inflytandet förändrats i länet sedan brukarråd bildats inom kommunal verksamhet och inom landstingsverksamheter och om man c) hade deltagit i styrgrupper och samrådsgrupper inom missbruks- och beroendevården. Enkäten innehöll också frågor om brukarrådens representanter hade 1. deltagit i studiecirklar, 2. hade genomfört brukarstyrda brukarrevisioner och 3. hur stödet man fått från Kunskap till Praktik uppfattats (se appendixtab 119-121). Under år 2013 och 2014 sändes dessutom webb-enkäter till samtliga beroendecentra i landet. I storstadsregionerna finns flera olika beroendecentra, beroendemottagningar och följaktligen sändes fler enkäter ut i Västra Götaland, Region Skåne samt Stockholm; sammanlagt 47 enkäter.

Enkäten till personal vid beroendecentra innefattade bl.a. frågor om a) attityder till brukarinflytande, huruvida brukarråden var representerade i beslutsfattande eller rådgivande organ eller i b) utformning av vårdinsatser, c) vårdens organiserande samt d) om det genomförts någon brukarstyrd brukarrevision inom missbruks- och beroendevården i länet, samt hur man såg på framgångsfaktorer och hinder i utvecklandet av brukarinflytande (se appendixtabell 122).

RESULTAT

Brukarråd och brukarrepresentanter

I resultatet från brukarrådens enkätsvar framkommer att regionala brukarråd för missbruks- och beroendevården initierades, organiserades och ökade i antal mellan år 2008 och 2014. Ökningen var klart relaterade till de personliga kontakter som knöts av Gunborg Brännström och med 2012 också av den ombudsperson som anställts av SKL. Fram till år 2011 fanns brukarråd organiserade i ca 12 län men från 2012 ökade antalet aktiva brukarråd till 20. Vid senaste mätningen (sommaren 2014) saknades brukarråd i bara ett av landets 21 län.

Det finns en stor variation i hus länge brukarråden funnits liksom i deras möjlighet till att aktivt bedriva informations- och samarbetsaktiviteter mot länens politiker, tjänstemän och vårdpersonal liksom mot länens missbruks- och beroendevård. Den senare uppgiften, uppfattas av brukarråden som den högst prioriterade uppgiften.

På frågan om man i brukarrådet upplevde att man lyckats genomföra brukarrådets huvudsakliga uppgifter, svarar 65 % att man tyckte sig ha lyckats och 60 % svarade att brukarinflytandet ökat i länet sedan 2008. På frågorna om man kan se att brukarnas inflytande inom vården förändrats, svarar 30 % att brukarnas inflytande ökat inom kommunernas missbruksvård medan bara 10 % svarar att brukarnas inflytande ökat också inom landstingets missbruks- och beroendevård.

På frågor om hur man skattar de konkreta insatserna från KtP som syftade till att stärka brukarinflytandet svarar 75 % att någon eller några från länets brukarråd hade deltagit i studiecirkel om att genomföra en brukarstyrd brukarrevision och 60 % att man därefter genomfört en eller flera brukarstyrda brukarrevisioner i sitt respektive län. År 2014 svarade 75 % att man planerade att genomföra en revision eller en förnyad revision där sådan genomförts tidigare.

En bild över utvecklingen under åren 2009-2013 med antal län som tillskapat brukarråd på länsnivå, antalet län med utbildad brukarrevisor samt hur många län som genomfört en brukarrevision återges i figur 11 där information inhämtats från årliga länsuppföljningar från SKL samt intervjuer med brukarråd och processledare. På frågan om man var nöjd med insatserna från KtP svarade hälften att man var *nöjd* eller *mycket nöjd* med stödet man fått, 50 % att man inte var helt nöjd eller saknade information för att kunna svara på frågan. De som inte var nöjda, tyckte bl.a. att utbildningen i form av studiecirkel borde ha varit mer strukturerad och resultatinriktad. Även brukarrådens svårigheter att lösa de ekonomiska förutsättningarna inför framtiden var en fråga som aktualiserats i samband med det nationella stödet från KtP.

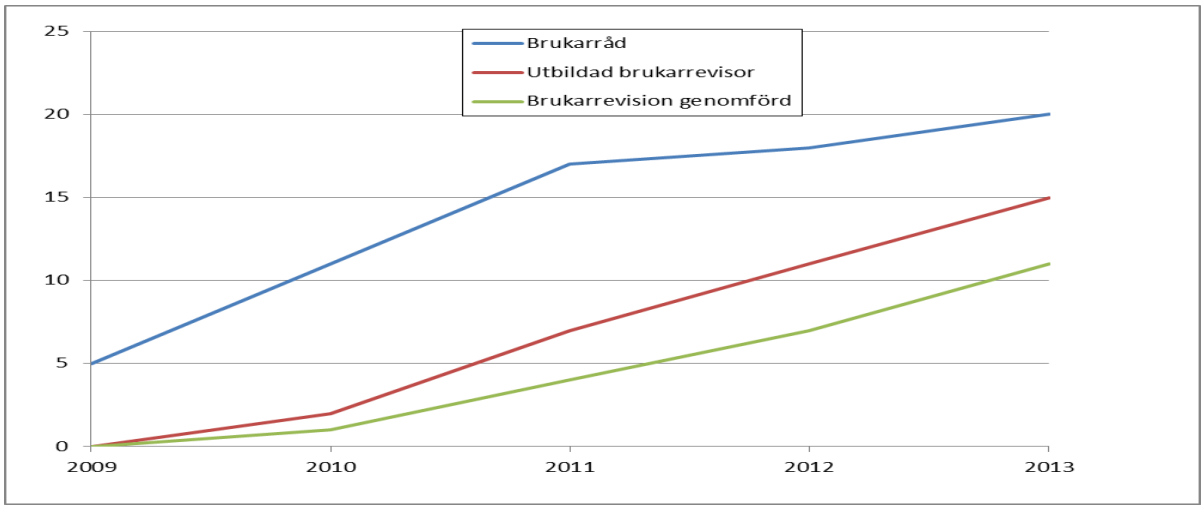


Diagram 9. Illustration över antal län med brukarråd, antal län med utbildad brukarrevisor samt antal län som genomfört brukarrevision för åren 2009-2013.

Slutligen sammanställdes och poängsattes brukarrådens svar om genomförda insatser med maximalt 8 poäng och minimum 1 poäng. Med en median av 4 poäng hade 10 län högre poäng än medianen (5 -7 poäng). Dessa 10 län var jämnt fördelade över de olika omgångarna i KtP. Det fanns inga skillnader i fråga om länets storlek. Dessa 10 utmärktes främst av att ha haft fungerande brukarråd under en längre tid.

Beroendecentras syn på brukarmedverkan

I resultatet från enkäten till *länens beroendecentra* (se appendixtabell 122) svarade 81% av länens beroendecentra. Av de 47 beroendemottagningar/beroendecentrum som fick en webenkät, svarade 38 verksamheter i 18 län. Mer än ett svar erhölls från beroendecentra i de tre storstadsregionerna.

I enkäter till beroendecentra/beroendemottagningar i samtliga län utom 4, d.v.s. (80 %) uppgavs att de flesta hade kontakt med länets brukarråd, men på frågan om brukarrådet fanns representerat i verksamhetens styrelse eller annat beslutande organ, svarade mindre än 30 % jakande. De sammanhang som brukarråden angav i enkätsvar (appendixtabell 120) var att de deltog i styrgrupper, samrådsgrupper eller andra utvecklingsgrupper.

Enligt enkätsvaren har 8 län genomfört brukarstyrda brukarrevisioner på beroendecentrum och i några län har flera brukarrevisioner har genomförts (se appendixtabell 121). På frågan om man känner till SKL:s stöd till utvecklandet av länens brukarråd, svarade samtliga utom en verksamhet att man kände till stödet och cirka 30 % av verksamheterna svarade att de fått direkt stöd av SKL. Avslutningsvis svarade 70 % av de verksamhetsansvariga på beroendecentra/beroendemottagningarna att man ansåg att brukarna blivit mera delaktiga i sin egen vård är 2014 än 5 år tidigare.

SLUTSATS

Inom svensk missbruks- och beroendevård ökade brukarnas inflytande under de år då stöd till utveckling av brukarråd från KtP utgick. Slutsatsen bygger på resultaten såväl från länens brukarråd som från länens beroendemottagningar. Det framkommer att en utveckling av regionala brukarråd har skett från år 2008 då det endast fanns enstaka brukarråd på länsnivå, fram till 2014 då det

fanns aktiva brukarråd i 20 av landets 21 län. Slutsatsen bekräftas av majoriteten av brukarråden. Det man framhåller från brukarrådens sida är en upplevd förbättring av bemötandet i vård samt ett ökat deltagande, framför allt i landstings- och kommunala samrådsgrupper.

Beroendemottagningarna beskrev på motsvarande sätt att brukarinflytandet ökat inom missbruks- och beroendevården så att 2014 nästan samtliga verksamheter har regelbunden kontakt med sitt läns brukarråd. I ca vart tredje län har också beroendemottagningarna bjudit in representanter för brukarråden i sina styrgrupper.

Även på individnivå tycks brukarnas inflytande ha ökat. Majoriteten av beroendemottagningarna beskriver att brukarna numera är mera aktiva i sin egen vård än tidigare, och verksamheterna systematiskt arbetar utifrån modellen samordnad individuell plan (SIP), vilket förutsätter en hög brukaraktivitet.

III DEN NATIONELLA BASKURSEN

De nationella baskurserna beskrevs utförligt i rapporten 2012 och redovisas därför kort i den här slutrapporten (se sidorna 112-120 i rapport 2012).

Syftet med baskurserna var bland annat att skapa en mötesplats mellan praktiker i varje region och förmedla aktuella och relevanta teoretiska kunskaper om missbruks- och beroendeområdet. Modellen och kunskapsinnehållet utformades av en nationell grupp experter inom olika områden och discipliner. Kurserna skulle ges i ett så långt detta var möjligt ”standardiserat format”. Kurserna gavs i samtliga 21 län vid minst ett tillfälle med vardera 4 heldagar. Detaljutformningen gjordes regionalt och presenterades av forskare och praktiker från regionen. Externa inbjudna experter kompletterade lärarlagen. Kurserna gavs i samtliga 21 län vid minst ett tillfälle och 15 000 personer deltog (Länsuppföljningen 2014).

Arrangemangen var som regel mycket välbesökta med 200 till 1200 kursdeltagare. Många som deltog arbetade inte enbart inom missbruks- och beroendevård utan kom från socialtjänst, psykiatri-/beroendevård, kriminalvård, privata vårdgivare och i mindre utsträckning från primärvården. Vid kurstillfällena fördes närvaroprotokoll och alla deltagare fick ett intyg på sin medverkan. I de kurser som följdes och utvärderades av forskargruppen svarade 5 800 deltagare varav 3 950 både för- och eftermätning. Ytterligare 1 250 personer besvarade en uppföljningsenkät ett år efter respektive baskurs. Inför baskurserna gjordes ett stort antal DVD-filmer med före-läsningar av experter om olika områden. Dessa tillhandahölls som ett riktmaterial för föreläsarna vid baskurserna men utgjorde också ett underlag för den satsning på fortbildningskurser som startade på flera håll i landet och där deltagarna bland annat använde det inspelade materialet som studiematerial. Totalt gjordes 14 sådana vidareutbildningar.

De nationella fyradagars baskurserna blev ett av de mest krävande och omfattande inslagen eftersom processledarna och deras medarbetare involverades i kontakter med huvudmän i regionen, i planering och genomförande liksom i den fortsatt planering av nya uppföljningskurser. I många regioner var baskurserna de första i sitt slag som givits någonsin. Uppmärksamheten var stor också massmedialt. En klar fördel var att baskurserna var kostnadsfria med kaffe och luncher för samtliga deltagare. De blev på så vis stimulerande för samarbetet över professionsgränserna.

Expertgruppen sammankallad av SKL planlade upplägget av baskurserna som sedan arrangerades regionalt av processledare och nyckelpersoner i samarbete med andra befattningshavare. Föreläsargrupperna bestod av experter från den egna regionen med inbjudna experter från andra håll i landet. Antalet deltagare varierade lokalt från 1200 personer till 100 per kurs. Till baskurserna inbjöds också intresserade utanför socialtjänst, sjukvård och beroendevård och en del privat drivna verksamheter sände deltagare. Ca 85% av de anmälda deltog alla fyra dagarna enligt närvaroprotokoll och räkning under pågående sessioner.

METOD

Urval: Mailadresser erhölls från arrangörerna till deltagare som anmälts av sin arbetsgivare eller anmält sig frivilligt till momenten. Aktuella mailadresser fanns för 8130 deltagare och 5357 svarade i den enkäten före baskursen (svarsprocent 66%). Bortfallsanalysen visade små skillnader mellan svarande och ej svarande (Rapport 2012). Bägge enkäterna besvarades av 3570 personer.

Webbenkäter med före- och eftermätningar. Frågorna i enkäterna handlade om upplevda förkunskaper, bakgrundsfaktorer, erfarenhet och vilka områden som man kände sig ha bäst kunskaper inom. Efter kursen skattades deltagarnas bedömning av sina kunskaper och vad man hade lärt sig. Flera av frågorna bägge tillfällena handlade om samarbete med andra huvudmän lokalt.

Oberoende bedömningar **gjordes** av forskarna och av sistaårsstuderande i psykologi på kurser i samtliga 23 orter i 21 län (även Stockholm). Bl. a. gjorde studenterna kvalitetsskattningar på före-läsarnas presentationer och pedagogiska framställning. Frågor ställdes samtidigt till föreläsarna: inalles 316 personer.

Framförande, tydlig presentation av vad föreläsaren skall presentera, tydlighet i powerpointmaterial, förmåga att involvera publiken, saklighet med hänvisningar till forskning, kontakt med publiken var några av de dimensioner som bedömdes liksom en helhetsbedömning av varje föreläsningsdag. Bedömningar gjordes parallellt av studenter och medlemmarna av forskarlaget för reliabilitetsbestämning av skattningarna.

Forskarna gjorde därutöver ***oberoende bedömningar av innehållet i kurserna*** och skattade på en skala från 0 – 20 till vilken grad innehållet i expertgruppens upplägg fanns representerat i presentationerna under baskurserna.

Observationer gjordes på plats av forskarna själva kring hur arrangemangen fungerade, hur strukturen i programmet hölls, arrangemang kring måltider, kaffe, teknisk apparatur m m.

Kunskaps-/minnesfrågor sändes i Webbenkät till 2 013 adressater som skriftligen medgett att delta i en kunskapsprövning ett år efter kursen. Svar erhölls från 1 570 respondenter (79%).

Frågeformuläret ***Organizational Readiness to Change (ORC)*** sändes tillsammans med den andra enkäten till 3 416 respondenter varav 1 678 (ca 50%) besvarade också ORC.

RESULTAT

Deltagarna i baskurserna kom från 407 orter i landet och deltagare från samtliga län fanns representerade. Storstadsregioner utgjordes av 36.7% av respondenterna. Andelen kvinnor var 3 997 (74.9%) medelålder 46 år (sd=28.17) med 13.62 års yrkeserfarenhet (Sd=10.53) och 7.27 år (Sd=6.99) på nuvarande arbetsplats. (Rapport 2012, sid 113). Sammansättningen av deltagare liknade i bakgrund personerna i panelenkäten. Inga respondenter överlappade i de två urvalen.

Studenternas bedömning av kvaliteten på utbildningen var över genomsnittet på alla utom två av tio variabler. Variabler som framförande och kontakt med publiken låg klart över genomsnittet. Negativt bedömdes vara att föreläsarna inte beskrev målsättningen med sin presentation (Tabell 36, sid 114, Rapport 2012).

Föreläsarnas egen bedömning av upplägg och struktur visade ett högt positivt omdöme kring arrangemangen. Få föreläsare använde filmerna från SKL och visste inte om deras existens (Tabell 37, Rapport 2012 sid 114).

Observationer: Klagomål bland deltagarna var att man inte på alla kursorter fick kaffe på morgonen efter att ha rest långa sträckor. I några få fall rapporterades att arrangören hade dålig kontroll på upplägget av vissa dagar eller moment, att några föreläsare var dåligt förberedda eller tidsplanering dåliga. Strukturproblem var det som mest orsakade negativa reaktioner bland deltagarna. Sådana hörde dock klart till undantagen. Luncher som inte inkluderats i programdagen ruckade ofta tidsschemat och skapade förseningar.

Observatörernas ***bedömningar av närvaron*** stämde väl överens med deltagarnas egna uppgifter i enkäter och i närvarolistor (nedan) för hur många dagar man hade deltagit och närvaro under hela kursen. Ca 85% närvarade samtliga 4 heldagar.

Webbenkäter till baskursdeltagare 2010 och 2011

Svarsprocenten var 66%. Enkäter sändes dels ***före*** varje baskurs, dels ***efter*** utbildningsinsatsen. 3570 adressater svarade på bägge enkäterna.

En skattning av kunskapsläget inför baskursen visade att drygt hälften av deltagarna ansåg sig ha små eller otillräckliga kunskaper inom en rad områden av de nationella riktlinjerna (50,6%) och evidensbaserad behandling. Andra områden där mellan en tredjedel och hälften uppgav att de hade små eller otillräckliga kunskaper var att arbeta evidensbaserat, psykosocial behandling, organisation och lagstiftning, farmakologisk behandling, ASI, DOK och ADAD. Områden där de flesta bedömde sina förkunskaper som goda var: droger och psykisk hälsa, social faktorer, människosyn och etik, riskbruk, skadligt bruk och beroende samt psykologiska faktorer.

Efter baskursen fick deltagarna skatta hur deras kunskap förändrats under baskursen. De fem områden där en stor andel rapporterade ökad eller avsevärt ökad kunskap var biologiska faktorer, hjärnans belöningssystem (53,1%), de nationella riktlinjerna samt somatiska komplikationer (båda 49,3%), alkohol och drogsituation (epidemiologi), 44,9% samt farmakologisk behandling (43,8%).

De områden där *färre* personer rapporterade ökad kunskap, var människosyn och etik (26,5%), bemötande (29,5%), att arbeta evidensbaserat (31,9%), sociala faktorer (32,6%), och organisation och lagstiftning (32,8%).

Före kursen hade de flesta en positiv förväntan så att *72% trodde att de skulle bli mer effektiva i sitt arbete genom baskursen. Efter kursen* svarade *49,4%* att de tyckt sig ha blivit mer effektiva i sitt arbete som följd av kursen. Frågorna mäter delvis olika saker och skattningen av kursen i efterhand görs i ljuset av vad man faktiskt varit med om och vilken praktisk roll detta kan spela i ens dagliga arbete. Men tidigare forskning har visat att denna typ av fråga ger en god approximation av den faktiska nytta man har haft av en utbildning även när utfallet mäts på längre sikt.

Att hälften av deltagarna efter genomgången kurs fortfarande ansåg att en fyra dagars baskurs skulle bidra till att de blev mer effektiva i sitt arbete indikerar att den skapade en potential i form av relevant, ny kunskap särskilt rörande områden som hjärnans belöningssystem, de nationella riktlinjerna, somatiska komplikationer, alkohol och drogsituation, och farmakologisk behandling.

Baskursen tog upp viktiga områden där det fanns ett stort behov av kunskaper. Även bland dem som före kursen uppfattade sig ha goda kunskaper fanns en betydande grupp (30%) som rapporterade ökad eller avsevärt ökad kunskap efter att ha deltagit i baskursen. Kunskapstäckningen från olika discipliner är ovanlig i utbildningssammanhang De personliga mötena med personer från andra huvudmän eller förvaltningar ansågs av många vara en viktig synergieffekt.

För att effektivisera analysen av utfallet gjordes en principalkomponentanalys av de 15 områdena i baskurserna. Analysen gav två signifikanta komponenter, som roterades för att ge något mer lättförståeliga faktorer.

Principalkomponentanalys

Komponent 1: Variabler i den första komponenten laddade (var relaterade till) missbrukets biologiska, sociala och psykologiska faktorer, somatiska komplikationer och inverkan på psykisk hälsa. Denna komponent tycks mäta hur mycket deltagarna tycker att de utvecklats när det gäller kunskaper om orsaker till missbruk. Den benämns *kunskaper om orsaker och konsekvenser av missbruk*.

Komponent 2: Den andra komponenten handlade mer om utredning och behandling och innehöll frågor om kunskaper om riktlinjerna, bemötande, screening, psykosocial och medicinsk behandling, organisation och lagstiftning samt evidensbaserade metoder. Denna komponent benämns: *utredning och behandling*.

I stort sett förklarade de båda komponenterna lika mycket varians och tillsammans 64 % av den totala variansen i frågorna. Korrelationen mellan dem var hög, r = 0.71 vilket indikerar att det *fanns en stark gemensam komponent som beskriver den grad av förbättrat kunskapsläge deltagarna upplevde efter utbildningen*. Denna bakomliggande gemensamma komponent är givetvis ***kunskap*** som är det vi var ute efter att studera.

Linjära mixade modeller

För att få bättre kontroll på vilka frågor som också differentierade tillfredsställande, användes en metod som kallas *linjära mixade modeller* som ger möjlighet att analysera flera olika datanivåer samtidigt. Därigenom kontrolleras säkrare vad som orsakar skillnader relaterade till olika faktorer (t ex vilket län deltagarna kommer från och antalet dagar man varit med på kursen). I den första modellen inkluderades studentskattningar och delskattningar av kvalitet. Dessa variabler bidrog inte till förklaringsnivån (hade inte tillräckligt stor varians) och uteslöts i den fortsatta analysen.

Som helhet uppfattade deltagarna kunskapsvinsten som större för variabler som finns bland orsaksfaktorerna (se ovan) och lägre för behandlingsfaktorerna. Undantagen är kunskap om bemötande och etik där man uppfattade sig ha relativt större kunskap redan före kurserna. Resultatet redovisas som fyra frågor och svar (nedan).

Olika yrkesgrupper upplevde att de lärt sig olika mycket av baskursen?
För att testa om *yrkesgrupp* (6 olika grupperingar) hade betydelse för om man ansåg att kursen gett dem ökade kunskaper så lades denna faktor in i grundmodellen. Det visade sig vara ganska stora skillnader mellan de sex yrkesgrupperingarna.

I Rapport 2012, appendixtabell 10.3. redovisades medelvärdena för de sex grupperna på faktorn *orsaker* (medelvärde för hela gruppen är 0), två av dem ger signifikanta skillnader, nämligen gruppen drogterapeuter som *före kursen* upplevde sig ha bäst kunskaper jämfört med alla övriga yrkesgrupper inom i stort sett alla typer av discipliner och vilka *efter* upplevde sig ha fått relativt minst nya kunskaper. Den andra signifikanta skillnaden redovisas för gruppen ”annat yrke” där medlemmarna omvänt upplevde sig ha haft mindre kunskaper före men fått relativt mer ökade kunskaper efter. Här fanns således stora skillnader mellan grupper som arbetade med missbruksproblem men hade en lägre formell utbildningsnivå.

Samma analyser gjordes med komponenten *aspekter av behandling*. Även där uppvisade skillnader mellan de olika yrkesgrupperna, socionomer och sjuksköterskor upplevde sig ha fått mindre kunskapsförbättring medan gruppen ”annat yrke” upplevde sig ha fått relativt mer kunskaper.

Eget initiativ för att söka utbildningen ökade upplevelsen av nytta
Till modellen med yrken lades faktorn *initiativ* som kategoriserar deltagarna i tre grupper, de deltagare där initiativtagaren till kursen är arbetsgivaren, de som helt på egen hand tagit initiativet och de där initiativet kommer från både arbetsgivare och dem själva. Det fanns inga interaktioner med yrkesgrupp för dessa variabler, men det fanns en tydlig skillnad till förmån för gruppen som *själv tagit initiativ till att gå utbildningen*.

För komponenten *orsaker* skattades kunskaperna lägre inom detta område än av deltagare där arbetsgivaren tagit initiativet, medan komponenten behandling uppvisade både en signifikant lägre skattning för dem med enbart arbetsgivarinitiativ och omvänt en högre skattning för de som gått utbildningen på eget initiativ. De med både eget och arbetsgivarinitiativ skattade mitt emellan de båda andra grupperna. Sammanfattningsvis så hade eget upplevt initiativ till att gå kursen ett starkt samband med upplevelse av ökade kunskaper.

Mest nytta för deltagare som kom från mindre orter utanför storstadsregionerna?
En uppdelning kategoriserade deltagare med ursprung i en storstadsregion versus annan region. Denna uppdelning uppvisade små skillnader för kunskapsområdet orsaker, men ganska stora skillnader för området behandling. Den tydliga tendensen var att *de som inte kom från storstadsregioner upplevde att deras kunskaper om behandling ökat i högre grad än för dem som kom från storstadsregioner*. Stockholmsregionen, (med högre utbud av utbildningsmöjligheter och en mindre positiv utvärdering av baskursen) stod för den stora skillnaden.

Deltagare från vissa huvudmän upplevde större nytta av baskursen?
En ytterligare uppdelning av deltagarna byggde på deras respektive huvudmän (var man hade sitt arbete placerat). Fem stora grupper har aggregerats: socialtjänsten/omsorgsvård, sjukvård/psykiatri, slutenvård/beroendevård, primärmård och slutligen ”annan huvudman” (kriminalvården ingår i den sista gruppen men exkluderades ur beräkningarna på grund av få deltagare).

För komponenten *orsaker* fanns bara små skillnader, men för *behandling* var skillnaderna mellan olika huvudmän ganska stora. Om man rangordnar dem, så skattade deltagarna från socialtjänst/ omsorgsvård tillsammans med deltagare från slutenvård/beroendevård lägst kunskapsökning, deltagare från primärvården något högre, de från sjukvård/psykiatri ännu något högre och de med annan huvudman klart högst.

Ettårsuppföljning av kunskaperna från baskurserna
Ett år efter baskursen sände vi enkäter till 2 103 personer som gått med på att kontaktas igen för att fråga dem om vad kom ihåg av kunskapsområden som ingick i baskurserna. Av de 1 570 personer som besvarade enkäten ett år senare om betydelsen och minnesbilden av materialet från baskursen var svarsfrekvens 79%. I frågebatteriet ingick 10 kunskapsfrågor med öppna svarsalternativ för att se vad som deltagarna mindes från kurstillfället. Materialet som huvudsakligen består av öppna frågor har inte i nuläget kunnat analyseras.

En femtedel av de som svarat rapporterar att baskursen haft betydelse genom att de fått en större förståelse för andra professioner och kännedom om arbetet hos andra huvudmän (20-22%). Få rapporterade att kurserna lett till nya nätverk eller att samverkan fungerar bättre efter baskursen.

En relativt liten andel (15%) rapporterade att de haft stor till väldigt stor nytta i det dagliga arbetet av det man lärde sig i baskursen. En tredjedel uppgav att de hade haft *ganska* stor nytta av det de lärt sig, vilket ger en positiv respons för sammanlagt 45%. Däremot var det mycket få (4%) som i någon större utsträckning uppgav sig ha arbetat vidare med det arbetsmaterial som man inom Kunskap till praktik tog fram specifikt för baskurserna och som skulle utgöra ett komplement.

SLUTSATSER

Baskurserna var en mycket stor insats inom det nationella implementeringsarbetet. Det ställde nya och stora krav på logistik. Processledare och nyckelpersoner upplevde att det var en för dem ny men viktig erfarenhet inför kommande arbeten i framtiden. Arrangemangen genomfördes med mycket stor uppslutning och ofta stor entusiasm från totalt 15.000 personer aktiva inom socialtjänst och sjukvård liksom från andra samhällsområden.

Behovet av kunskapsspridning var störst i de län där man hade haft mindre tillgång till reguljära utbildningar men även bland de respondenter som ansåg sig ha haft goda förkunskaper ansåg man sig ha fått ett tillskott av ny och viktig integrerande information.

Modellen att skapa ett övergripande kunskapsutbud från flera olika discipliner skapade en bra grund för implementeringen av andra kunskaper och metoder och redovisade en omfattning och bredd på kunskaper och forskning som många deltagare inte hade kännedom om före kurserna.

DISKUSSION

Socialstyrelsens riktlinjer för missbruksvården (2007) beskrev drygt 20 medicinska, psykologiska och psykosociala metoder och behandlingsprinciper inom missbruksvården. Att sprida alla dessa ingick inte inom KtP:s uppdrag och utvärderingen har fokuserat på det urval av metoder som prioriterades av KtP. I utvecklingsarbetet ingick också att arbeta för ökad samverkan mellan huvudmän lokalt och regionalt, att stimulera ökad brukarmedverkan och brukarinflytande och att arrangera nationella utbildningar, s.k. baskurser regionalt.

Utvecklingsarbetet med kanslipersonal, processledare och nyckelpersoner och funktionärer med en stark lokal förankring var viktiga faktorer för utvecklingsarbetet. De utbildningsmöten som arrangerades regelbundet för processledare och nyckelpersoner och stödet från en nationell expertgrupp underlättade erfarenhetsutbyte och lärande nationellt och mellan forskning och praktik. KtP visade sig vara en effektiv dissemineringsaktivitet. Samtliga de 155 län som ingick i de tre omgångarna inledde sitt arbete inom den tid som planerats. Det innebar också att processledare och funktionärer anställdes inom en relativt kort tidsperiod och medverkade mangrant i de nationella konferenserna där arbetet i kommunerna planlades. Avgörande för utvecklingsarbetet var ett stort personligt engagemang och initiativtagande från ledningen för KtP och en stor personlig kännedom om chefspersoner och aktörer i landets kommuner och landsting som hade kompetens och inflytande för att kunna stötta fältarbetet och påverka beslut regionalt.

Deltagarna i expertgruppen inbjöds under 2009 och de förslag som framfördes där gav legitimitet åt valet av insatser på fältet. Kunskaper om riktlinjer, bedömning och behandling samt evidensbaserad praktik gjordes på vis tillgängligt för personal inom missbruks- och beroendevård på ett sätt som inte gjorts tidigare. KtP var under de här åren närmast ensam aktör på ett nationellt plan och insatser av den här omfattningen hade inte kommit till stånd utan KtP.

Det finns en skillnad mellan den implementeringsforskning som beskrivs i litteraturen och det arbete som gjordes av KtP. Utvecklingsarbetet liknade inte implementering av det slag som vanligen förknippas med implementering av metoder (Fixsen m fl 2005 och 2010; Holmberg, Billsten & Benderix 2013); där man systematiskt försöker lära ut en väl definierad metodik. Enligt Fixsen förutsätts att personalen valts ut på ett bra sätt, att de får adekvat utbildning och kontinuerlig handledning i relation till metoder som skall implementeras. D.v.s. att den som initierar implementeringsarbetet också styr över anställning av personal som t ex var fallet inom kriminalvården. Inget av detta kunde KtP påverka i någon högre utsträckning. Holmberg et al (2006, 2008) visade också att ledningens attityder till implementeringsarbetet och ”uppgiften” inom kriminalvårdens ackrediterade behandlingsprogram var central för att metoderna verkligen användes. För KtP var det i stället stora och massiva block av metoder och kunskaper som skulle introduceras och användas på många håll i landet. Arbetet genomfördes i olika typer av organisationer inom både sjukvård och socialtjänst och skulle helst inte interferera med det löpande arbetet. Det fanns en stor variation i kunskaper om missbruksproblem och motsvarande erfarenheter hos personal och chefer i länen. En förutsättning för samarbetet mellan huvudmän på läns- och kommunnivå var de överenskommelser som SKL gjorde med ledningen hos respektive huvudman/organisation från starten och framåt.

De stora nationella baskurserna, fördjupningskurserna och metodkurserna skapade en teoretisk överbyggnad för utförarna och hade en del gemensamt med hur en universitetskurs skulle kunnat läggas upp men sannolikt en mycket större bredd. En anledning till att baskurserna blev mycket sökta var att universiteten i landet bara i undantagsfall lagt upp kurser om missbruk/beroende med denna bredd och att det fanns ett behov av kunskaper inom området hos personal.

Dissemineringen av de bedömningsmetoder som valts ut av KtP däremot var på många sätt mer likt ett konventionellt implementeringsarbete men mindre detaljstyrt än en terapiutbildning skulle varit. Det fanns en variation i komplexitet både mellan de olika bedömningsinstrumenten och mellan de olika behandlingsmetoderna. Några var relativt enkla att lära ut som AUDIT och DUDIT medan ASI och ADAD krävde mycket mer arbete och förankring i den egna organisationen. ADAD riktade sig dessutom mot ungdomar som inte identifierats som en målgrupp för KtP:s arbete. Sannolikt bidrog detta till en låg nivå av utbildning och användning av ADAD.

Redan i inledningsskedet fanns en variation i spridningen av vissa metoder. ASI hade disseminerats under flera år i reguljära utbildningsinsatser från Socialstyrelsen och regionala utbildningar. ASI var känt och det fanns ett gott stöd för användningen (Andréasson et al 1996; Armelius & Armelius 2009, McLellan et al 1985, 1992, 2006; Nyström et al 2009). En behandlingsmetod som MI var också mycket välkänd och spridd, framför allt som ett sätt för personal att bemöta klienter/patienter (Miller & Rollnic 2002). Också ÅP var välkänd och använd (Marlatt et al 2010). Däremot var HAP och CRA mindre kända och använda än ÅP och MI utom av personal med specialutbildningar inom dessa metoder.

I tidigare inventeringar av Socialstyrelsen (2007, 2008 och 2010) redovisades många evidensbaserade metoder på fältet. För många av dessa fanns bakom utbildningar på regionala eller lokala engagemang och inspirerande ledare. Kognitiv terapi, familjeterapi och dynamisk terapi användes i relativt liten omfattning (Öppna jämförelserna 2008/2010). Det är viktigt att betona att dessa terapiformer kräver legitimation som psykoterapeut (eller motsvarande STEG I) och långa utbildningar för att användas, liksom CRA kräver en kognitiv terapeutexamen för att användas ”by the book”. Sådana faktorer spelade givetvis en viktig roll för valet av metoder i KtP och för spridning och tillämpning. Förmodligen var användningen av metoder som inte inkluderades högre i vissa regioner eller kommuner än i andra. Det har vi inte efterforskat.

Företrädare för psykiatri och sjukvård betonade i våra inledande intervjuer (2009) att ASI, AUDIT och DUDIT inte användes mycket i sjukvård och psykiatrisk vård utan man där använde flera andra instrument som också hade goda mätegenskaper. Att de tre nämnda metoderna användes mindre i sjukvård/ psykiatri än i socialtjänsten bekräftades i panelundersökningen. Men det behöver tyvärr inte innebära att man använder standardiserad metodik inom psykiatrin och beroendevården i någon större utsträckning. En bedömningsmetod som DOK användes systematiskt i andra verksamheter som Statens Institutionsstyrelse (SiS) men också i en del landsting. Användningen av DOK omfattade ca 25% av ASI på en nationell nivå (rapportering från Råbe och Kobberstad i Rapport 2012). Att ASI planade ut i användning från 2010 till 2011 är i linje med data i den tidigare rapporten (2012) och den avmattningen gällde också DOK. En tolkning är att en mättnad (takeffekt) kan ha nåtts under tidigare satsningar (Anderberg & Dahlberg 2008,

2009, SiS 2011a). Redovisningen av användningen av ASI-Net omfattade åren från 2005-2011 (Rapport 2012).

Att försöka disseminera alla de metoder som används på fältet under utvecklingsarbetet hade varit helt omöjligt. Forskarna begränsade därför analysen till de metoder som valdes av KtP och forskningsfrågan var om det går att fastslå en ökning av användningen av bedömnings- respektive behandlingsmetoder och om användningen var större för de metoder som KtP utbildade i än för metoder som KtP inte utbildade i. Den skillnaden bekräftades. Vidare om ökningen av andelen utbildad personal var större för de metoder som ingick i KtP under utvecklingsarbetet. Det var den. Däremot kan vi inte bevisa att ökningen i användning enbart kan förklaras med de utbildningar som gjorts inom ramen för KtP. Andra aktörer kan ha utbildat regionalt före och under KtP.

Hinder och framgångsfaktorer i utvecklingsprojektet finns beskrivna i litteraturen (Fixsen, 2005; Holmberg & Fridell, 2006; Durlak & DuPre, 2008). Enligt Durlak & DuPre (2008) är det viktigt att metoden som skall implementeras uppfattas som relevant och kostnadseffektiv av användarna, samt att metoden stämmer med de värderingar och arbetssätt som redan finns inarbetade (och accepterade) i organisationen. Några tidigare svenska studier indikerade ett lågt intresse för riktlinjer och evidensorienterat arbete inom socialtjänsten (Bergström & Sundell 2010; Gassne 2009). Men i respondenterna i panelen bejakade behovet av riktlinjer, samverkan och utbildning redan i de första enkäterna 2010 och detta ändrades bara marginellt därefter. Om detta speglar en attitydförändring så skedde denna redan tidigt i processen. Enkätfrågor av det här slaget har givetvis olägenheten att vara känsliga för en bias som social önskvärdhet. Men i någon mån verkar enkätfrågorna ha gett en mindre positiv bild av utvecklingen än de tre separata studierna om brukarmedverkan och samverkan samt synen på Socialstyrelsens riktlinjer.

Implementeringsforskningen visar vidare vikten av att metoder är lätta att använda, kan anpassas till verksamheten, är möjliga att prova i mindre skala och snabbt ger resultat. De metoder som valdes ut uppfyllde de villkoren (Durlak & DuPre 2008) med undantag av CRA. Vidare anses metodstöd och handledning vara viktiga förutsättningar. Men relativt få organisationer avsatte emellertid medel för kontinuerligt handledning till dem som utbildats trots att handledning är en välkänd kvalitetshöjande insats. Bara ca 28% av metodstödjarna fick handledning som en del av sin tjänst.

Av ovanstående redovisning framgår att de bedömnings- och behandlingsinstrument som KtP *inte utbildat i* användes i mindre omfattning än de där utbildningssatsningar gjordes. Ökningen i användning av flera av instrumenten var således relaterad till KtP:s utbildningsaktivitet. Liknande resultat fann Sundell et al i en tidigare studie (Bergström & Sundell 2010). Detta indikerar att ledningens i kommuner och landsting definition av vad som är viktig kunskap och hur man förstår hur metoder fungerar spelar en stor roll för hur man avsätter medel. I det aktuella utvecklingsarbetet infördes metoderna i redan befintliga organisationer och data saknades för i vad mån förutsättningarna för att implementera just de valda metoderna var uppfyllda när arbetet inleddes (Fixsen 2011). Forskarna redovisar i bl. a. tabellbilagan användningen rent deskriptivt av metoderna. Data från 2008 från Öppna jämförelser för år 2008 redovisas där sådana finns. Men 2008 inkluderades aldrig i beräkningarna eftersom materialen insamlats i olika populationer.

I de nya statistiska analyserna är det tydligt att användningen av metoder före KtP eller i inledningen av KtP (2008/2009) är en indikator på hur väl organisationen hunnit förberedas inför utvecklingsarbetet och introduktionen av metoder som man kanske inte använt tidigare. Helt klart var nivån av användningen i inledningen av studien den faktor som mest avgjorde hur användningen fortsatte över tid. Där organisationerna hade byggt upp en god grund och tog till sig utbudet från KtP så fanns en effekt på användningen. Lite oväntat var att nära 20% av respondenterna och motsvarande andel kommuner i landet inte använde vare sig bedömnings- eller behandlingsmetoderna. Därtill fanns också en stor variation mellan olika kluster. Några kluster i analyserna startade från en hög nivå och ökade användningen av fler bedömnings- respektive behandlingsmetoder. Andra startade från en lägre nivå och stannade på denna över tid. Slutligen fanns också kluster som inledningsvis startade på en låg nivå och minskade användningen. Det fanns en avtagande användning för i stort sett samtliga metoder under åren 2013-2014, d.v.s. en trend som kunde förväntas. Men de olika klustren beskrev över tid kontinuerliga utvecklingsprofiler där en minskad användning de sista två åren inte hade det högsta förklaringsvärdet. Några interaktionseffekter fanns inte och den modell för imputering som valts inverkade inte heller på slutsatserna.

Analys av predicerande variabler på respondentnivå var att respondenter som hade en högre användning av flera metoder hade haft funktioner inom KtP, att man hade mer specialutbildning och hade fungerat som processledare/nyckelperson: faktorer som vi tolkar som indikatorer på hög ”motivation”. En slutsats är att det kan vara viktigt i ett utvecklingsarbete som detta att den personal som involveras deltar i andra aktiviteter än enbart metodträning. På kommunnivå predicerades att kommunerna som hade högre användning av metoder oftare fanns i tätortsregioner och att de deltagande kommunerna oftare tillhörde de s.k. interventionskommunerna snarare än jämförelsekommunerna. Kommuner med högre metodanvändning hade också signifikant högre på tre kvalitetsfaktorer i Öppna Jämförelser (2008, 2010). En slutsats som knappast förvånar är att det förmodligen är svårt att implementera den här typen av metoder i små kommuner där det finns färre personal, mindre tillgång till utbildning och ett begränsat ekonomiskt underlag.

Systematisk utvärdering av den egna verksamheten är en oerhört viktig del av kunskapsgenereringen om den egna verksamheten och dess effektivitet (Socialstyrelsen 2007). Det är också ett incitament för att stimulera nyfikenhet och intresse för forskning/utvärdering. Arbetet med att implementera tre nya metoder för lokal uppföljning som startade 2012 blev en fortsättning på de första årens arbete. Men också här visade det sig att förutsättningarna varierade. De tre metoderna var inbördes mycket olika till sitt syfte och utformning men gemensamt var att igångsättningen gick relativt snabbt. Enligt Rogers´modell (2003) fick informanterna skatta om modellen för lokal uppföljning var a) lätt att disseminera och implementera, om b) modellen uppfattades ha stora fördelar mot befintlig praxis, c) om den överensstämde med arbetssätt och attityder i verksamheten, d) om den var relativt enkel att förstå och använda, om e) metoden var möjlig att pröva i liten skala.

UIV var den metod som gick fortast att implementera bl. a. därför att den använts och introducerats i hemlänet redan före KtP. Samtidigt fick just UIV kännas vid att två län avbröt i ett tidigt skede då dessa bedömde att den metod som man redan använde, främst ASI, var väl implementerad och att nya instrument inte skulle tillföra något mervärde. ***Mångbesökarmodellen*** var utformad för att undersöka sökströmmar specifikt för personer med en multiproblembild. Dock

var inte metoden anpassad för missbruksvård specifikt. Uppgiften uppfattades som mycket angelägen av alla som arbetade med den, men komplicerad eftersom den byggde på insamling av journaluppgifter i kombination med intervjuer. En till metoden anpassad manual saknades. Intervjuer med brukare med multipla vårdbehov var svår att genomföra och det uppstod problem med datainsamling, sekretessfrågor och dataredovisning. Metoden ansågs lovande men komplex att använda. Vidare ansågs den inte vara kompatibel med organisationens i övrigt sätt att arbeta. Den uppföljningsmodell som uppfattades mest positivt av personalen var ***LOKE*** som hade den kanske mest personalorienterade utformningen och som använts tidigare i flera län. I personalens bedömning var LOKE den metod som fick högst poäng på genomförbarhet men det fanns få data specifikt för missbruksbruks-/beroendeklienter. Modellen betecknades som lovande.

Det fanns således variation i faktorer som kompetens hos användarna, graden av en stödjande organisation och effektivt ledarskap (Fixsen 2011; Rogers 2003). Personalen var nöjd med metoderna men på olika sätt. Den grundläggande utvärderingsfrågan var om det gick att disseminera de tre metoderna inom den relativt korta tidsramen. Den frågan kan besvaras jakande. Däremot är det tveksamt om metoderna kan betraktas som implementerade fullt ut. För det krävs längre tid.

Det behövs en hel del arbete om metoderna skall användas mer reguljärt. Oklarheter i ledning och styrning var negativt. Personalbyte på centrala positioner under implementeringsarbetet bidrog som problem för några metoder. Förvånande är att användningen av t ex ASI som instrument på klientnivå i de tre modellerna inte betonades starkare. Man försökte utveckla egna utvärderingsinstrument som alternativ. Det känns angeläget att understryka att insamling av klient-/patientdata och bra implementerade datarutiner är en förutsättning för att använda begreppet utvärdering i ett sådant här sammanhang. Samarbete mellan FoU och universitet förefaller mycket viktigt om metoderna skall användas i större skala.

Utvecklingen av brukarmedverkan och de regionala brukarråden pågick under flera år före datainsamlingen kunde påbörjas. Det fanns initialt en stor misstänksamhet mot myndigheter och forskare. Men efter 2011 ökade antalet länsövergripande brukarråd från i stort sett inga per 2010 till minst ett i de 20 länen år 2014. Utbildningar av brukarrevisorer genomfördes i 15 län fram till årsskiftet 2013/2014 och vid denna tidpunkt hade 10 län genomfört brukarstyrda brukarrevisioner. Det fanns en rimlig konsensus mellan brukarorganisationerna och beroendemottagningarna om att brukarinflytandet hade ökat under de två sista åren jämfört med tidigare år och att samarbetet upplevdes positivt av bägge parter.

Baskurserna med fyra heldagars presentationer av forskning och praktik var mycket välbesökta med inalles nästan 15 000 deltagare från 407 orter i samtliga 21 län. Kurserna utgjorde en viktig och integrering av teori och forskning. Närvaron var mycket hög över samtliga 4 dagar. Mest positiva var personal som tidigare inte fått tillgång till utbildningar i sina egna regioner. Men även deltagare som själva bedömt sin kompetens som hög i en förmätning, skattade vid avslutad kurs att kursen hade effektiviserat deras arbete. Vid en ettårsuppföljning till baskurserna ansåg 45% av de svarande att de hade haft stor eller mycket stor nytta av det man lärt sig.

Organisationsperspektivet betonades hela tiden av KtP. I de regionala chefsdagarna som vände sig till tjänstemän på flera nivåer i socialtjänst och sjukvård betonades vikten av att ledningen

alltid engagerade sig i utvecklingsaktiviteterna (Färm et al 2010; Holmberg et al 2008; Socialstyrelsen 2010). Viktigt var att kunskaper och metoder anammades av både chefer/arbetsledare och personal på utförarnivå i de olika organisationerna. Hur mycket detta bidrog till framgång i arbetet går inte att bedöma, men responsen på chefdagskonceptet var mycket positivt så långt forskarna kunde delta och följa aktiviteterna.

Managementorienterade tekniker för att analysera och hantera lokala organisationsproblem lärdes ut av ett managementbolag som anlitats av KtP. Deltagarna fick öva hur man som processledare kunde bemöta chefer och medpersonal och underlätta samarbeta med andra huvudmän. I figur 2 (sid 14) presenterades en modell efter Sundell, Blaise & Van Dyke 2010). Insatserna låg mycket på den sida i figuren som betecknats ”organisation”. Det handlade om att stimulera, coacha, väcka intresse och hålla fast vid de överenskommelser som gjorts. Processledarna betonade i intervjuerna med forskarna hur viktigt det varit att man fått redskap som ökade tryggheten och säkerheten i det egna agerandet (Rapport 2012). Många fick vidkännas både motgångar och motstånd i utvecklings-arbetet och här blev mötena med kollegor från olika områden en viktig buffert mot stress och olustkänslor.

Indikatorer på organisatoriska problem som vi kunde observera var personalomsättning och rapporterat brist på stöd från den lokala arbetsledningen. I ett par län kom overta konflikter mellan huvudmän i dagen vid bl. a chefskonferenser där forskarna deltog. Det var i dessa län som processledarna rapporterade störst svårigheter och det var också i dessa län som implementeringsarbetet varit svårast att genomföra. Processledarna hade en ömtålig mellanposition och konflikter och problem som inte löstes skapade uttröttningsreaktioner. Flera processledare menade också att arbetet med missbruk och beroende sågs som ett lågstatusområde. En processledare kommenterade: ”man gör ingen karriär i socialtjänsten genom att vara processledare för ett missbruksprojekt”.

Konflikter som inte löstes märktes i att processledare slutade eller bytte arbete. Ett annat problem var oklarheter kring möjlig fortsatt finansiering av deras processledartjänster. När det inte var helt klart om finansieringen från KtP skulle fortsätta så valde några att söka andra uppgifter inom sin egen organisation. Men flera processledare erbjöds också högre och mer välbetalda arbeten inom sina egna organisationer. En del gick i den senare av studien till att mer arbeta med nya uppgifter kring behandling av barn och anhöriga till missbrukande föräldrar.

Ett oberoende mått på olika organisationsfaktorers betydelse för användningen av behandlings- och bedömningsmetoder var instrumentet Organizational Readiness for Change (ORC) som samlades in parallellt med andra data i panelenkäten. Vi analyserade inverkan av ORC-index år 2011 på utfallet år 2014. Hela 10 av 18 index predicerade utfallet i användning av behandlingsmetoder medan bara ett index predicerade användning av bedömningsmetoder. Organisationsfaktorer som predicerade ökad användning av behandlingsmetoder hade bra teoretisk förankring i implementeringslitteraturen: tillgång till lämpliga lokaler, tillräcklig bemanning, utbildad personal, miljöer där det finns en möjlighet till ett yrkesmässigt växande, att ledningen kunnat formulera ett uppdrag med tydliga mål. Vidare att det fanns en hög grad av medinflytande, autonomi och handlingsfrihet, fungerande kommunikation och öppenhet från ledningen. Hög

användning var också förknippat med lägre stress och en ledning som hade förmåga till förändring, ett participativt ledarskap och förtroende från personal mot ledningen.

För bedömningsinstrument var det bara ett ORC-index som predicerade ökad användning och då ett helt annat: att medarbetarnas upplever sin effektivitet som hög och att man var en resursstark person med inflytande på sin arbetsplats. Ytterligare tre index visade en statistisk tendens.

Vi tolkar skillnaden i prediktivitet som att arbete med att införa behandlingsmetoder var mer komplext och ställde högre krav på organisationen än bedömningsmetoder.

Svagheter och styrkor i undersökningen

Ett grundläggande metodproblem var avsaknaden av en baselinemätning, att forskarna inte skulle eller kunde påverka hur KtP utformades. Utvecklingsarbetets upplägg var helt enkelt sådant till sin natur. Det fanns därför inte någon tydlig och tillförlitlig bild av läget i användningen av olika metoder redan vid starten för KtP. Det inverkade på möjligheten att bedöma storleken på förändring av användningen av olika metoder.

Urvalet spårades i hela landet under 2009 och bestod i det slutliga samplet av 3 063 respondenter i 203 kommuner i 20 av länen. Svarsfrekvensen i den första panelenkäten var 65%. Bortfallet i studien analyserades i flera steg och kontinuerligt under hela studien och förefaller inte selektivt. En jämförelse gjordes med den betydligt större gruppen i panelundersökningen där personalen hade karakteristika som liknande dem i baskurserna. De två urvalen analyserades helt separat och utan överlappning. Likafullt verkar personal i missbruksvård per 2010 ha varit en relativt homogen grupp. Därmed underlättas möjligheterna att generalisera fynden till missbrukspersonal i hela landet. Stockholm valdes bort i panelundersökningen men fanns med i de sista tre delstudierna. Det har också gått att följa en stor grupp behandlare över tid med ett relativt litet bortfall.

Tidigare analyser i rapporten 2010-2011 jämförde i kvasi-experimentell design de kommuner/respondenter där SKL ingått överenskommelser (interventionskommuner) med dem där sådana överenskommelser inte gjorts (jämförelsekommuner). Modellen gav dock inga klara svar. De nya analyserna som byggde på Structural Equation Modeling (SEM-modeller) visade att det i stället för två jämförelsegrupper som antagits tidigare, kunde urskiljas minst fyra distinkta förloppsprocesser där det över de fem åren i undersökningen. Det fanns respondenter och kommuner som inte alls utvecklades eller minskade sin användning, de som låg kvar på ungefär samma nivå och de som ökade över tid. De nu använda statistiska metoderna gav en bättre kontroll över data genom att samtidigt beskriva flera utvecklingstrender för olika grupper. En ganska stor andel av respondenterna och motsvarande kommuner, nära 20% använde inga metoder oavsett om man deltagit i delar av utbildningssatsningen från KtP eller ej.

Bedömnings- och behandlingsmetoder ökade mest under 2010 och 2011. Den största ökningen skedde under de två första åren av KtP. Utbildningsinsatserna under KtP ökade betydligt mer än användningen så att vid 2014 nära 70-90% av respondenterna hade utbildats inom de två metodområdena. Det finns ett signifikant samband mellan utbildningsinsats och användning. Tydligt är emellertid att de metoder som inte ingick i KtP:s utbildningssatsning ökade bara marginellt kring 5-8%, med undantag för en metod (KbT) som ökade ca 20%.

Förutom dissemineringen av metoder fanns en uttalad ambition att stimulera ökad samverkan mellan huvudmän lokalt och regionalt, att påverka personalens syn på brukarmedverkan och brukarinflytande, synen på socialstyrelsens riktlinjer och personalens syn på kunskapsutveckling. I enkäterna var enkäterna positiva i samtliga områden med en liten minskning under det sista året.

Enkätsvar i panelundersökningen kunde validerades mot data från övriga parallella datainsamlingar. En positiv utveckling av samverkan bekräftades av en ökning av integrerade mottagningar mellan socialtjänst och sjukvård och en ökad andel överenskommelser mellan huvudmän regionalt och lokalt vid tiden för KtP. Den positiva synen på brukarmedverkan bekräftades i ökningen av antalet brukarråd/brukarmedverkan från enstaka år 2010 till tjugo utbildningar i brukarstyrda brukarrevisioner och genomförda brukarrevisioner år 2014. Det fanns en ömsesidig positiv sam-syn på utvecklingen från både brukarorganisationerna och landets beroendemottagningar. Personalens syn på socialstyrelsens riktlinjer var liksom synen på kunskapsutvecklingen positiv under hela studien, och detta motsvarades av en ökning av andelen personal som genomgått olika utbildningar under utvecklingsarbetet. Det höga antalet deltagare i baskurserna vittnade om ett stort intresse för utbildning inom problemområdet missbruk. De olika oberoende observations-studierna gav en mer positiv syn av utvecklingen än den som erhölls i panelenkäterna. Det tog i princip ett par år för att åstadkomma utvecklingen inom dessa områden. Och alla insatser gjordes inom ramen för KtP.

SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER

Styrkan i utvecklingsarbetet var att det organiserades på ett sätt som på kort tid gav möjlighet till styrning, uppföljning och samordning av utvecklingen inom ett område med olika huvudmän och olika traditioner. Vår uppfattning är att detta stöd och styrning var en framgångsfaktor för implementeringen av de nationella riktlinjerna. Modellen med utbildning av processledare, regelbundna möten, återkoppling och baskurser bidrog med en infrastruktur för organisatoriskt lärande och nätverksbyggande som annars inte hade varit möjligt. Vidare uppfattar vi att utvecklingsarbetet bidrog till en jämnare fördelning av utbudet till evidensbaserad vård över hela landet. Inledningen med en teoretisk ram (baskursen) var en lyckad och viktig kunskapsgenererande och meningsskapande aktivitet. Utbildning av processledare och nyckelpersoner vid gemensamma kursdagar genomfördes systematiskt och var mycket uppskattat. Implementeringen av utbildningsinsatserna överlag var noggrant planerad och genomförd.

Nära 20% av respondenterna och kommuner/landsting använde inte metoder som rekommenderades i Socialstyrelsens riktlinjer trots utbildningsinsatserna från KtP. För dem som använde metoder fanns ett positivt samband mellan utbildningsinsatser och användning av bedömnings- och behandlingsmetoder. Det borde i en framtida satsning behövts en inledande analys av vilka metoder som kan vara mer komplicerade att sprida och implementera och kanske betona betydelsen av ledningens stöd redan vid valet av metod. Erfarenhetsnivån hos personal är viktig.

En slutsats är att ingångsläget för användningen styrde, d.v.s. om det funnits systematiska utbildningsinsatser tidigt i KtP eller före KtP. Där användningen varit hög tidigare, ökade den när ut-

bildningarna genomfördes av KtP, medan en låg initial användningen förblev stabilt låg eller minskade över tid. KtP:s insatser bidrog inte till en utveckling över hela fältet.

Bedömningsmetoder kontra behandlingsmetoder som om de befann sig på samma komplexitetsnivå. Det är de inte och skillnader i användning speglar säkert dessa olik-heter. MI och ÅP användes relativt mycket medan HAP och CRA användes i mindre omfattning. De två förra hade under flera år arbetats in som behandlingsmodeller på fältet medan de två sista hade en mer begränsad spridning. Vår rekommendation är att framtida satsningar i högre grad kontrakterar kontinuerlig handledning och utbildning för att säkra metodtrohet kvalitet och fortsatt implementering. Andelen utbildare/personal som erhöll handledning (28%) är alltför lågt.

Att behandlingsverksamheter som SiS och Kriminalvården inte var målgrupper i KtP var måhända rent logistiskt nödvändigt men också olyckligt eftersom många av klienterna är gemensamma mellan huvudmännen. Det finns också mångåriga erfarenheter som borde kunnat tas tillvara***: SiS*** utifrån sin utredningserfarenhet av institutionsbehandling av klienter med hög nivå av samsjuklighet. Kriminalvården utifrån de mångåriga erfarenheter av ackreditering av KbT-baserade behandlingsmetoder och systematisk träning av personal i användningen av psykosociala behandlingsmetoder. Här finns icke utnyttjade möjligheter till samarbete och vidareutveckling. Det var tydligt att de två nämnda organisationerna inte deltog utom på ett par orter där cheferna tagit personliga initiativ. Det finns också en aktör kring ASI-användning som utvecklat möjligheterna att samla in, snabbt analysera resultat och få utskrivna data, det s.k. ”projekt UBÅT” som är en vidareutveckling av tankar från missbruksutredningen (Armelius & Armelius 2011). Det fanns en aktuell och noggrann genomgång av nära 100 bedömningsinstrument och deras mätkarakteristika inom missbruksvården (BiB: Armelius, B.-Å., Bihlar, B., Fridell, M., et al 2010) som inte fanns med i diskussionen. Gemensamma kunskaper och erfarenheter borde tas bättre tillvara över huvudmannaskapsgränserna.

Missbruksutredningens förslag om ändrat huvudmannaskap pågick intensivt under 2011-2012. SOU 2011:06¸SOU 2011:35a, SOU 2011:35a). Enligt chefer, processledare och funktionärer påverkade den diskussionen kommuners vilja att stimulera personalen att engagera sig i förändringsarbetet (intervjuer med processledare) Den här diskussionen hade upphört i slutet av studien då det tidigare huvudmannaskapet för Socialtjänsten stod fast.

Analysmetoderna baserade på SEM-analyser var en användbar metodik. Nivåerna på användning över de fem mättillfällena visade sig distinkta. På respondentnivån fanns samband med faktorer som kan sammanfattas som motivationsfaktorer medan på kommunnivå större städer och högre innevånarantal i länet hade samband med högre nivåer av användning. Det var svårare att implementera metoder i små kommuner med få anställda. En reflektion är att det kan behövas andra typer av strategier för att utbilda personal i små kommuner/arbetsplatser än i de större.

En initial forskningsfråga var om verksamheterna skulle fortsätta att använda instrument och metoder även när ekonomiska medel inte längre tillsköts (2013-2014) från KtP. Även om det fanns en avtagande trend åren 2013-2014 så betydde denna mindre än användningen i studiens början. De nivåer som nåddes under KtP kvarstod med viss avmattning även under de två sista åren (2013-2014) men ingångsläget i starten av KtP bestämde nivån av framgång i högre grad än

vad finansieringen i sig verkar ha gjort. Det är möjligt att en del av den avtagande trenden 2013-2014 kan bero på ett ökat bortfall men effekten av detta är i så fall mindre än effekten av förberedelserna som föregick KtP. Nådde man i kommunerna en högre användningsnivå än vid starten så fortsatte användningen också efter avslutad KtP.

Satsningar på de *tre nya lokala uppföljningsmetoderna* fick ett bra gensvar och de implementerades i 13 olika län. *Uppföljningsmetoderna* som använts behöver dock granskas närmare och modifieras. För att metoderna skall kunna implementeras nationellt inom missbruks- och beroendevård behövs ett nationellt ansvar och en regional stödstruktur med lokala handledare/metodstödjare. Arbetet med att stimulera *brukarmedverkan* var mer framgångsrikt än vad som avspeglades i data från respondenterna i panelen. Antalet brukarråd ökade från enstaka till att 20 av landets 21 län hade brukarråd i slutet av studien, hade startat brukarrevisionsutbildning och i några fall också genomfört brukarstyrda brukarrevisioner. Det finns också indikationer på att *samverkan mellan huvudmän* hade ökat om vi använder ökning av utrednings- och behandlingsenheter med övergripande huvudmannaskap liksom när vi följer enkätsvaren. Men denna ökning är svår att säkerställa vad gäller arbetet mellan huvudmännen.

Baskurserna var ett annat mycket framgångsrikt och krävande projekt. Expertgruppen med stor tvärvetenskaplig tyngd fanns med i planeringen och det ökade legitimiteten på fältet av det upplägg som så småningom genomfördes. En bedömning av de olika kursorternas ”trohet” mot upplägget visade att två tredjedelar av baskurserna erhöll en poäng mellan 13 och 17 poäng av 20 möjliga. Den tvärvetenskapliga utbildningsmodellen uppskattades av deltagarna liksom att teoretiker och praktiskt verksamma kunde mötas och utbyta erfarenheter. Att kombinera föreläsare från hemlänen med ”experter” utifrån gav en bra balans i innehållet och en bra pedagogisk av struktur. Baskurserna är en bra modell även om målet med utbildningsinsatserna i framtiden blir ett annat än i den aktuella undersökningen. Men pedagogiskt är det helt avgörande att kunskaperna täcker olika aspekter av problemområdet och att de förmedlas med inlevelse och god presentationsteknik.

Frågan om utvecklingsarbetet är användbart som modell i ett framtida utvecklingsarbete kan besvaras med JA. Men delar av arbetet behöver granskas närmare och förberedelserna inför implementeringen behöver utformas mer i detalj. Ett samarbete mellan FoU-enheter och universitet skulle sannolikt förbättra metodiken så att FOU-enheterna och personal i landsting och kommuner står för praktiskt know-how som nu medan universitetsinstitutioner kan stötta med design, upplägg av mätningar och val av instrument samt hur man genomför en utvärdering empiriskt och praktiskt.

REFERENSER

Andréasson, S., Lindström, U., Armelius, B-Å., Larsson, H., Berglund, M., Rydberg, U., Zingmark, D., & Tengvald, K. (1996). ASI- ett sätt att intervjua klienter i missbrukarvården. Stockholm, Socialstyrelsen, CUS-skrift 1996:1

Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2009). *Strukturerade intervjuer inom missbruksvården – som en grund för kunskapsutveckling* (Akademisk avhandling). Växjö: Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjö Universitet.

Armelius, B-Å., & Armelius, K. (2011). En naturalistisk studie av 14000 svenska missbruks-klienter baserad på Addiction Severity Index. Missbruket, Kunskapen, Vården: missbruks-utredningens forskningsbilaga. Stockholm SOU 2011:6, Sid 97 – 167.

Armelius, B.-Å., Bihlar, B., Fahlke, C., Fridell, M., Hillarp Katz, L., & Reitan, T. (2010). BIB 2010: Bedömningsinstrument inom behandling och forskning för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.

Bergman, H., & Källmén, H., (2000). Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet. *Läkartidningen, 97*(17); 2078-2084.

Bergman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F.,(2005). Evaluation of the drug use disorders identification test (DUDIT) in criminal justice and detoxifications settings and in Swedish population sample. *European Addiction Research, 11,* 22-31

Bergström, M., & Sundell, U. (2011). Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007 och 2010. Kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden. Stockholm, Socialstyrelsen.

Berman. A, Bergman, H., Palmstierna, T. & Schlyter, F. (2007). DUDIT, Svensk manual. Karolinska Institutet, institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för beroendeforskning.

Byrne, B. (2011). *Structural Equation Modeli with Mplus: Basic concepts, applications and programming.* New York, Routledge

Brännström, G. (2008). Implementering av en nationell handlingsplan (s 59-74). I M. Roselius, & K. Sundell (red.) (2008). *Att förändra socialt arbete. Forskare och praktiker om implementering.* IMS, Socialstyrelsen. Gothia Förlag: Stockholm.

Christophs, I., Blomqvist, J. & Abrahamson, M. (2009): Mot en bättre missbrukarvård – En undersökning om förutsättningar för att evidensbasera missbrukarvården I fyra organisationer. Stockholms universitet, Stockholm.

Dahlberg, M. & Anderberg, M. (2008). Om strukturerade frågor och tillförlitliga svar i miss-bruks och beroendevården - en reliabilitetsstudie av intervjumetoden DOK. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 85(2), pp. 164-174.

Durlak & DuPre (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychology 41,* 327-350.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature.* Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.

Fixsen, D.L., Blaise, K.A. &Van Dyke, M.K (2011). Mobilizing communities for implementation evidence-based youth violence prevention programming: A commentary. *Am. J.Community Psychology, 48,* 133-137.

Färm, K., Ljunggren, Marklund, & Bergström, U. (2010). *Att leda evidensbaserad praktik – En guide för Dig som är chef inom socialt arbete.* Artikelnr. 2009-126-248., Stockholm, Socialstyrelsen.

Gassne, J. (2009). Evidensbaserad praktik på svenska socialhögskolor. Stockholm. Socialstyrelsen, Stockholm

Guldbrandsson (2007). *Från nyhet till vardagsnytta.* Om implementeringens mödosamma konst. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Gurner, Noren, Bowin & Brinne (2010*). Äldreteam: vision och verklighet. Uppföljning av samverkansavtal för multisjuka/multisviktande äldre mellan primärvården, Gävle kommun och Gävle sjukhus.* Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, HCM, Landstinget Gävleborg och Gävle kommun.

Hjelte, J., Brännström, J., & Engström, C (2010). *Lokal Evidens (LOKE) En modell för lokal uppföljning av kommunal öppen och heldygnsvård som riktar sig till personer med missbruks- och beroende-problem.* Ett SKL-uppdrag.

Holmberg, R & Fridell, M. (2006): *Implementering av nya behandlingsprogram i kriminalvården.* Kriminalvårdens forskningskommitté. Rapport 20.

Holmberg, R., Fridell, M. Arnesson, P., & Bäckvall, M. (2008). Leadership and Implementation of evidence-based practices. *Leadership in Health Services, July:* 6.

Hu, L & Bentler, P. (1999). Cut-off criteria for fit-indexes in Co-variance structure analysis: conventional critera versus new alternatives, Structural Equation Modeling: Multidisciplinary Journal, 6:1, 1-55. *DOI: 10.1080/10705519909540118.*

IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS, Statistics for windows, vers. 22.0. Armonk, N.Y. IBM Corp.

Kommundatabasen KOLADA (2011) från den 1 januari varje år 2008-2010), Rådet för främjande av kommunala analyser, Stockholm, SKL.

Kriminalvården: http://www.kriminalvarden.se/sv/Statistik/

Kriminalvården: http://www.kriminalvarden.se/sv/Publikationer/Amnesomraden/Ekonomi/Kriminalvardens-arsredovisning-2009/

Kriminalvården: http://www.kriminalvarden.se/sv/Publikationer/Amnesomraden/Behandlingsprogram/

Kriminalvården: http://www.kvv.se/sv/Statistik/Behandlingsprogram/

Marlatt, A., Bowen S., & Witkiewitz, K. (2010), Relapse Prevention: evidence base and future. In. P.M. Miller (Ed.). Evidence-based addiction treatment. New York, Academic Press

McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., & Griffith, J.E. (1985). New data from the addiction severity inventory: Reliability and validity in three centers. *The Journal of Nervous and Mental Disease 173, 412-423*.

McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peter, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinatti, H. & Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.

McLellan, T. A., Cacciola, J. C., Alterman, A. I., Rikoon, S. H., & Carise, D. (2006). The Addiction Severity Index at 25: Origins, Contributions and Transitions. *The American Journal on Addictions*, 15, 113-124.

Miller, W & Rollnic, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change 2ed edition.* The Guilford Press. New York.

Missbruksutredningen (SOU 2011:06). Missbruket, Kunskapen, Vården – Missbruksutredningens forskningsbilaga, Stockholm, SOU 2011:06.

Missbruksutredningen Vol I, (SOU 2011:35a). Bättre insatser vid Missbruk och beroende – Individen. Kunskapen och ansvaret – Missbruksutredningens analys (SOU 2011:35).

Missbruksutredningen Vol II, (SOU 2011:35b). Bättre insatser vid Missbruk och beroende – Individen. Kunskapen och ansvaret – Missbruksutredningens förslag. SOU 2011:35)

Muthén, L.K. & Muthén, B.O (1998/2012): MPlus user´s guide (7th Ed.). Los Angeles CA: Muthén & Muthén.

Muthén, BO & Aspaouhov, T, (2012). Bayesian Structureal equation modeling: a more flexible representation of substanthive theory. *Psychological methods, 17(3);* 313-335. APA, Washington,

Nilson, M., Fridell, M. & Griffiths, P. (2006). Comorbidity – developing of a European Perspective – ECCAS Monograph Series no 4: Co-morbidity in Europe. Lisboa, EMCDDA, Pp. 351-363. ISBN 1 897778 08 2.

Nordström. A., & Andréasson, S., (2011). Riskbruk av alkohol, dolt beroende, tidig upptäckt och möjliga insatser. Missbruksutredningen – Forskningsbilagan, 2011: 272-328.

Nyström, S., Andrén, A., Zingmark, D., & Bergman, H. (2010, oktober 15). The reliability of the Swedish version of the addiction Severity Index (ASI). *Journal of Substance Use.*

Nyström, S., Zingmark, D. & Jäderland A. (2009): *ASI-manualen 2009*. Socialstyrelsen.

Ram, N, Grimm, KJ. (2009): Growth mixture modeling: A method for identifying difference in longitudinal change among unobserved groups. *International Journal of Behavioural Development, 33: 565-576*.

Regeringen. Hur ska kunskapsbasen och kvaliteten stärkas inom socialtjänsten? 2011 [cited; Available from: www.regeringen.se/sb/d/11032/a/111632#item111632

Regeringen. Överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik. 2011 [cited; Available from: http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/160837.

Rogers, E. (1995). *Diffusion of innovations (4e uppl.).*London: The Free Press.

Rogers, E. M. (2002): Diffusion of preventive Innovations. *Addictive Behaviors*, 27, 989-993.

I SCB:s yrkesregister (2008, 2011) med yrkesstatistik finns 356 yrkesgrupper upptagna, se länk http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/

SCB 2008; 2011. Det går inte att renodla just yrken som endast arbetar med missbruks- och beroendeproblematik. Inte ens i kombination med variabeln "utbildning". se länk. http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/

SFS 2001:453 *Socialtjänstlag.*

Simpson, D. D., & Flynn, P. M. (2007a). Moving innovations into treatment: A stage-based approach to program change. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(2),111–120.

Socialstyrelsen (2007).*Nationella Riktlinjer för missbruks och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.* Stockholm.

Socialstyrelsen (2008). På väg mot en evidensbaserad praktik 834 kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden; 2008.

Socialstyrelsen (2008a). Fördelning av medel till alkohol-och narkotikaförebyggande åtgärder, ungdomsvård och missbrukarvård samt vårdöverenskommelsen för utveckling av vården för personer med tungt missbruk år 2007. *Uppföljning av länsstyrelsernas medelsfördelning.* Artikelnr 2008-107-2.

Socialstyrelsen (2010). *Att leda evidensbaserad praktik –en guide för dig som är chef inom socialt arbete.* Artikelnr 2009-126-248. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011). *Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007 och 2010.* Kommunala Enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden. Stockholm, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012) *Om implementering.* Västerås: Edita Västra Aros.

Socialstyrelsen (2013). *Om enkätverktyget beredskap för förändring.* Stockholm, Socialstyrelsen.

Statens institutionsstyrelse (2006). *Årsrapport DOK 05. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2005.* Stockholm: Statens institutionsstyrelse. Allmän rapport 2006:5.

Statens institutionsstyrelse (2011a). *SiS årsredovisning 2010.* Stockholm: Statens Institutionsstyrelse. Allmän rapport 2010:5.

Statens institutionsstyrelse (2011b). *Institutionsvård i Fokus, NR 2 2011. Forskningsprojekt Finansierade av Statens institutionsstyrelse,* SiS. Stockholm: Statens institutionsstyrelse

Sundell, K., Soydan, H., Jonsson, A-K., Kärrman Fredriksson, M. & Olofsson, H. (2011). *Svensk och Internationell forskning om sociala interventioners effekter.* Stockholm, Socialstyrelsen.

Sundell, K. et al. (2011). *På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Kartläggninganalys och förslag för att förbättra kunskapsstyrningen.* Utvecklingspartner i Stockholm, AB. Stockholm

Sveriges Kommuner och Landsting (2008). *Utredning rörande regionala utbildningscentra för olika personalkategorier inom missbruks- och beroendevården*. Stockholm, SKL.

Sveriges Kommuner och Landsting (2008). *Genomförandeplan för Implementering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården.* Stockholm, SKL.

Sveriges Kommuner och Landsting (2008). *Kunskap till praktik. Lägesrapport om implementering av nationella riktlinjer inom missbruks – och beroendevård.* SKL: Stockholm.

.

Sveriges Kommuner och Landsting (2009). *Kunskap till praktik i praktiken. Uppbyggnad av ett kvalificerat stöd för personal inom missbruks- och beroendevården. Delrapport 2009-09-25*. SKL: Stockholm.

Sveriges Kommuner och Landsting (2010). *Uppbyggnad av ett kvalificerat stöd för kommuner och landsting för utveckling av missbruks- och beroendevård. Kunskap till praktik i praktiken, Delrapport 2010-09-30*. SKL: Stockholm.

Sveriges Kommuner och Landsting (2011). *Länsuppföljning 2011. Kunskap till Praktik. Lägesrapport sammanställd av Gunborg Brännström & Helena Asklund.* SKL, Stockholm.

Sveriges Kommuner och Landsting (2011). *Kunskap till praktik – utveckling av missbruks- och beroendevården.* http://kunskaptillpraktik.skl.se/var_verksamhet_kunskap_till_praktik_2.

Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Kunskap till praktik – utveckling av missbruks- och Beroendevården. Delrapport februari 2013. Dnr: 08/1248*. SKL, Stockholm.

Sveriges Kommuner och Landsting (2014). *Kunskap till praktik – utveckling av missbruks- och Beroendevården. Delrapport Mars 2014. Dnr: 08/1248*. SKL, Stockholm

Weiner, B.J., Amick, H., & Lee, S-Y. D. (2008). Review: *Conceptualization and Measurement of Organizational Readiness for Change: A Review of the Literature in Health Services research.* Med Care Res Rev, 65, 379-

Publikationer och referensmaterial aktiviteter inom SKL

SKL (2008). *Kunskap till praktik. Lägesrapport om implementering av nationella riktlinjer inom missbruks – och beroendevård.* SKL: Stockholm.
SOU (2008). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren*. Betänkande av Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst. SOU 2008:18.
SKL (2008). *Genomförandeplan för Implementering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården.* Stockholm, SKL.
SKL (2008). *Utredning rörande regionala utbildningscentra för olika personalkategorier inom missbruks- och beroendevården*. Stockholm, SKL.
SKL (2009). *Kunskap till praktik i praktiken. Uppbyggnad av ett kvalificerat stöd för personal inom missbruks- och beroendevården. Delrapport 2009-09-25.* SKL: Stockholm.
SKL (2010). *Uppbyggnad av ett kvalificerat stöd för kommuner och landsting för utveckling av missbruks- och beroendevård. Kunskap till praktik i praktiken, Delrapport 2010-09-30*. SKL: Stockholm.
SKL (2011). *Kunskap till praktik* – Framtidens riskbruk, missbruk och beroendevård – Kunskapssammanställning. Dokumentation från en två-dagars konferens för politiker och chefer, 17-18 november 2010. Stockholm, SKL.
SKL (2011). *Länsuppföljning 2011. Kunskap till Praktik. Lägesrapport sammanställd av Gunborg Brännström & Helena Asklund.* SKL: Stockholm.
SKL (2012).
SKL (2013) *Problem med alkohol, narkotika, läkemedel eller dopning? Så funkar vården.* Linköping, LTAB, Linköpings Tryckeri AB.
SKL (2013). *Kunskap till praktik – utveckling av missbruks- och Beroendevården. Delrapport februari 2013. Dnr: 08/1248.* SKL, Stockholm
SKL (2014). *Kunskap till praktik – utveckling av missbruks- och Beroendevården. Delrapport Mars 2014. Dnr: 08/1248.* SKL, Stockholm

Studiematerial och arbetsmaterial

Sveriges Kommuner och Landsting (2010*). Nationell fördjupning - Orientering till missbrukspsykologi. Ett arbetsmaterial för att komma vidare*. Stockholm
Sveriges Kommuner och Landsting (2011). *Nationell fördjupning – riskbruk, missbruk och beroendelära. Ett arbetsmaterial för att komma vidare*. Stockholm
Sveriges Kommuner och Landsting (2011). *Nationell fördjupning – riskbruk, missbruk, beroende och graviditet. Ett studiematerial för att komma vidare*. Stockholm
Sveriges Kommuner och Landsting (2011). *Nationell fördjupning – kartläggning, bedömning och uppföljning vid riskbruk, missbruk och beroende och samsjuklighet. Ett studiematerial för att komma vidare*. Stockholm
Sveriges Kommuner och Landsting (2011). *Nationell fördjupning - Insatser och behandling vid riskbruk, alkohol- och drogberoende samt samsjuklighet. Ett arbetsmaterial för att komma vidare.* Stockholm.
Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Nationell fördjupning - Juridik, missbruk och beroende. Ett arbetsmaterial för att komma vidare.* Stockholm

Förteckning över inspelade föreläsningar, genomförda under 2009, vars syfte var att ligga till grund för föreläsningarna i Basutbildningarna.

Alkohol och drogsituationen nationellt och lokalt

- Ramstedt, M. *Nuläget för alkoholkonsumtion och skador i Sverige*
- Leifman, H. *Narkotikaanvändning och skador i Sverige, samt kort om samsjuklighet.*
- Intervjuer med panel, De nationella riktlinjerna-avstamp för evidensbaserad praktik.

Bio-psyko-sociala faktorers betydelse för missbruk- och beroendeutveckling och behandling

- Söderpalm, B. *Biologiska faktorer-hjärnan och dess belöningssystem*
- Fahlke, C. *Psykologiska perspektiv på missbruk och beroende*
- Skårner, A. *Sociala faktorer/teorier-samhällsfaktorer, faktorer i närmiljö, kultur etc.*

Riskbruk, skadligt bruk och beroende-kriterier

- Andreasson, S. *Riskbruk, skadligt bruk och beroende*

Alkohol/droger och psykisk hälsa

- Öjehagen, A. *Samsjuklighet, psykisk störning, sjukdom och samtidigt beroende etc.*
- Fridell, M. *Samsjuklighet vid drogberoende*

Bemötande, motivation och förändring

1. Gerdner, A. *Motivation och bemötande vid missbruk och beroende*
2. Granefelt, B. *Motiverande samtal och förändringsprocesser i behandlingsarbetet*
3. Fridell, M. *Behandlingsallians-bemötande av olika problemgrupper*

Männisosyn och etik

1. Blennberger, E. *Manniskosyn, och etik-några kommentarer*
2. Jenner, H. *Inledning till diskussion i tvärgrupper rörande värdegrundsfrågor*

Somatiska komplikationer

15. Nilsson, LH. *Kroppsliga komplikationer vid hög alkoholkonsumtion/alkoholberoende*

Screening och utredning av alkohol och drogproblem

16. Melin, A. *Behandlingsplanering*
17. Berman, A.H. *Screening för alkohol- och drogrelaterade problem: ADAD, DUDIT etc.*
18. Gerdner, A. *Diagnosinstrument: ADDIS, SCID och MINI*
19. Gustavsson, J. *ADAD- en strukturerad intervju för ungdomar*
20. Jäderland, A. *ASI-intervjun- beslut på bättre grunder*
21. Gren, B. *Orientering i bedömningsinstrumentet DOK*
22. Minell, M. *Systematisk dokumentation inom socialtjänsten*

Evidensbaserade metoder – psykosociala

23. Öjehagen, A. *Orientering i behandlingsmetoder för alkoholmissbruk och beroende*
24. Fridell, M. *Psykosocial behandling av drogberoende*
25. Blomqvist, J. *Forskning om ” Självläkning” och dess implikation för hjälpsystemet*

Evidensbaserade metoder-farmakologiska

26. Nilsson, LH. *Läkemedelsbehandling vid beroendetillstånd-evidensbaserade metoder*

Organisation och lagstiftning för de olika huvudmännen

27. Lönnquist- Endre, U. *Hälso- och sjukvårdslagen och sjukvårdssekretess*
28. Ödman, P. *Socialrätten- en översikt*
29. Lönnquist-Endre, U. *Patientdatalagen*
30. Danermark, B. *Samverkan-främjande och hindrande faktorer*

Att arbeta evidensbaserat

31. Oscarsson, L. *Evidensbaserat arbete i praktiken med fokus på professionell kompeten och brukarmedverkan*
32. Kristiansen, A. *Att arbeta evidensbaserat- om brukarmedverkan*
33. Brännström, J. *En evidensbaserad praktik-lokala förutsättningar och samverkan.*

BILAGOR

Utvärdering av
Kunskap till praktik

A. Missiv till deltagarna
B. Tabellbilaga

Missiv till deltagarna **4**

Tabellbilaga **8**

DEL I - RESPONDENTNIVÅ **9**

1. BORTFALLSANALYSER **10**

2. Utbildade i bedömningsmetoder **21**

3. Utbildade i behandlingsmetoder som arrangerats av KtP **22**

3.1. Utbildade i behandlingsmetoder som arrangerats av KtP *23*

4. Användning av bedömningsmetoder i KtP **24**

5. Användning av behandlingsmetoder i KtP **26**

5.1. Behandlingsmetoder som ej ingick i KtPs uppdrag *27*

6. Samband utbildning och användning av metoden **29**

7. Enkätsvar om respondenternas uppfattning om samverkan. Brukarmedverkan, attityder till riktlinjerna och riktlinjearbete samt kunskapsutveckling inom det egna området **36**

7.1. Frågor kring samverkan mellan huvudmän inom missbruksområdet. *36*

7.2. Frågor kring Rutiner för brukarinflytandet i den egna verksamheten *37*

7.3. Allmänt om Socialstyrelsens riktlinjer *38*

7.4. Frågor om kunskapsutveckling på din arbetsplats? *39*

8. Faktoranalys av svaren på 18 enkätfrågor om samverkan, brukarmedverkan, socialstyrelsens riktlinjer och kunskapsutveckling i panelundersökningen (n=3 063) **41**

8.1. Aggregerade variabler utifrån additiva index av variablerna i faktorerna: *42*

8.2. ORC-variabler *43*

9. Organizational Readiness for Change (ORC) **44**

10. Analyser av prediktiviteten i bakgrundsvariabler för utfallet användning av bedömnings- och behandlingsmetoder på respondentnivå **47**

DEL II – KOMMUNNIVÅ **51**

11. Socialtjänst (154 kommuner) **52**

12. Användning av bedömningsmetoder i kommunerna **52**

13. Användning av behandlingsmetoder i socialtjänsten **53**

14. Landsting – bedömningsmetoder **55**

15. Landsting - behandlingsmetoder **56**

DEL III - LÄNSNIVÅ **57**

16. Brukarråd **58**

17. Brukarrevisor **59**

18. Genomförda brukarrevisioner **60**

19. Enkätsvar från verksamhetsansvariga på beroendecentra/beroendemottagningar **61**

20. Samverkan **62**

21. Aktiviteter för att utveckla brukarmedverkan **63**

Missiv till deltagarna

INFORMATIONSBREV

LUNDS UNIVERSITET

Chefer inom missbruksrelaterad vård i kommuner och landsting

Institutionen för psykologi
Mats Fridell, professor
Leg psykolog/leg psykoterapeut

Utvärdering av SKL:s stöd till Socialstyrelsens implementering av riktlinjer i behandling av missbruk och beroende;

Institutionen för psykologi vid Lunds Universitet och Socialstyrelsen samarbetar i ett projekt som syftar till att öka kunskaper om evidensbaserad praktik. Projektet utvärderas för ca hälften av Sveriges kommuner.

Genom en kommande Webbenkät undersöker vi olika enheter inom missbruks- och beroendevården. Vi vill veta hur personalen upplever olika delar av implementeringsarbetet. Vi försöker nå alla anställda inom berörda verksamheter.

Undersökningen består dels av frågor kring missbrukarvården dels ett formulär som speglar attityder till förändringar i din organisation. Vi är väldigt angelägna om Din och dina medarbetares medverkan eftersom undersökningen kommer att kunna påverka prioriteringar inom missbrukarvården.

Vi ber Dig att informera Dina medarbetare om att de under nästkommande vecka får en enkät skickad till sig via sin e-postadress. Enkäten tar ca 30 minuter i sin helhet att fylla i. Inga data lagras på individnivå, bara på gruppnivå och den som svarar konstruerar vid ifyllandet en identitet som ingen annan än den som besvarat enkäten själv kan känna till.

Med vänliga hälsningar

Mats Fridell, professor
Projektledare

Robert Holmberg, Univ.lekt
Leg. psykolog,

Ylva Benderix, Univ. lektor, Fil dr
Leg. sjuksköterska

Johan Billsten, Socionom
Fil. Mag, Projektassistent

Huvudadressen till undersökningsledningen:
Institutionen för Psykologi
Lunds Universitet
BOX 213
221 00 LUND

INFORMATIONSBREV

LUNDS UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Mats Fridell, professor
Leg psykolog/leg psykoterapeut

Behandlare inom missbruksrelaterad vård i kommuner och landsting

Utvärdering av SKL:s stöd till Socialstyrelsens implementering av riktlinjer i behandling av missbruk och beroende;

Institutionen för psykologi vid Lunds Universitet och Socialstyrelsen samarbetar i ett projekt som syftar till att öka kunskaper om evidensbaserad praktik. Projektet utvärderas för ca hälften av Sveriges kommuner.

Vi sänder Dig en Webbenkät där vi ställer frågor om Din och andra behandlares syn på delar av arbetet inom missbruks- och beroendevården. Vi vill nå alla behandlare inom berörda verksamheter. Enkäten består av frågor kring missbrukarvården. Vi är väldigt angelägna om Din medverkan eftersom under-sökningen kommer att kunna påverka prioriteringar inom missbrukarvården.

Vi ber Dig medverka i att fylla i den här Webbenkäten. Du kan besvara enkäten ettdera i sin helhet och då tar den ca 30 minuter eller du kan besvara den i delar. Vi rekommenderar att du gör det på en gång om Du kan.

Inga data lagras på individnivå, bara på gruppnivå och Du konstruerar vid ifyllandet en identitet som ingen annan än Du själv kan känna till.

För praktisk hjälp eller svar på frågor, kan Du kontakta oss, e-mail: utvardering@psychology.lu.se eller skriftligen på nedanstående adress.

Med vänliga hälsningar

Mats Fridell, professor
Projektledare

Robert Holmberg, Univ.lekt
Leg psykolog,

Ylva Benderix, Univ. lektor, Fil dr
Leg sjuksköterska

Johan Billsten, Socionom
Fil. Mag, Projektassistent

INFORMATIONSBREV

LUNDS UNIVERSITET

Basutbildningen:
Riskbruk, missbruk och beroende

Institutionen för psykologi
Mats Fridell, professor
Leg psykolog/leg psykoterapeut

Utvärdering av SKL:s stöd till Socialstyrelsens implementering av riktlinjer i behandling av missbruk och beroende;

Institutionen för psykologi vid Lunds Universitet och Socialstyrelsen samarbetar i ett projekt som syftar till att öka kunskaper om evidensbaserad praktik. I samband med detta undersöker vi bl a de olika utbildningsinsatserna som görs runt om i landet.

Inför den Nationella baskursen - Riskbruk, missbruk och beroende - Kunskap till praktik skulle vi vilja ställa några korta frågor till Dig. Vi är väldigt angelägna om Din medverkan.

Vi ber Dig fylla i det här frågeformuläret som kommer i form av en Webb-enkät. Enkäten tar ca 5 minuter att fylla i. Du är helt anonym. Inga data lagras på individnivå, bara på gruppnivå och Du konstruerar vid ifyllandet en identitet som ingen annan än Du själv kan känna till.

Länken till webbenkäten kommer i ett efterföljande mail från ”quicksearch”.

Praktisk hjälp vid ifyllandet eller svara på frågor, kontakta Johan Billsten
utvardering@psychology.lu.se

Med vänliga hälsningar

Mats Fridell, professor
Leg psykolog/leg psykoterapeut

Robert Holmberg, Fil dr.
Univ.lekt., Leg psykolog,

Ylva Benderix, Fil dr, SSK
Projektassistent

Johan Billsten, Socionom
Fil. Mag, Projektassistent

Huvudadress:
Institutionen för Psykologi,
Lunds Universitet
BOX 213
221 00 LUND

Tabellbilaga

DEL I - RESPONDENTNIVÅ

Tabeller över utfallsvariabler i panelanalysen

1. BORTFALLSANALYSER

Tabell 1. *Bortfallsanalys 2010 av de kommuner som inkluderats i KtP och de som inte inkluderats samt vilken omgång (kohort) man tillhör. Tabellen gjord på den ursprungliga kohorten.*

	Inkluderade i KTP				Omgång i Utvecklingsprojektet						
Kommungrupp	Deltar		Deltar ej		**I**		**II**		**III**		**Tot**
Storstad	2	(1%)	1	(1%)	3	(2%)	0	(0%)	0	(0%)	3
Större städer	22	(14%)	5	(4%)	10	(6%)	8	(10%)	9	16%)	27
Förortskommun	14	(9%)	24	(18%)	37	(24%)	0	(0%)	1	(2%)	38
Pendlingskommuner	18	(12%)	23	(17%)	25	(16%)	11	(14%)	5	(9%)	41
Glesbygdskommun	16	(10%)	23	(17%)	14	(9%)	18	(23%)	7	(13%)	39
Varuproducerande	22	(14%)	18	(13%)	14	(9%)	13	(17%)	13	(23%)	40
Övriga > 25000 inv.	27	(17%)	7	(5%)	18	(12%)	7	(9%)	9	(16%)	34
Övriga 12500-25000	23	(15%)	14	(10%)	20	(13%)	9	(12%)	8	(14%)	37
Övriga < 12500 inv.	12	(8%)	19	(14%)	16	(10%)	11	(14%)	4	(7%)	31
	155	(53%)	**135**	(47%)	**157**	(54%)	**77**	(27%)	**56**	(19%)	**290**

Kommentar: Jämförs kommuner som är med i KtP-arbetet (interventionsgruppen) 2009 med de som inte är med 2009/2010 (jämförelsegruppen), var det signifikant fler av landets kommuner som deltog 2009 (53%) än som inte deltog (47%), χ^2=30,234, p < .000. KtP har redan våren 2009 nått över hälften av landets kommuner och i storstadsregionerna också stadsdelar.

Av tabell 1 framgår att fler större städer men färre förortskommuner, pendlingskommuner och glesbygdskommuner deltog 2009/2010. Göteborgs stad deltog inte. Inom en och samma region finns det både kommuner som medverkat i KtP och de som inte medverkat. Jämförbarheten är således god.

Jämförs de olika omgångarna så är det en dubbelt så hög andel kommuner i omgång I, (54%) som i omgång II (27%) respektive III (19%), χ^2=55,04, p <.000.

Tabell 2. *Socialstyrelsens kvalitetsindex i kommuner i urvalet till utvecklingsprojektet uppdelat på dem som deltar respektive ej deltar (2010) och för de tre omgångarna: HT 2008, VT 2009, och HT 2009.*

		Inkluderade i KTP		Omgång i Utvecklingsprojektet		
Kvalitetsdimension	Tot	Deltar	Deltar ej	**I**	**II**	**III**
Antal		***134***	***111***	***136***	***55***	***45***
Kvalitetsindex	212	3,27 (.44)*	3,14 (.45)	3.19 (.45)	3.23 (.41)	3.24 (.41)
Insatser	223	3,26 (.83)*	2,92 (.99)	3.11 (.91)	3.17 (.89)	2.97 (.97)
Tillgänglighet	245	3,62 (.89)	3,74 (.89)	3.59 (.94)	3.75 (.79)	3.82 (.86)
Samverkan	245	2,14 (.86)*	1.85 (86)	1.97 (.77)	2.06 (.89)	2.04 (.93)
Delaktighet	242	4,40 (.93)	4,50 (.88)	4.40 (.96)	4.52 (.84)	4.48 (.85)
Utredning	231	2,54 (1,1)*	2,18 (.90)	2.25 (.99)	2.50 (1.0)	2.56 (1.0)
Riktade stödformer	223	3,36 (1,6)	3,41 (1,6)	3.48 (1.6)	3.30 (1.6)	3.19 (1.7)
Webbinformation*	287	2,89 (1,3)	2,74 (1,2)	2,96 (1,2)	2,62 (1,3)	2,75 (1,2)
Kompetens	243	3,67 (.83)	3,50 (.75)	3.68 (.74)	3.44 (.89)	3.55 (.79)
	290	**134** (55%)	**111** (45%)	**136** (56%)	**55** (22%)	**45** (18%)

***** Medelvärden anges och spridningar inom parentes.

I det sammanfattande additiva kvalitetsindexet i tabell 2 där samtliga indexvärden vägs samman visar signifikant högre genomsnittlig kvalitet hos de som deltar än de som inte deltar (F=4,45, p < .034) vidare finns signifikanta skillnader för följande områden i kvalitetsenkäten: insatser (F=7.68, p < .006; samverkan (F=7,89, p < .005; och utredning (F=7,31, p < .007). I samtliga dessa jämförelser har interventionsgruppen högre värden än jämförelsegruppen.

Inga signifikanta skillnader finns mellan de tre omgångarna, men det finns en statistisk tendens i några av variablerna (p < .06) att insatserna är fler i *omgång 2* än i omgång 1, att tillgängligheten är högre i omgång III än i omgång II (p < .07), att delaktighet är högre i omgång II och III än i omgång I, samt att det finns en större grad av utredning i omgång III än i omgång II.

Tabell 3. *Tidpunkt för de olika länens överenskommelser med SKL.*

Omgång 1 **HT 2008**	**Omgång 2** **VT 2009**	**Omgång 3** **HT 2009**
Dalarna	Gävleborg	Blekinge
Norrbotten	Jönköping	Gotland
Skåne	Värmland	Halland
Stockholm	Västerbotten	Jämtland
Uppsala	Västmanland	Kalmar
Västra Götaland	Östergötland	Kronoberg
Örebro		Södermanland
		Västernorrland

Tabell 4. *Jämförelse av bakgrundsvariabler mellan de 16 län som ingick i panelenkäten från början med de 4 "nya" länen som tillkom i panelundersökningen 2011.*

	16 län (n=2076)		**4 nya län (n=987)**		**F**	**P**
	Mean	**Sd**	**Mean**	**Sd**		
Ålder	46.44	10.38	47.57	10.02	8,25	0.004
År i yrket	16.38	10.55	16.39	10.83	0,00	0.985
År på arb.plats	8.17	6.90	8.86	7.73	6,21	0.013
Befolkning (län)	621348	537309	267833	126382	415,36	0.000
Befolkningstäthet	192.82	389.36	28.15	26.16	172,39	0.000
Kommungrupp	4.24	2.24	5.21	2.16	126,33	0.000
Insatser	3.30	0.96	3.20	0.88	5,57	0.018
Tillgänglighet	3.70	0.84	3.89	0.85	29,23	0.000
Samverkan	2.57	1.10	2.29	1.10	36,02	0.000
Delaktighet	4.61	0.88	4.60	0.76	0,08	0.772
Utredning	2.48	0.97	2.45	1.08	0,40	0.525
Riktade stödformer	3.83	1.34	4.06	1.18	16,35	0.000
Kompetens	3.73	0.63	3.67	1.18	2,77	0.096
Webinformation	3.29	1.06	3.21	1.26	2,87	0.090
Kvalitetsindex	3.44	0.44	3.50	0.43	9,10	0.003

De fyra län som kompletterade kohorten under 2010 skiljde sig från resterande 16 län i några variabler. Ålder, år på samma arbetsplats var visserligen signifikanta men mycket små. Enligt Socialstyrelsens Öppna jämförelser (2010) var befolkningsmängden i de nytillkomna länen mindre, befolkningstätheten lägre och därmed kommungrupp. Vidare var medelvärdet på insatser, tillgänglighet, och samverkan högre i de 16 länen medan däremot riktade stöd-former och sammanfattande kvalitetsindex ngt högre i de 4 tillkomna länen. Skillnaderna är dock små.

Tabell 5. *Jämförelse av bakgrundsvariabler mellan de 16 län som ingick i panelenkäten från början med de 4 "nya" länen som tillkom i panelundersökningen under 2010.*

	16 län (n=2076)		4 nya län (n=987)		Chi²	p
	N	%	N	%		
Huvudman					40.23	0.000
Socialtjänst	1324	63.8	492	53.3		
Sjukvård/psykiatri	673	32.4	409	44.3		
Övriga	78	3.8	22	2.4		
Högre fortbildning					15.02	0.001
Ingen	752	36.2	422	42.8		
Någon högre utbildn.	866	41.7	393	39.8		
2 eller fler högre utb.	458	22.1	172	17.4		
Funktion inom KtP					20.36	0.000
Ingen funktion	1739	83.8	887	89.9		
Något uppdrag	337	16.2	100	10.1		
Metodstödjare/utbildare					28.89	0.000
Ej metodstödjare	1777	85.6	912	92.4		
Metodstödjare	299	14.4	75	7.6		
Kön					9.77	0.002
Man	608	29.3	235	23.9		
Kvinna	1468	70.7	749	76.1		

De fyra nya länen hade proportionellt färre respondenter från socialtjänsten och fler från sjukvård. Vidare hade färre i de fyra länen personer med högre fortbildning, med funktion inom KtP och färre som arbetade som metodstödjare och högra andel kvinnor än de övriga 16 länen.

Bortfallet 2010. Respondenter från de län som ingått avtal (interventionskommuner) från dem som inte ingått avtal under 2010.

Tabell 6. *Medelvärden och spridningar för gruppen respondenter gruppen som inkluderats i KtP 2010 jämfört med dem som inte inkluderats. Variansanalys av bortfallet i enkäten 2010.*

	Bortfall (n=1308)		Svarande (N=1755)		F	p
	Mean	Sd	Mean	Sd		
Ålder	46.41	10.15	47.07	10.37	3,09	0.079
År i yrket	16.53	10.99	16.28	10.37	0,43	0.510
År på arb.plats	8.80	7.74	8.08	6.67	7,75	0.006*
Befolkning (län)	358495	325609	617485	538411	236,42	0.000
Befolkning (kom)	59915	61942	99708	118752	119,03	0.000
Befolkningstäthet	68.12	225.65	192.42	380.82	107,68	0.000
Kommungrupp	5.03	2.22	4.19	2.22	104,42	0.000
Insatser	3.15	0.90	3.35	0.95	27,25	0.000
Tillgänglighet	3.85	0.86	3.70	0.83	19,54	0.000
Samverkan	2.29	1.01	2.62	1.11	56,34	0.000
Delaktighet	4.56	0.84	4.64	0.84	5,91	0.015
Utredning	2.41	1.05	2.51	0.97	5,97	0.015
Riktade stödformer	3.96	1.27	3.86	1.31	3,58	0.059
Kompetens	3.69	1.07	3.73	0.64	1,61	0.204
Webinformation	3.19	1.21	3.32	1.07	8,99	0.003
Kvalitetsindex	3.45	0.44	3.47	0.44	0,98	0.322

*****Markerar att de reella skillnaderna mellan grupperna är av liten betydelse även om de är signifikanta.

De som inte svarade och hade ngt längre anställning på den egna arbetsplatsen. För variabler från Socialstyrelsens öppna jämförelser, var bortfallet från ngt mindre kommuner, med lägre grad av

insatser, samverkan, delaktighet och utredning samt Webinformation. Bara tillgänglighet var högre i kommuner inom bortfallet. Skillnaderna är signifikanta, men relativt små.

Tabell 7. *Jämförelser av proportioner mellan respondenter i gruppen som svarar på enkäten 2010 och de som inte svarar. Chi²-tester för bortfall i enkäten 2010.*

	Bortfall (n=1308)		**Svarande (N=1755)**		**Chi²**	**p**
	N	**%**	**N**	**%**		
Kön					13.26	0.000
Man	315	37.4	528	62.6		
Kvinna	990	44.7	1227	55.3		
Huvudman					13.13	0.001
Socialtjänst	728	40.1	1088	59.9		
Sjukvård/psykiatri	486	44.9	596	55.1		
Övriga	29	29.0	71	71.0		
Funktion inom KtP					61.32	0.000
Ej haft funktion i KtP	866	44.2	1095	55.8		
Har haft funktion i KtP	216	27.9	558	72.1		
Nyckelperson inom KtP					7.75	0.005
Ej nyckelperson	1146	41.4	1621	58.6		
Har varit Nyckelperson	61	31.3	134	68.7		
Processledare inom KtP					9.78	0.002
Ej Processledare	1200	41.3	1705	58.7		
Har varit Processledare	14	21.9	50	78.1		
Styrgruppsmedlem inom KtP					8.19	0.004
Ej varit Styrgrupps- medl.	1187	42.8	1588	57.2		
Har varit Styrgruppsmedl.	84	33.5	167	66.5		
Arbetar som					28.42	0.000
Medicinalpersonal	387	46.6	443	53.4		
Socialtjänstpersonal	518	46.2	603	53.8		
Behandlingsassistent	87	30.7	196	69.3		
Annan	167	39.3	258	60.7		
Högre fortbildning					44.10	0.000
Saknar högre fortbildning	579	49.3	595	50.7		
Någon högre fortbildning	518	41.1	741	58.9		
Flera högre fortbildningar	211	33.5	419	66.5		
Metodstödjare eller utbildare inom KtP					48.95	0.000
Ej metodstödjare/utbild.	1211	45.0	1478	55.0		
Har varit metodst/utbild.	97	25.9	277	74.1		

Det som skiljer respondenter som besvarat enkäten från bortfallet är att svarande i högre grad har någon form av högre fortbildning, i högre grad någon funktion i KtP, t ex processledare, nyckelperson eller styrgruppsmedlem än bortfallet. För de stora grupperna *medicinalpersona*l och *socialtjänstpersonal* är bortfallet lika stort. En större andel av männen besvarar enkäten jämfört med kvinnorna.

Bortfallet 2011

Tabell 8. *Medelvärden och spridningar bland respondenter som besvarat enkäten 2011 jämfört med dem som svarade 2010. Variansanalys av bortfallet i enkäten 2011 jämfört med 2010.*

	Bortfall (n=661)		**Svar (n=2402)**		**F**	**p**
	Mean	Sd	Mean	Sd		
Ålder	47.08	10.86	46.71	10.12	0,644	0.422
År i yrket	16.13	11.22	16.45	10.48	0,485	0.486
År på arb.plats	7.99	7.55	8.49	7.03	2,512	0.113
Befolkning (län)	517727	503087	504313	470259	0,405	0.525
Befolkning (kom.)	76657	102455	83755	100308	0,818	0.366
Befolkningstäthet	118.09	282.34	145.66	341.44	3,446	0.063
Kommungrupp	4.77	2.35	4.49	2.23	7,507	0.006
Insatser	3.24	0.95	3.27	0.93	0,356	0.551
Tillgänglighet	3.80	0.82	3.75	0.85	1,145	0.285
Samverkan	2.42	1.09	2.50	1.11	2,117	0.146
Delaktighet	4.67	0.77	4.59	0.86	3,651	0.056
Utredning	2.40	1.07	2.49	0.99	2,686	0.101
Riktade stödform	3.81	1.30	3.93	1.29	3,336	0.068
Kompetens	3.66	0.87	3.73	0.84	2,437	0.119
Webinformation	3.23	1.14	3.27	1.14	0,527	0.468
Kvalitetsindex	3.43	0.41	3.47	0.45	3,501	0.061

Tabell 9. *Jämförelser av proportioner mellan de som svarar och de som inte svarar 2011. Chi²-tester.*

	Bortfall (n=661)		**Svarande (N=2402)**		**Chi²**	**p**
	n	**%**	**n**	**%**		
KÖN: Man	208	24.7	635	75.3	6.93	0.008
KÖN: Kvinna	450	20.3	1767	79.7		
Huvudman					3.75	0.154
Socialtjänst	366	20.2	1450	79.8		
Sjukvård/psykiatri	244	22.6	838	77.4		
Övriga	26	26.0	74	74.0		
Funktion inom KtP					3.80	0.051
Ej haft funktion i KtP	404	20.6	1557	79.4		
Har haft funktion i KtP	134	17.3	640	82.7		
Nyckelperson inom KtP					1.68	0.194
Ej nyckelperson	591	21.4	2176	78.6		
Har varit Nyckelperson	34	17.4	161	82.6		
Processledare inom KtP					0.60	0.440
Ej Processledare	615	21.2	2290	78.8		
Har varit Processledare	11	17.2	53	82.8		
Styrgruppsmedlem inom KtP					6.72	0.010
Ej varit Styrgruppsmedlem	590	21.3	2185	78.7		
Har varit Styrgruppsmedlem	36	14.2	215	85.7		
Arbetar som					20.41	0.000
Medicinalpersonal	183	22.0	647	78.0		
Socialtjänstpersonal	182	16.2	939	83.8		
Behandlingsassistent	62	21.9	221	78.1		
Annan	108	25.4	317	74.6		
Högre fortbildning					28.35	0.000
Saknar högre fortbildning	312	26.6	862	73.4		
Någon högre fortbildning	237	18.8	1022	81.2		
Flera högre fortbildningar	112	17.8	518	82.2		
Metodstödjare eller utbildare					6.99	0.008
Ej metodstödjare/utbildare	600	22.3	2089	77.7		
Har varit metodstödj/utbildare	61	16.3	313	83.7		

För respondenterna i enkäten finns två signifikanta skillnader kvar 2011 (tabell 9). Bortfallet är större i mindre tättbefolkade områden och i mindre kommuner.

År 2011 finns ett par signifikanta skillnader. De i bortfallet har i lägre utsträckning någon form av högre fortbildning. I bortfallet är andelen respondenter med någon funktion i KtP som, metodstödjare eller utbildare mindre jämfört med övriga respondenter. En jämförelse mellan de största grupperna: Medicinalpersonal och socialtjänstpersonal, visar ett större bortfall bland Medicinalpersonal (ca 6 %). En större andel kvinnor än män besvarade enkäten.

Bortfallet 2012

Bortfallsanalysen 2012 gjordes på samma bakgrundsvariabler som året före.

Tabell 10. *Medelvärden och spridningar i gruppen som svarar respektive gruppen som inte svarar på enkäten 2012. Variansanalyser av skillnaderna.*

	Bortfall (n=1173)		**Svarande (N=1890)**		**F**	**p**
	Mean	**Sd**	**Mean**	**Sd**		
Ålder	46.33	10.78	47.08	9.95	3,78	0.052
År i yrket	15.57	10.91	16.88	10.44	10,99	0.001*
År på arb.plats	7.88	7.44	8.70	6.95	9,42	0.002*
Befolkning (län)	51914	492075	499821	468142	1,18	0.278
Befolkning (kom)	78731	98125	85389	102230	3,08	0.080
Befolkningstäthet	142.5	349.69	138.4	318.17	0,11	0.741
Kommungrupp	4.72	2.31	4.44	2.22	10,79	0.001
Insatser	3.20	0.90	3.30	0.95	6,12	0.013
Tillgänglighet	3.80	0.84	3.74	0.85	2,63	0.105
Samverkan	2.47	11.11	2.48	1.10	0,05	0.832
Delaktighet	4.59	0.88	4.62	0.82	0,57	0.449
Utredning	2.37	0.96	2.53	1.03	12,79	0.000
Riktade stödformer	3.76	1.27	3.99	1.29	18,06	0.000
Kompetens	3.76	0.85	3.69	0.85	4,43	0.036
Webinformation	3.22	1.14	3.29	1.14	2,64	0.104
Kvalitetsindex	3.43	0.45	3.48	0.43	5,15	0.023

*****Markerar att de reella skillnaderna mellan grupperna är av liten betydelse även om de är signifikanta.

Respondenter i bortfallet hade marginellt fler år på arbetet och fler yrkesverksamma år än respondenterna. Också 2012 kom bortfallet bland respondenterna i högre grad från mindre kommuner med lägre grad av utredning, riktade stödformer liksom från kommuner med lägre grad av kompetens och sammanfattande kvalitetsindex (Socialstyrelsens Öppna Jämförelser 2010).

Tabell 11. *Jämförelser av proportioner mellan de som inte svarar och de som svarar 2012. Chi²-tester 2012.*

	Bortfall (n=1173)		Svarande (N=1890)		Chi²	p
	N	%	N	%		
Kön					0.55	0.460
Man	314	37.2	529	62.8		
Kvinna	858	38.7	1359	61.3		
Huvudman					5.42	0.067
Socialtjänst	6608	36.8	1148	63.2		
Sjukvård/psykiatri	415	38.4	666	61.6		
Övriga	48	48.0	52	100.0		
Funktion inom KtP					21.78	0.000
Ej haft funktion i KtP	751	38.3	1210	61.7		
Har haft funktion i KtP	223	28.8	551	71.2		
Nyckelperson inom KtP					18.91	0.000
Ej nyckelperson	1055	38.1	1712	61.9		
Har varit Nyckelperson	44	22.6	151	77.4		
Processledare inom KtP					12.95	0.000
Ej Processledare	1092	37.6	1813	62.4		
Har varit Processledare	10	15.6	54	84.4		
Styrgruppsmedlem inom KtP					12.98	0.000
Ej varit Styrgrupps- medlem	1071	38.6	1704	61.4		
Har varit Styrgrupps-medlem	68	27.1	183	72.9		
Arbetar som					10.44	0.015
Medicinalpersonal	296	35.7	534	64.3		
Socialtjänstpersonal	395	35.2	726	64.8		
Behandlingsassistent	90	31.8	193	68.2		
Annan	181	42.6	244	57.4		
Högre fortbildning					120.94	0.000
Saknar högre fortbildning	586	49.9	588	50.1		
Någon högre fortbildning	426	33.8	833	66.2		
Flera högre fortbildningar	161	25.6	469	74.4		
Metodstödjare eller utbildare inom KtP					48.32	0.000
Ej metodstödjare/utbild.	1091	40.6	1598	59.4		
Har varit metodst/utbild.	82	21.9	292	78.1		

Samma skillnader som 2011 kvarstår. Respondenter i bortfallet har lägre nivå av fortbildning, färre respondenter med någon funktion i KtP, t ex processledare, nyckelperson eller styrgrupps-medlem. På samma sätt är bortfallet högre för dem som inte arbetat som metodstödjare eller utbildare jämfört med övriga respondenter För de stora grupperna medicinalpersonal och socialtjänstpersonal är bortfallet lika stort.

Bortfallet 2013

För svaren år 2013 görs återigen samma bortfallsanalys på samma bakgrundsvariabler som året innan.

Tabell 12. *Jämförelser av medelvärden och spridningar 2013. Variansanalys av bortfallet i enkäten 2013*

	Bortfall (n=1403)		Svarande (N=1660)		F	p
	Mean	Sd	Mean	Sd		
Ålder	45.99	10.63	47.47	9.93	15,67	0.000*
År i yrket	15.69	10.71	16.97	10.55	11,07	0.001*
År på arb.plats	7.97	7.10	8.74	7.17	8,63	0.003*
Befolkning (län)	515460	484425	500230	471480	0,77	0.380
Befolkning (kom)	75440	94118	89174	105627	13,94	0.000
Befolkningstäthet	127.0	312.90	150.84	343.83	3,90	0.048
Kommungrupp	4.69	2.27	4.43	2.24	9,96	0.002
Insatser	3.24	0.88	3.29	0.98	1,19	0.275
Tillgänglighet	3.76	0.86	3.77	0.83	0,08	0.774
Samverkan	2.44	1.12	2.51	1.09	2,42	0.120
Delaktighet	4.56	0.88	4.65	0.80	7,29	0.007*
Utredning	2.43	0.96	2.50	1.04	2,43	0.119
Riktade stödformer	3.77	1.33	4.02	1.24	22,33	0.000
Kompetens	3.73	0.85	3.70	0.85	0,79	0.374
Webinformation	3.23	1.13	3.29	1.14	1,55	0.213
Kvalitetsindex	3.43	0.46	3.49	0.42	12,10	0.001*

*****Markerar att de reella skillnaderna mellan grupperna är av liten betydelse även om de är signifikanta.

En förändring från föregående år är att respondenterna i bortfallet var ngt yngre,

De som svarar har genomgående högre medelvärden på öppna jämförelser, skillnaderna är signifikanta, men marginella. Respondenter som besvarat enkäten tillhör i större utsträckning mera tätbefolkade områden samt kommuner med fler invånare än de i bortfallet. Ytterligare en skillnad finns också mellan grupperna i fråga om ålder, antal år på sin arbetsplats samt antal år i yrket. De som svara har högre värden på dessa variabler, men skillnaderna är försumbara.

Tabell 13. *Proportionerna mellan respondenter i bortfallet och svarande 2010. Chi²-tester för bortfall i enkäten 2013.*

	Bortfall (n=1403)		Svarande (N=1660)		Chi²	p
	N	%	N	%		
Kön					1.68	0.195
Man	370	43.9	473	56.1		
Kvinna	1031	46.5	1186	53.5		
Huvudman					2.44	0.296
Socialtjänst	820	45.2	996	54.8		
Sjukvård/psykiatri	499	46.1	583	53.9		
Övriga	53	53.0	47	47.0		
Funktion inom KtP					0.54	0.463
Ej haft funktion i KtP	874	44.6	1087	55.4		
Har haft funktion i KtP	333	43.0	441	57.0		
Nyckelperson inom KtP					9.03	0.003
Ej nyckelperson	1286	46.5	1481	53.5		
Har varit Nyckelperson	69	35.4	126	64.6		
Processledare inom KtP					9.56	0.002
Ej Processledare	1337	46.0	1568	54.0		
Har varit Processledare	17	26.6	47	73.4		
Styrgruppsmedlem inom KtP					2.97	0.085
Ej varit Styrgrupps- medlem	1296	46.7	1479	53.3		
Har varit Styrgrupps-medlem	103	41.0	148	59.0		
Arbetar som					7.33	0.062
Medicinalpersonal	383	46.1	447	53.9		
Socialtjänstpersonal	496	44.2	625	55.8		
Behandlingsassistent	115	40.6	168	59.4		
Annan	165	38.8	260	61.2		
Högre fortbildning					77.75	0.000
Saknar högre fortbildning	651	55.5	523	44.5		
Någon högre fortbildning	527	41.9	732	58.1		
Flera högre fortbildningar	225	35.7	405	64.3		
Metodstödjare eller utbildare inom KtP					55.59	0.000
Ej metodstödjare/utbild.	1299	48.3	1390	51.7		
Har varit metodst/utbild.	104	27.8	270	54.2		

Det är samma skillnader som föregående år. Respondenter i bortfallet har i lägre grad varit nyckelpersoner eller processledare, marginellt lägre andel metodstödjare och samt har lägre grad av fortbildning än som svarat.

Bortfallet 2014

Tabell 14. *Jämförelser av medelvärden och spridningar mellan de som inte svarat 2014 jämfört med de som svarat. Variansanalys av bortfallet i enkäten 2014.*

	Bortfall (n=1667)		Svarande (N=1396)		F	p
	Mean	**Sd**	**Mean**	**Sd**		
Ålder	46.34	10.85	47.32	9.53	6,89	0.009*
År i yrket	15.99	10.94	16.85	10.26	4,99	0.026*
År på arb.plats	8.25	7.43	8.55	6.80	1,28	0.258
Befolkning (län)	525337	489822	485612	461487	5,25	0.022
Befolkning (kommun)	80917	100429	85216	100115	1,36	0.243
Befolkningstäthet	140.63	334.60	139.17	325.17	0,02	0.903
Kommungrupp	4.57	2.27	4.53	2.25	0,25	0.619
Insatser	3.24	0.89	3.29	0.98	1,42	0.233
Tillgänglighet	3.79	0.85	3.73	0.83	2,83	0.092
Samverkan	2.46	1.12	2.50	1.08	0,96	0.327
Delaktighet	4.60	0.85	4.62	0.83	0,35	0.552
Utredning	2.45	0.98	2.50	1.031	1,48	0.225
Riktade stödformer	3.80	1.34	4.02	1.23	16,62	0.000
Kompetens	3.70	0.86	3.73	0.84	0,37	0.541
Webinformation	3.23	1.13	3.30	1.14	2,56	0.110
Kvalitetsindex	3.44	0.45	3.49	0.43	6,74	0.009

*****Markerar att de reella skillnaderna mellan grupperna är av liten betydelse även om de är signifikanta.

Flera signifikanta skillnader mellan de som besvarat enkäten 2014 jft med bortfallet. Bortfallet har marginellt färre år inom yrket. De enda skillnaderna som återstår är att respondenterna redovisar en lägre grad av riktade stödformer och ett marginellt sammanfattande kvalitetsindex från Öppna Jämförelser än de som svarar.

Tabell 15. *Jämförelser av proportioner i gruppen som inte svarat respektive de som svarat på enkäten 2014. Chi²-tester för bortfall i enkäten 2014.*

	Bortfall (n=1667)		Svarande (N=1396)		Chi²	p
	N	%	N	%		
Kön					0.08	0.781
Man	455	54.0	388	46.0		
Kvinna	1209	54.5	1008	45.5		
Huvudman					2.94	0.230
Socialtjänst	994	54.7	822	45.3		
Sjukvård/psykiatri	584	54.0	498	46.0		
Övriga	46	46.0	54	54.0		
Funktion inom KtP					21.75	0.000
Ej haft funktion i KtP	892	58.4	636	41.6		
Har haft funktion i KtP	724	49.9	728	50.1		
Nyckelperson inom KtP					2.71	0.100
Ej nyckelperson	1502	54.3	1265	45.7		
Har varit Nyckelperson	94	48.2	101	51.8		
Processledare inom KtP					13.41	0.000
Ej Processledare	1578	54.3	1327	45.7		
Har varit Processledare	20	31.2	44	68.8		
Styrgruppsmedlem inom KtP					7.68	0.006
Ej varit Styrgruppsmedlem	1524	54.9	1251	45.1		
Har varit Styrgruppsmedlem	115	45.8	136	54.2		
Arbetar som					1.00	0.803
Medicinalpersonal	442	53.3	388	46.7		
Socialtjänstpersonal	586	52.3	535	47.7		
Behandlingsassistent	146	51.6	137	48.4		
Annan	214	50.4	211	49.6		
Högre fortbildning					32.51	0.000
Saknar högre fortbildning	715	60.9	459	39.1		
Någon högre fortbildning	640	50.8	619	49.2		
Flera högre fortbildningar	312	49.5	318	50.5		
Metodstödjare eller utbildare inom KtP					18.24	0.000
Ej metodstödjare/utbild.	1502	55.9	1187	44.1		
Har varit metodst/utbild.	165	44.1	209	55.9		

Det är samma skillnader mellan bortfall och respondenter som föregående år. Respondenter i bortfallet har i lägre grad haft en funktion inom KtP, varit processledare, styrgruppsmedlem eller metodstödjare, samt har en lägre grad av fortbildning efter grundutbildning än respondenterna.

2. Utbildade i bedömningsmetoder

Tabell 16. *Utbildade i AUDIT 2010 – 2014 inom ramen för KtP (valid procent)*

	AUDIT 2010		AUDIT 2011		AUDIT 2012		AUDIT 2013		AUDIT 2014	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Utbildad	519	22.9	723	32.2	1475	65.6	1597	75.3	1767	85.7
Ej utbildad	1746	77.1	1519	67.8	772	34.4	525	24.7	294	14.3
Missing	798		821		816		941		1002	
Total	3063	100.0	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 17. *Utbildade i DUDIT 2010 – 2014 inom ramen för KtP.*

	DUDIT 2010		DUDIT 2011		DUDIT 2012		DUDIT 2013		DUDIT 2014	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Utbildad	503	22.3	723	31.9	1431	64.5	1473	73.0	922	76.1
Ej utbildad	1755	77.7	1542	68.18	788	35.5	545	27.0	290	23.9
Missing	805		798		844		1045		1851	
Total	3063	100	2063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 18. *Utbildade i ASI 2010-2014 inom ramen för KtP.*

	ASI 2010		ASI 2011		ASI 2012		ASI 2013		ASI 2014	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Utbildad	611	23.1	1551	24.6	1342	60.6	1428	69.7	1461	81.4
Ej utbildad	2036	76.9	752	50.6	872	39.4	620	30.3	334	18.6
Missing	416		760		849		1015		1268	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 19. *Utbildade i ADAD 2010-2014 inom ramen för KtP.*

	ADAD 2010		ADAD 2011		ADAD 2012		ADAD 2013		ADAD 2014	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Utbildad	117	5.2	207	9.6	250	13.5	268	18.4*	311	29.8
Ej utbildad	2141	94.8	1958	90.4	1598	86.5	1187	38.8	734	70.26
Missing	805		898		1215		1608		1608	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

**Värdet för 2014 kan ha påverkats av selektivt urval, År 2013 bedöms rimligare*

Tabell 20. *Utbildade i DOK 2008-2014 som inte ingick inom ramen för KtP.*

	DOK 2010		DOK 2011		DOK 2012		DOK 2013		DOK 2014	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**
Utbildad	97	3.9	115	4.6	241	12.7	264	17.6*	293	28.0
Ej utbildad	2383	96.1	2390	95.4	1656	87.3	1656	82.4	753	72.0
Missing	583		558		558		1166		1046	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

**Värdet för 2014 kan ha påverkats av selektivt urval, År 2013 bedöms rimligare*

3. Utbildade i behandlingsmetoder som arrangerats av KtP

Tabell 21. *Utbildade i Motivational Interviewing (MI) 2010-2014 inom KtP.*

	MI 2010		MI 2011		MI 2012		MI 2013		MI 2014	
	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n
Ja	918	54.3	1784	75.2	2390	91.0	2415	94.2	2488	97.2
Nej	772	45.7	588	24.8	235	9.0	148	5.8	72	2.8
Missing	1373		691		438		500		503	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 22. *Utbildade i Återfallsprevention (ÅP) 2010-2014 inom KtP*

	ÅP 2010		ÅP 2011		ÅP 2012		ÅP 2013		ÅP 2014	
	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n
Ja	442	19.0	779	32.2	1142	46.6	1186	61.2	1255	74.3
Nej	1882	81.0	1637	67.8	1307	53.4	752	38.82	434	25.7
Missing	739		647		614		1125		1374	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 23. *Utbildade i CRA 2010-2014 inom KtP*

	CRA 2010		CRA 2011		CRA 2012		CRA 2013*		CRA 2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	130	5.0	244	9.8	367	19.1	376	24.6*	417	36.8*
Nej	2449	95.0	2253	90.2	1559	80.9	1155	75.4	716	63.2
Missing	484		566		1137		1532		1930	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

**Värdet för 2014 kan ha påverkats av selektivt urval, År 2013 bedöms rimligare*

Tabell 24. *Utbildade i Haschavvänjningsprogrammet (HAP) 2010-2014 inom KtP*

	HAP 2010		HAP 2011		HAP 2012		HAP 2013*		HAP 2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	114	4.5	257	10.5	504	25.8	545	34.4*	637	48.7*
Nej	1426	95.5	2194	89.5	1148	74.2	1040	65.6	604	51.3
Missing	533		612		1111		1478		1241	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

(*)*Värdet för 2014 kan ha påverkats av selektivt urval, År 2013 bedöms rimligare*

3.1. Utbildade i behandlingsmetoder som arrangerats av KtP

(KBT. 12-stegbehandling. Farmakologisk behandling, behandling av anhöriga, behandling av barn och ungdomar, familjeterapi och dynamisk terapi), (valid percent). Enkätsvar från respondenter i panelanalysen årsvis.

Tabell 25. *Utbildade i Kognitiv beteendeterapi 2010-2014. Ingick ej i KtP.*

	KbT 2010		**KbT 2011**		**KbT 2012**		**KbT 2013**		**KbT 2014**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	99	5.3	118	6.2	172	9.1	149	10.1	146	9.4
Nej	1780	97.7	1789	93.8	1711	90.9	1322	89.9	1399	90.6
Missing	1184		1156		1180		1592		1518	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 26. *Utbildade i Dynamisk terapi 2010-2014. Ingick ej i KtP.*

	Dynamisk 2010		**Dynamisk 2011**		**Dynamisk 2012**		**Dynamisk 2013**		**Dynamisk 2014**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	76	2.5	138	5.5	217	11.5	217	15.2	252	24.4
Nej	2562	83.6	2392	94.5	1678	88.5	1257	84.8	780	75.6
Missing	425		533		1895		1592		2031	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 27. *Utbildade i Familjeterapi 2010-2014. Ingick ej i KtP.*

	Familjeterapi 2010		**Familjeterapi 2011**		**Familjeterapi 2012**		**Familjeterapi 2013**		**Familjeterapi 2014**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	75	2.4	149	5.9	237	12.5	253	17.0	290	24.4
Nej	2545	83.1	2371	94.1	1655	87.5	1231	83.0	768	75.6
Missing	443		543		11712		1579		2055	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 28. *Utbildade i 12-stegsbehandling 2010-2014. Ingick ej i KtP.*

	12-steg 2010		**12-steg 2011**		**12-steg 2012**		**12-steg 2013**		**12-steg 2014**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	139	5.5	267	10.6	425	21.50	444	27.8*	484	40.4*
Nej	2408	94.5	2241	89.4	1553	78.5	1156	72.3	714	59.6
Missing	516		555		1085		1600		1865	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

**Värdet för 2014 kan ha påverkats av selektivt urval, År 2013 bedöms rimligare*

Tabell 29. *Utbildade i anhörigbehandling till missbrukare 2010-2014. Ingick ej i KtP.*

	Anhörig 2010		**Anhörig 2011**		**Anhörig 2012**		**Anhörig 2013**		**Anhörig 2014**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	142	5.6	287	11.6	496	16.2	526	32.9	583	47.3*
Nej	2391	94.4	2194	88.4	1497	48.1	1075	67.1	650	52.7
Missing	530		582		1095		1601		1830	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

**Värdet för 2014 kan ha påverkats av selektivt urval, År 2013 bedöms rimligare*

Tabell 30. *Utbildning i behandling av barn till missbrukare 2010-2014. Ingick ej i KtP*

	Barn 2010		Barn 2011		Barn 2012		Barn 2013		Barn 2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	86	3.4	202	8.1	381	19.8	403	26.1*	449	39.1*
Nej	2280	96.6	2280	91.9	1543	80.2	1143	73.9	700	60.9
Missing	514		581		1139		1517		1914	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

**Värdet för 2014 kan ha påverkats av selektivt urval, År 2013 bedöms rimligare*

Tabell 31. *Utbildning i farmakologisk behandling 2010-2014. Ingick ej i KtP*

	Farmak. 2010		Farmak. 2011		Farmak. 2012		Farmak. 2013		Farmak. 2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	473	18.7	380	18.7	608	30.4	627	37.7*	679	51.7
Nej	2051	79.4	1655	81.3	1389	69.6	1034	62.3	635	48.3
Missing	539		1028		1066		1402		1749	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

**Värdet för 2014 kan ha påverkats av selektivt urval, År 2013 bedöms rimligare*

4. Användning av bedömningsmetoder i KtP

Enkätsvar årsvis om AUDIT, DUDIT, ASI och ADAD (valid percent).
Även DOK redovisas men ingår inte i KtP:s uppdrag)

Där värdet för 2008 anges är detta hämtat från Socialstyrelsens öppna jämförelser 2008. Frågan 2008. hur stor hur stor andel av klienterna som man använt respektive bedömningsmetod på. Frågan är ej helt identiskt med frågorna i panelenkäten där frågan är om man själv använder respektive bedömningsmetod regelbundet i sitt arbete.

Tabell 32. *Användning av AUDIT 2010-2014.*

	AUDIT 2008		AUDIT 2010		AUDIT 2011		AUDIT 2012		AUDIT 2013		AUDIT 2014	
	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Ja	286	11.9	1162	43.7	1207	46.6	1130	51.1	951	51.5	944	51.7
Nej	2123	88.1	1497	56.3	1382	46.6	1082	48.9	1008	48.5	1011	48.3
Missing	654		404		474		851		1104		1108	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 33. *Användning av DUDIT 2010-2014.*

	DUDIT 2008		DUDIT 2010		DUDIT 2011		DUDIT 2012		DUDIT 2013		DUDIT 2014	
	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Ja	181	8.1	889	33.4	971	37.4	1081	48.8	851	43.8	858	44.0
Nej	2054	91.9	1776	66.6	1628	62.6	1132	51.2	1091	56.2	1092	56.0
Missing	828		398		464		850		1121		1113	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 34. *Användning av ASI 2010-2014.*

	ASI 2008		ASI 2010		ASI 2011		ASI 2012		ASI 2013		ASI 2014	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	862	37.7	1043	39.4	987	38.3	847	39.1	749	39.0	738	38.1
Nej	1424	62.3	1604	60.6	1589	61.7	1321	60.9	1172	61.0	1200	61.9
Missing	777		416		487		895		1142		1125	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 35. *Användning av ADAD 2010-2014.*

	ADAD 2008		ADAD 2010		ADAD 2011		ADAD 2012		ADAD 2013		ADAD 2014	
	n	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	44	2.0	197	7.4	234	9.1	169	8.5	131	7.6	129	7.4
Nej	2183	98.0	2248	92.6	2328	90.9	1831	91.6	1598	92.4	1617	92.6
Missing	836		418		501		1063		1334		1317	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 36. *Användning av DOK 2010-2014.*

	DOK 2008		DOK 2010		DOK 2011		DOK 2012		DOK 2013		DOK 2014	
	n	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	85	3.6	82	3.1	87	3.4	93	4.6	76	4.3	79	4.5
Nej	2295	96.4	2601	96.9	2471	96.6	1949	95.4	1688	95.7	1695	95.5
Missing	683		380		505		1021		1299		1289	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 37. *Användning av något av instrumenten ASI/DOK/ADAD eller likande instrument under åren 2010-2014.*

	2010		2011		2012		2013		2014	
	n	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	1345	59.8	1349	60.2	1407	59.2	1270	57.7	1254	56.6
Nej	906	40.2	892	39.8	970	40.8	930	42.3	961	43.4
Missing	812		822		686		863		848	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

5. Användning av behandlingsmetoder i KtP

Enkätsvar årsvis om MI, HAP, ÅP och CRA (valid percent)

Där värdet för 2008 anges är detta hämtat från Socialstyrelsens öppna jämförelser 2008. Frågan 2008. hur stor hur stor andel av klienterna som man använt respektive metod på. Frågan är ej helt identiskt med frågorna i panelenkäten där frågan är om man själv använder respektive metod regelbundet i sitt arbete.

Tabell 38. *Användning av Motivational Interviewing (MI) 2010-2014.*

	MI 2008		**MI 2010**		**MI 2011**		**MI 2012**		**MI 2013**		**MI 2014**	
	n	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	650	27.6	913	45.4	1100	53.8	1636	72.1	1492	73.7	1503	73.2
Nej	1704	72.4	1096	54.6	944	46.2	632	27.9	533	26.3	551	26.8
Missing	709		1054		1019		795		1038		1009	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 39. *Användning av Haschavvänjningsprogrammet (HAP) 2010-2014.*

	HAP 2008		**HAP 2010**		**HAP 2011**		**HAP 2012**		**HAP 2013**		**HAP 2014**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	88	5.0	123	6.3	169	8.5	285	14.5	250	15.6	264	16.2
Nej	1664	95.0	1832	93.7	1808	91.5	1676	85.5	1348	84.4	1369	83.8
Missing	1311		1108		1086		1102		1465		1430	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 40. *Användning av Återfallsprevention (ÅP) 2010-2014.*

	ÅP 2008		**ÅP 2010**		**ÅP 2011**		**ÅP 2012**		**ÅP 2013**		**ÅP 2014**	
	n	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	412	18.1	535	27.0	609	30.4	740	35.7	648	37.7	646	37.0
Nej	1864	81.9	1446	73.0	1396	69.6	1332	64.3	1073	62.3	1101	63.0
Missing	787		1082		1058		991		1342		1316	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 41. *Användning av Community Reinforcement Approach (CRA) 2010-2014.*

	CRA 2010		**CRA 2011**		**CRA 2012**		**CRA 2013**		**CRA 2014**	
	n	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	99	5.3	118	6.2	172	9.1	149	10.1	146	9.4
Nej	1780	97.7	1789	93.8	1711	90.9	1322	89.9	1399	90.6
Missing	1184		1156		1180		1592		1518	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

5.1. Behandlingsmetoder som ej ingick i KtPs uppdrag

Enkätsvar årsvis om KBT. 12-stegbehandling. Farmakologisk behandling. Anhörig-behandling. Behandling av barn och ungdomar till missbrukande föräldrar. Familjeterapi och dynamisk terapi (valid percent)

Där värdet för 2008 anges är detta hämtat från Socialstyrelsens öppna jämförelser 2008. Frågan 2008. hur stor hur stor andel av klienterna som man använt respektive metod på. Frågan är ej helt identiskt med frågorna i panelenkäten där frågan är om man själv använder respektive metod regelbundet i sitt arbete.

Tabell 42. *Användning av Kognitiv beteendeterapi (KBT) 2010-2014.*

	KBT 2008		KBT 2010		KBT 2011		KBT 2012		KBT 2013		KBT 2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	270	12.7	371	18.2	424	20.9	477	23.7	401	24.1	419	24.7
Nej	1854	87.3	1664	81.8	1600	79.1	1538	76.3	1262	75.9	1278	75.3
Missing	939		1028		1039		1048		1400		1366	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 43. *Användning av 12-stegsbehandling 2010-2014.*

	12-steg 2010		12-steg 2011		12-steg 2012		12-steg 2013		12-steg 2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	157	8.2	168	8.7	231	12.0	186	12.3	186	12.2
Nej	1757	91.8	1772	91.3	1693	88.0	1332	87.7	1344	87.8
Missing	1149		1123		1139		1545		1533	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 44. *Användning av Anhörigbehandling 2010-2014.*

	Anhörig 2008		Anhörig 2010		Anhörig 2011		Anhörig 2012		Anhörig 2013		Anhörig 2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	362	15.0	243	11.8	276	13.4	403	20.3	306	20.0	296	19.3
Nej	2044	85.0	1819	88.2	1780	86.6	1578	79.7	1225	80.0	1238	80.7
Missing	657		1001		1007		1082		1532		1529	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 45. *Användning av Familjeterapi 2010-2014.*

	Familjeterapi 2010		Familjeterapi 2011		Familjeterapi 2012		Familjeterapi 2013		Familjeterapi 2014	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Ja	84	4.5	97	5.1	135	7.2	117	8.2	120	8.0
Nej	1790	95.5	1805	94.9	1740	92.8	1310	91.8	1357	92.0
Missing	1189		1161		1188		1636		1568	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 46. *Användning av behandling av barn till missbrukare 2010-2014.*

	2010		2011		2012		2013		2014	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	86	4.6	103	5.4	179	9.4	131	8.8	140	9.2
Nej	1792	95.4	1811	94.6	1719	90.6	1355	91.2	1389	90.8
Missing	1185		1149		1165		1577		1534	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 47. *Dynamisk psykoterapi 2010-2014.*

	Dynamisk 2008		Dynamisk 2010		Dynamisk 2011		Dynamisk 2012		Dynamisk 2013		Dynamisk 2014	
	n	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	167	9.4	89	4.4	105	5.1	109	5.8	91	6.2	95	6.2
Nej	1604	90.6	1945	95.6	1958	94.9	1780	94.2	1385	93.8	1446	93.8
Missing	1292		1029		1000		1174		1587		1541	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

Tabell 48. *Användning av Farmakologisk behandling 2010-2014.*

	Farmak. 2008		Farmak. 2010		Farmak. 2011		Farmak. 2012		Farmak. 2013		Farmak. 2014	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ja	310	12.8	422	20.6	380	18.7	353	18.1	280	18.4	266	17.5
Nej	2103	87.2	628	79.4	1655	81.3	1595	81.9	1238	81.6	1251	82.5
Missing	650		1013		1028		1015		1545		1546	
Total	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100	3063	100

6. Samband utbildning och användning av metoden

Tabell 49. *Utbildad i AUDIT och använder AUDIT.*

	Ej utbildad		AUDIT -utbildad		Chi²	p
	N	%	N	%		
2011					436.55	0.000
Använder Inte AUDIT	915	76.0	193	27.2		
Använder AUDIT	289	24.0	517	72.8		
2012					532.76	0.000
Använder Inte AUDIT	611	82.3	384	29.3		
Använder AUDIT	131	17.7	925	70.7		
2013					413.94	0.000
Använder Inte AUDIT	415	85.4	402	31.4		
Använder AUDIT	71	14.6	880	68.6		
2014					274.34	0.000
Använder Inte AUDIT	258	89.6	527	36.4		
Använder AUDIT	30	10.4	924	63.6		

Tabell 50. *Utbildad i DUDIT och använder DUDIT.*

	Ej utbildad		DUDIT -utbildad		Chi²	p
	N	%	N	%		
2011					300.80	0.000
Använder Inte DUDIT	992	81.0	301	42.5		
Använder DUDIT	233	19.0	408	57.7		
2012					520.03	0.000
Använder Inte DUDIT	628	83.4	394	31.0		
Använder DUDIT	125	16.6	878	69.0		
2013					351.07	0.000
Använder Inte DUDIT	442	89.3	453	39.2		
Använder DUDIT	53	10.7	704	60.8		
2014					215.87	0.000
Använder Inte DUDIT	263	92.9	358	42.7		
Använder DUDIT	20	7.1	480	57.3		

Tabell 51. *Utbildad i ASI och använder ASI*

	Ej utbildad		ASI -utbildad		Chi²	p
	N	%	N	%		
2011					723.12	0.000
Använder Inte ASI	1077	87.3	203	27.5		
Använder ASI	157	12.7	534	72.5		
2012					800.05	0.000
Använder Inte ASI	807	96.9	405	34.5		
Använder ASI	26	3.1	778	65.8		
2013					539.64	0.000
Använder Inte ASI	558	97.6	452	39.0		
Använder ASI	14	2.4	706	61.0		
2014					313.24	0.000
Använder Inte ASI	318	97.2	510	42.3		
Använder ASI	9	2.8	697	57.7		

Tabell 52. *Utbildad i ADAD och använder ADAD*

	Ej utbildad		ADAD -utbildad		Chi²	p
	N	%	N	%		
2012					779.32	0.000
Använder Inte ADAD	1507	99.1	111	46.1		
Använder ADAD	14	0.9	130	53.9		
2013					450.52	0.000
Använder Inte ADAD	1072	99.4	134	58.0		
Använder ADAD	6	0.6	97	420		
2014					275.58	0.000
Använder Inte ADAD	709	99.0	163	61.5		
Använder ADAD	7	1.0	102	38.5		

Tabell 53. *Utbildad i DOK och använder DOK.*

	Ej DOK-utbildad		DOK -utbildad		Chi²	p
	N	%	N	%		
2011					503.23	0.000
Använder Inte DOK	2005	98.7	69	60.0		
Använder DOK	26	1.3	46	40.0		
2012					451.88	0.000
Använder Inte DOK	1569	99.0	133	64.9		
Använder DOK	16	1.0	72	35.1		
2013					302.27	0.000
Använder Inte DOK	1119	99.0	131	68.2		
Använder DOK	11	1.0	61	31.8		
2014					200.13	0.000
Använder Inte DOK	729	99.2	158	70.9		
Använder DOK	6	0.8	65	29.1		

Tabell 54. *Utbildad i MI och använder MI.*

	Ej MI -utbildad		MI -utbildad		Chi²	p
	N	%	N	%		
2010					627.71	0.000
Använder Inte MI	564	91.3	189	24.1		
Använder MI	54	8.7	596	75.9		
2011					407.46	0.000
Använder Inte MI	417	87.1	476	33.8		
Använder MI	62	12.9	934	66.2		
2012					410.60	0.000
Använder Inte MI	192	84.2	414	20.9		
Använder MI	36	15.8	1563	79.1		
2013					279.29	0.000
Använder Inte MI	118	84.9	374	20.8		
Använder MI	21	15.1	1422	79.2		
2014					182.84	0.000
Använder Inte MI	66	91.7	412	21.9		
Använder MI	6	8.3	1471	78.1		

Tabell 55. *Utbildad i HAP och använder HAP.*

	Ej utbildad		HAP -utbildad		Chi²	p
	N	%	N	%		
2010					896.90	0.000
Använder Inte HAP	1755	98.5	33	31.4		
Använder HAP	27	1.5	72	68.6		
2011					782.78	0.000
Använder Inte HAP	1670	98.2	98	43.8		
Använder HAP	31	1.8	126	56.2		
2012					832.99	0.000
Använder Inte HAP	1350	98.6	179	41.6		
Använder HAP	19	1.4	251	58.4		
2013					579.44	0.000
Använder Inte HAP	928	99.0	175	44.6		
Använder HAP	9	1.0	217	55.4		
2014					430.58	0.000
Använder Inte HAP	616	99.5	204	45.1		
Använder HAP	3	0.5	248	54.9		

Tabell 56. *Utbildad i ÅP och använder ÅP.*

	Ej ÅP -utbildad		ÅP -utbildad		Chi²	p
	N	%	N	%		
2010					820.08	0.000
Använder Inte ÅP	1239	89.7	71	17.8		
Använder ÅP	143	10.3	327	82.8		
2011					640.26	0.000
Använder Inte ÅP	1120	89.3	218	33.4		
Använder ÅP	134	10.7	434	66.6		
2012					826.02	0.000
Använder Inte ÅP	968	93.6	293	31.4		
Använder ÅP	66	6.4	641	68.6		
2013					572.19	0.000
Använder Inte ÅP	649	93.5	283	33.6		
Använder ÅP	45	6.5	559	66.4		
2014					401.77	0.000
Använder Inte ÅP	402	94.6	329	36.0		
Använder ÅP	23	5.4	585	64.0		

Tabell 57. *Utbildad i CRA och använder CRA.*

	Ej utbildad		CRA-utbildad		Chi²	p
	N	%	N	%		
2010					1048.66	0.000
Använder Inte CRA	1703	99.8	43	37.4		
Använder CRA	4	0.2	72	62.6		
2011					914.36	0.000
Använder Inte CRA	1669	99.7	95	45.9		
Använder CRA	5	0.3	112	54.1		
2012					792.15	0.000
Använder Inte CRA	1439	99.4	135	46.4		
Använder CRA	9	0.6	156	53.6		
2013					562.17	0.000
Använder Inte CRA	1003	99.4	118	47.0		
Använder CRA	6	0.6	133	53.0		
2014					390.87	0.000
Använder Inte CRA	695	99.7	147	50.9		
Använder CRA	2	0.3	142	49.1		

Tabell 58. *Utbildad i KBT och använder KBT.*

	Ej utbildad		KBT -utbildad		Chi²	p
	N	%	N	%		
2010					977.50	0.000
Använder Inte KBT	1524	95.2	59	21.3		
Använder KBT	76	4.8	218	78.7		
2011					903.36	0.000
Använder Inte KBT	1412	95.0	148	31.0		
Använder KBT	75	5.0	329	69.0		
2012					805.67	0.000
Använder Inte KBT	1173	96.8	256	38.4		
Använder KBT	39	3.2	411	61.6		
2013					551.90	0.000
Använder Inte KBT	814	96.8	248	41.5		
Använder KBT	27	3.2	349	58.5		
2014					400.12	0.000
Använder Inte KBT	533	97.6	293	43.8		
Använder KBT	13	2.4	376	56.2		

Tabell 59. *Utbildad i Farmakologisk metod och använder Farmakologisk metod.*

	Ej utbildad		Farmak. -utbild		Chi²	p
	N	%	N	%		
2010					1028.62	0.000
Använder ej Farmak. met.	1553	93.8	32	12.6		
Använder Farmak. met.	102	6.2	221	87.4		
2011					997.36	0.000
Använder ej Farmak. met.	1511	95.7	113	27.9		
Använder Farmak. met.	68	4.3	292	72.1		
2012					643.33	0.000
Använder ej Farmak. met.	1262	95.7	208	43.4		
Använder Farmak. met.	57	4.3	271	56.6		
2013					424.99	0.000
Använder ej Farmak. met.	886	95.1	176	45.7		
Använder Farmak. met.	46	4.9	209	54.3		
2014					364.10	0.000
Använder ej Farmak. met.	605	97.4	197	46.7		
Använder Farmak. met.	16	2.6	225	53.3		

Tabell 60. *Utbildad i 12-stegsbehandling och använder 12-stegsbehandling.*

	Ej utbildad		12-steg -utbildad		Chi²	p
	N	%	N	%		
2010					919.24	0.000
Använder Inte 12-steg	1689	98.4	40	31.2		
Använder 12-steg	27	1.6	88	68.8		
2011					899.79	0.000
Använder Inte 12-steg	1659	98.6	93	39.9		
Använder 12-steg	24	1.4	140	60.1		
2012					856.32	0.000
Använder Inte 12-steg	1426	98.7	139	40.6		
Använder 12-steg	19	1.3	203	59.4		
2013					582.78	0.000
Använder Inte 12-steg	1004	98.8	133	44.5		
Använder 12-steg	12	1.2	166	55.5		
2014					460.77	0.000
Använder Inte 12-steg	693	99.9	145	44.8		
Använder 12-steg	1	0.1	179	55.2		

Tabell 61. *Utbildad i Anhörigstöd och använder Anhörigstöd.*

	Ej utbildad		Anhörigstöd - utbildad		Chi²	p
	N	%	N	%		
2010					477.40	0.000
Använder ej Anhörigstöd	1722	93.8	44	33.8		
Använder Anhörigstöd	114	6.2	86	66.2		
2011					509.64	0.000
Använder ej Anhörigstöd	1638	93.4	108	42.4		
Använder Anhörigstöd	116	6.6	147	57.6		
2012					620.07	0.000
Använder ej Anhörigstöd	1296	92.4	150	36.2		
Använder Anhörigstöd	107	7.6	264	63.8		
2013					464.11	0.000
Använder ej Anhörigstöd	916	93.8	141	39.7		
Använder Anhörigstöd	61	6.2	214	60.3		
2014					364.24	0.000
Använder ej Anhörigstöd	603	95.7	167	42.8		
Använder Anhörigstöd	27	4.3	223	57.2		

Tabell 62. *Utbildad i Familjeterapi och använder Familjeterapi.*

	Ej utbildad		Familjeterapi - utbildad		Chi²	p
	N	%	N	%		
2010					553.97	0.000
Använder ej Familjeterapi	1742	98.2	28	41.8		
Använder Familjeterapi	32	1.8	39	58.2		
2011					552.92	0.000
Använder ej Familjeterapi	1721	98.2	68	51.5		
Använder Familjeterapi	32	1.8	64	48.5		
2012					625.68	0.000
Använder ej Familjeterapi	1520	98.3	93	48.7		
Använder Familjeterapi	27	1.7	98	51.3		
2013					397.72	0.000
Använder ej Familjeterapi	1055	97.8	89	52.0		
Använder Familjeterapi	24	2.2	82	48.0		
2014					286.78	0.000
Använder ej Familjeterapi	734	97.7	113	55.4		
Använder Familjeterapi	17	2.3	91	44.6		

Tabell 63. *Utbildad i Barn till missbrukare och arbetar med Barn till missbrukare.*

	Ej utbildad		Barn till miss-brukare -utbildad		Chi²	P
	N	%	N	%		
2010					376.32	0.000
Arbetar ej med barn	1711	98.1	41	54.7		
Arbetar med barn	34	1.9	34	45.3		
2011					385.85	0.000
Arbetar ej med barn	1682	98.0	114	63.7		
Arbetar med barn	34	2.0	65	36.3		
2012					563.69	0.000
Arbetar ej med barn	1411	98.1	163	54.0		
Arbetar med barn	27	1.9	139	46.0		
2013					401.42	0.000
Arbetar ej med barn	1001	98.7	147	57.4		
Arbetar med barn	13	1.3	42.6			
2014					262.67	0.000
Arbetar ej med barn	675	98.8	189	61.8		
Arbetar med barn	8	1.2	117	38.2		

Tabell 64. *Utbildad i dynamisk metod och använder dynamisk metod.*

	Ej utbildad		dynamisk metod - utbildad		Chi²	p
	N	%	N	%		
2010					904.57	0.000
Anv. ej dynamisk metod	1893	98.7	19	28.8		
Anv dynamisk metod	34	1.3	47	71.2		
2011						
Anv. ej dynamisk metod	1879	98.9	41	33.9	1012.63	0.000
Anv. dynamisk metod	21	1.1	80	66.1		
2012					794.60	0.000
Anv. ej dynamisk metod	1556	99.3	77	45.3		
Anv. dynamisk metod	11	0.7	93	54.7		
2013					594.28	0.000
Anv. ej dynamisk metod	1110	99.6	72	47.1		
Anv. dynamisk metod	4	0.4	81	52.9		
2014					333.95	0.000
Anv. ej dynamisk metod	750	99.1	98	54.7		
Anv. dynamisk metod	7	0.9	81	45.3		

7. Enkätsvar om respondenternas uppfattning om samverkan. Brukarmedverkan, attityder till riktlinjerna och riktlinjearbete samt kunskapsutveckling inom det egna området.

7.1. Frågor kring samverkan mellan huvudmän inom missbruksområdet.

Tabell 65. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående - Vi bör utöka samverkan med andra huvudmän.*

År	N	Mean	Sd
2010	1567	4.62	0.65
2011	2115	4.58	0.69
2012	1705	4.46	0.81
2013	1459	4.38	0.87
2014	1289	4.31	0.90

Tabell 66. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – Våra lokala huvudmän har inte fått till stånd en fungerande samverkan kring personer med samsjuklighetsproblem.*

År	N	Mean	Sd
2010	1557	2.22	1.11
2011	2106	2.21	1.10
2012	1695	2.42	1.20
2013	1452	2.39	1.14
2014	1285	2.44	1.14

Tabell 67. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – Intresset från andra huvudmän för ett vidgat samarbete har varit dåligt.*

År	N	Mean	Sd
2010	1557	2.53	1.03
2011	2109	2.46	1.01
2012	1702	2.62	1.06
2013	1462	2.57	1.05
2014	1288	2.61	1.02

Tabell 68. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – Min egen organisation har visat stort intresse för samverkan med andra huvudmän.*

År	N	Mean	Sd
2010	1564	4.05	0.93
2011	2117	4.02	0.92
2012	1705	4.01	0.96
2013	1459	4.00	0.92
2014	1288	3.91	0.97

Tabell 69. *Jämförelser av synen på samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.*

	Socialtjänst			Hälso- och sjukvård				
År	**N**	**Mean**	**Sd**	**n**	**Mean**	**Sd**	**F**	***P***
2010	967	3.07	0.579	520	3.23	0.634	22,142	0.000
2011	1294	3.05	0.558	706	3.15	0.625	12,350	0.000
2012	1024	3.14	0.601	592	3.21	0.654	4,849	0.028
2013	858	3.07	0.559	515	3.18	0.598	13,810	0.000
2014	758	3.07	0.556	448	3.20	0.586	14,226	0.000

7.2. Frågor kring Rutiner för brukarinflytandet i den egna verksamheten

Tabell 70. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – Det finns en fungerande samverkan med brukarorganisationer.*

År	**N**	**Mean**	**Sd**
2010	1537	3.01	1.14
2011	2078	2.96	1.12
2012	1691	2.98	1.17
2013	1405	3.02	1.16
2014	1253	3.01	1.14

Tabell 71. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – Intresset för att ta med patienter/klienter/brukare i samverkansarbetet är lågt.*

År	**n**	**Mean**	**Sd**
2010	1539	3.01	1.05
2011	2077	2.93	1.05
2012	1691	2.97	1.08
2013	1405	3.07	1.09
2014	1252	3.01	1.10

Tabell 72. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – Det finns rutiner för att systematiskt ta tillvara synpunkter och erfarenheter från brukare.*

År	**n**	**Mean**	**Sd**
2010	1538	3.19	1.17
2011	2079	3.14	1.17
2012	1695	3.19	1.20
2013	1403	3.24	1.21
2014	1249	3.29	1.16

Tabell 73. *Jämförelser av synen på brukarmedverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.*

	Socialtjänst			Hälso- och sjukvård				
År	**N**	**Mean**	**Sd**	**n**	**Mean**	**Sd**	**F**	***P***
2010	958	3.05	0.824	511	3.12	0.826	2,620	0.106
2011	1275	2.98	0.820	700	3.06	0.835	4,349	0.037
2012	1024	3.02	0.841	594	3.12	0.868	6,107	0.014
2013	834	3.09	0.833	498	3.16	0.832	2,413	0.121
2014	739	3.08	0.809	436	3.14	0.855	1,297	0.255

7.3. Allmänt om Socialstyrelsens riktlinjer

Tabell 74. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – På min arbetsplats har riktlinjearbetet diskuterats flitigt.*

År	N	Mean	Sd
2010	1551	3.53	1.16
2011	2098	3.47	1.15
2012	1697	3.56	1.19
2013	1413	3.40	1.20
2014	1270	3.29	1.20

Tabell 75. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående - Jag har läst något dokument som rör riktlinjerna.*

År	N	Mean	Sd
2010	1339	4.22	0.98
2011	1896	4.11	1.01
2012	1541	4.20	1.00
2013	1409	4.11	1.00
2014	1258	4.00	1.06

Tabell 76. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – Jag anser att riktlinjerna är användbara i vår verksamhet.*

År	N	Mean	Sd
2010	1545	4.20	0.79
2011	2095	4.08	0.84
2012	1690	4.09	0.87
2013	1410	3.96	0.86
2014	1245	3.92	0.90

Tabell 77. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – Jag har ändrat mitt arbetssätt till följd av riktlinjerna.*

År	N	Mean	Sd
2010	1545	3.25	1.07
2011	2082	3.24	1.08
2012	1688	3.37	1.09
2013	1408	3.26	1.06
2014	1260	3.27	1.09

Tabell 78. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – Jag har läst om riktlinjerna i någon facktidsskrift.*

År	N	Mean	Sd
2010	1331	3.03	1.35
2011	1877	3.01	1.33
2012	1533	3.10	1.32
2013	1408	3.06	1.31
2014	1253	2.92	1.30

Tabell 79. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – Jag anser att riktlinjerna bör spridas i större utsträckning än som hittills gjorts.*

År	N	Mean	Sd
2010	1546	4.26	0.84
2011	2088	4.23	0.84
2012	1694	4.19	0.91
2013	1410	4.14	0.91
2014	1265	4.06	0.92

Tabell 80. *Jämförelser av synen på socialstyrelsens riktlinjer mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.*

	Socialtjänst			Hälso- och sjukvård				
År	**N**	**Mean**	**Sd**	**n**	**Mean**	**Sd**	**F**	***P***
2010	803	3.70	0.715	463	3.52	0.776	17,366	0.000
2011	1116	3.64	0.749	655	3.47	0.793	20,692	0.000
2012	909	3.73	0.753	547	3.55	0.805	18,529	0.000
2013	833	3.66	0.733	492	3.45	0.808	24,289	0.000
2014	730	3.59	0.767	428	3.36	0.842	22,330	0.000

7.4. Frågor om kunskapsutveckling på din arbetsplats?

Tabell 81. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – Jag har bra kontakt med experter inom mitt område?*

År	N	Mean	Sd
2010	1538	3.67	1.06
2011	2091	4.32	0.79
2012	1688	4.33	0.80
2013	1391	4.30	0.80
2014	1235	3.68	1.12

Tabell 82. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – Jag har i mitt arbete regelbundet kontakt med högskola eller universitet.*

År	n	Mean	Sd
2010	1541	2.35	1.23
2011	2086	2.36	1.23
2012	1686	2.39	1.27
2013	1393	2.38	1.24
2014	1234	2.36	1.21

Tabell 83. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – På min arbetsplats har vi gjort utvärderingar av vårt arbete med klienter/patienter.*

År	n	Mean	Sd
2010	1538	3.49	1.27
2011	2089	3.45	1.27
2012	1689	3.48	1.30
2013	1392	3.48	1.27
2014	1234	3.42	1.27

Tabell 84. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – Min chef har goda kunskaper om utvecklingen inom vårt område.*

År	n	Mean	Sd
2010	1328	3.59	1.18
2011	1889	3.58	1.18
2012	1531	3.61	1.21
2013	1292	3.56	1.19
2014	1143	3.51	1.16

Tabell 85. *I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående – Jag har själv goda kunskaper om utvecklingen inom vårt område.*

År	n	Mean	Sd
2010	1537	3.88	0.82
2011	2088	3.94	0.83
2012	1686	3.98	0.82
2013	1395	3.96	0.84
2014	1233	3.89	0.85

Tabell 86. *Jämförelser av synen på kunskapsutveckling mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.*

	Socialtjänst			Hälso- och sjukvård				
År	**N**	**Mean**	**Sd**	**N**	**Mean**	**Sd**	**F**	***P***
2010	806	3.66	0.739	455	3.66	0.770	0,003	0.954
2011	1130	3.86	0.682	659	3.74	0.808	11,220	0.001
2012	909	3.88	0.690	549	3.78	0.795	6,811	0.009
2013	757	3.85	0.701	467	3.75	0.782	6,309	0.012
2014	675	3.57	0.838	410	3.57	0.849	0,022	0.882

8. Faktoranalys av svaren på 18 enkätfrågor om samverkan, brukarmedverkan, socialstyrelsens riktlinjer och kunskapsutveckling i panelundersökningen (n=3 063)

Tabell 87. *Total Variance Explained*

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.954	21.964	21.964	3.954	21.964	21.964	2.975	16.527	16.527
2	2.323	12.907	34.871	2.323	12.907	34.871	2.354	13.075	29.603
3	1.499	8.325	43.196	1.499	8.325	43.196	1.914	10.633	40.236
4	1.200	6.664	49.861	1.200	6.664	49.861	1.732	9.625	49.861
5	1.039	5.775	55.635						
6	.876	4.869	60.505						
7	.805	4.471	64.976						
8	.762	4.232	69.208						
9	.716	3.976	73.184						
10	.694	3.855	77.038						
11	.636	3.535	80.573						
12	.602	3.343	83.916						
13	.587	3.259	87.175						
14	.539	2.994	90.169						
15	.514	2.854	93.024						
16	.475	2.639	95.662						
17	.432	2.398	98.060						
18	.349	1.940	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Faktoranalysen gav fyra distinkta faktorer: samverkan mellan huvudmän, brukarmedverkan, uppfattning om riktlinjer och uppfattning om egna kunskaper. I analysen konstruerades fyra additiva index som användes som prediktorer. Samverkansindex omfattar 3 variabler, brukarinflytande omfattar 3 variabler, uppfattning om socialstyrelsens riktlinjer (5 variabler) och uppfattning om kunskapsutveckling inom den egna arbetsplatsen (4 variabler).

Reliabilitetstestning: Cronbach's Alpha för alla 18 variabler $\alpha = 0.75$.

8.1. Aggregerade variabler utifrån additiva index av variablerna i faktorerna:

Tabell 88. *Samverkan – 3 av variablerna i faktoranalysen.*

År	n	Mean	Sd
2010	1551	3.12	0.60
2011	2096	3.09	0.58
2012	1680	3.16	0.62
2013	1445	3.11	0.57
2014	1270	3.12	0.57

Tabell 89. *Brukarmedverkan – 3 av variablerna i faktoranalysen.*

År	n	Mean	Sd
2010	1531	3.07	0.82
2011	2066	3.01	0.83
2012	1685	3.05	0.85
2013	1399	3.11	0.83
2014	1241	3.10	0.82

Tabell 90. *Socialstyrelsens riktlinjer – 5 av variablerna i faktoranalysen*

År	n	Mean	Sd
2010	1325	3.62	0.74
2011	1862	3.60	0.77
2012	1519	3.64	0.79
2013	1392	3.56	0.78
2014	1222	3.48	0.81

Tabell 91. *Kunskapsutveckling på arbetsplatsen – 4 av variablerna i faktoranalysen*

År	n	Mean	Sd
2010	1319	3.64	0.75
2011	1880	3.81	0.73
2012	1521	3.84	0.74
2013	1286	3.81	0.73
2014	1146	3.56	0.84

8.2. ORC-variabler

Tabell 92**.** *Presentation av skalorna i instrumentet Organizational Readiness for Change (ORC), betydelse och exempel på frågor (skala 7 och 8 har inte använts i denna undersökning).*

Skala i ORC
Motivation
1. Utvecklingsbehov,
2. Utbildningsbehov
3. Krav på förändring,
Resurser
4. Kontorslokaler,
5. Personal,
6. Utbildning,
7. Utrustning
8. Internet
Personalgruppens kännetecken
9. Yrkesmässigt växande
10. Effektivitet/tilltro till egen förmåga
11. Inflytande
12. Anpassningsförmåga
13. Arbetstillfredsställelse
Organisationsklimat
14. Uppdrag
15. Sammanhållning
16. Autonomi
17. Kommunikation
18. Stress
19. Förändring
20. Ledarskap

9. Organizational Readiness for Change (ORC)

Tabell 93. *Principalkomponentanalys av ORC Roterad faktormatris*

	Component				
	1	2	3	4	5
2011 INDEX 1	-,590	,051	-,072	-,095	,598
2011 INDEX 2	,013	,063	-,479	-,015	,692
2011_INDEX_3	-,142	-,073	,101	-,219	,745
2011_INDEX_4	,164	,022	,442	,196	-,138
2011_INDEX_5	,161	,072	,220	,853	-,100
2011_INDEX_6	,404	,090	,706	,085	-,015
2011 INDEX_9_	,268	,368	,658	,156	,047
2011 INDEX_10	,155	,790	,163	,127	-,143
2011 INDEX_11	,363	,663	,145	-,165	-,087
2011 INDEX_12	,065	,792	-,005	,079	,165
2011 INDEX_13	,628	,251	,235	,178	-,099
2011 INDEX 14	,651	,211	,295	,176	-,199
2011 INDEX_15	,758	,047	-,067	-,009	-,263
2011 INDEX_16	,669	,163	,165	,251	-,050
2011 INDEX_17	,805	,107	,327	,142	,004
2011 INDEX_18	-,226	-,019	-,131	-,848	,172
2011 INDEX_19	,797	,233	,213	,048	-,023
2011 INDEX_20	,726	,088	,424	,218	,029

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization, 8 iterations

Tabell 94. *Faktoranalys på 5946 respondenter (panelenkäten + fem extra län + ytterligare respondenter från baskurserna).* ***Huvudman Socialtjänst****. Roterad komponentmatris.*

	Component			
	1	2	3	4
INDEX_1_Utvecklingsbehov	-,555	-,025	,069	,644
INDEX_2_Utbildningsbehov	-,068	-,254	-,012	,624
INDEX_3 Krav på förändring	-,060	-,163	-,068	,765
INDEX_4_lokaler	,252	,424	,030	-,079
INDEX_5_personal	,139	,830	,063	-,184
INDEX_6_Utbildning	,582	,367	,117	,017
INDEX_9_YrkesmässVäxande	,416	,458	,412	,047
INDEX_10_Tilltroförmåga	,166	,174	,800	-,164
INDEX_11_Inflytande	,433	-,103	,640	-,101
INDEX_12_Anpassningsförmåga	,043	,035	,791	,129
INDEX_13_Arbetstillfredsställelse	,652	,230	,219	-,097
INDEX_14_Uppdrag	,682	,234	,182	-,228
INDEX_15_Sammanhållning	,684	-,141	-,001	-,361
INDEX_16_Autonomi	,643	,257	,167	-,156
INDEX_17_Kommunikation	,848	,215	,098	-,039
INDEX_18_Stress	-,158	-,774	-,018	,279
INDEX_19_Förändring	,811	,067	,244	-,078
INDEX_20_ledarskap	,801	,321	,090	-,006

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Tabell 95. *Faktoranalys på 5946 respondenter (panelenkäten + fem extra län + ytterligare respondenter från baskurserna).* ***Huvudman psykiatri/sjukvård***.

	Component			
	1	2	3	4
INDEX_1_Utvecklingsbehov	-,481	,048	,665	-,166
INDEX_2_Utbildningsbehov	-,234	,157	,448	-,169
INDEX_3 Krav på förändring	,062	-,012	,774	-,083
INDEX_4_lokaler	,450	-,024	-,102	,030
INDEX_5_personal	,215	,086	-,117	,872
INDEX_6_Utbildning	,691	,085	,126	,293
INDEX_9_YrkesmässVäxande	,592	,344	,208	,210
INDEX_10_Tilltroförmåga	,178	,797	-,068	,123
INDEX_11_Inflytande	,297	,742	-,065	-,116
INDEX_12_Anpassningsförmåga	,112	,727	,261	,083
INDEX_13_Arbetstillfredsställelse	,626	,332	-,220	,139
INDEX_14_Uppdrag	,714	,236	-,246	,213
INDEX_15_Sammanhållning	,551	,186	-,461	,000
INDEX_16_Autonomi	,672	,195	-,189	,105
INDEX_17_Kommunikation	,836	,186	-,149	,115
INDEX_18_Stress	-,229	-,019	,217	-,841
INDEX_19_Förändring	,756	,291	-,207	,032
INDEX_20_ledarskap	,840	,100	-,049	,242

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Slutsats: Indexen i ORC laddar på ett likartat sätt i socialtjänst och sjukvård respektive andra huvudmän, även om ordningen efter faktor 1 skiljer sig.

Vi väljer därför ut de index i faktor 1 som förklarar 62% av variansen och använder ett urval av dessa som prediktorer.

10. Analyser av prediktiviteten i bakgrundsvariabler för utfallet användning av bedömnings- och behandlingsmetoder på respondentnivå

Tabell 96. *ORC-index, modellanpassning och prediktionsförmåga för användning av behandlingsmetoder.*

	Chi²	RMSEA	CFI	SRMR
Motivation				
Index 1	**Utvecklingsbehov**			
Modellanpassn	χ^2=0.673, Df=1, p = .412	Est= 0.000, C.I. 90% 0.00-0.05		
Prediktivitet	β = - 0.030, df=1, p = 0.23	S.E. = 0.025	1.000	0.008
Index 2	**Utbildningsbehov**			
Modellanpassn	χ^2=0.096, df=1, p = 0.076	Est= 0.000, C.I. 90% 0.00-0.04		
Prediktivitet	β = - 0.015, df=1, p =0.556	S.E. = 0.025	1.000	0.008
Index 3	**Krav på förändring**			
Modellanpassn	χ^2=0.969, df=1, p = 0.325	Est= 0.00, C.I. 90% 0.00-0.05		
Prediktivitet	β = 0.034, df=1, p = 0.233	S.E.= - 028	1.000	0.009
Resurser				
Index 4.	**Kontorslokaler**			
Modellanpassn	χ^2=1.130, df=1, p = .0.287	Est= 0.007, C.I. 90% 0.00-0.05		
Prediktivitet	β = 0.051, df=1 p = 0.007	S.E.=-019	1.000	0.009
Index 5	**Personal**			
Modellanpassn	χ^2=3.120, df=1, p = 0.077	Est= 0.028, C.I. 0.000 – 0.065		
Prediktivitet	β = 0.085, df=1, p = 0.001	S.E.=-0.025 – 3.409	1.000	0.009
Index 6	**Utbildning**			
Modellanpassn	χ^2=0.718, df=1, p = 0.400	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.049		
Prediktivitet	β = 0.025, df=1, p =0.324	S.E.=-0.025	1.000	0.007
Egenskaper				
Index 9	**Yrkesmässigt växande**			
Modellanpassn	χ^2=0.526, df=1, p = 0.469	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.045		
Prediktivitet	β = 0.064, df=1, p =0.037	S.E.=-0.031	1.000	0.006
Index 10.	**Effektivitet/tilltro till egen förmåga**			
Modellanpassn	χ^2=0.008, df=1, p = 0.929	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.016		
Prediktivitet	β = 0.050, df=1, p =0.205	S.E.=-0.039	1.000	0.001
Index 11	**Inflytande**			
Modellanpassn	χ^2=0.189, df=1, p = 0.664	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.039		
Prediktivitet	β = 0.031, df=1, p =0.482	S.E.=-0.045	1.000	0.004
Index 12	**Anpassningsförmåga**			
Modellanpassn	χ^2=0.444, df=1, p = 0.505	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.044		
Prediktivitet	β = 0.094, df=1, p =0.022	S.E.=-0.041	1.000	0.006
Index 13	**Arbetstillfredsställelse**			
Modellanpassn	χ^2=0.000, df=1, p = 0.999	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.000		
Prediktivitet	β = 0.043, df=1, p =0.161	S.E.=-0.031	1.000	0.000
Organisationsklimat				
Index 14	**Uppdrag**			
Modellanpassn	χ^2=0.791, df=1, p = 0.374	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.049		
Prediktivitet	β = 0.88 df=1, p =0.003	S.E.=-0.030	1.000	0.009
Index 15	**Sammanhållning**			
Modellanpassn	χ^2=0.175, df=1, p = 0.676	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.038		
Prediktivitet	β = 0.014, df=1, p =0.650	S.E.=-0.031	1.000	0.004

Tabell 96. *FORTS. Analyser av ORC-index, modellanpassning och prediktionsförmåga för användning av behandlingsmetoder.*

	Chi²	RMSEA	CFI	SRMR
Organisationsklimat				
Index 16	**Autonomi**			
Modellanpassn	χ^2=0.046, df=1, p = 0.831	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.030		
Prediktivitet	β = 0.100, df=1, p =0.003	S.E.=-0.034	1.000	0.002
Index 17	**Kommunikation**			
Modellanpassn	χ^2=1.183, df=1, p = 0.277	Est= 0.008, C.I. 0.000 – 0.052		
Prediktivitet	β = 0.077, df=1, p =0.008	S.E.=-0.029	1.000	0.010
Index 18	**Stress**			
Modellanpassn	χ^2=0.375, df=1, p = 0.540	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.043		
Prediktivitet	β = - 0.072, df=1, p =0.004	S.E.=-0.025	1.000	0.006
Index 19	**Förändring**			
Modellanpassn	χ^2=0.392, df=1, p = 0.531	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.043		
Prediktivitet	β = **0.**068, df=1, p =0.060	S.E.=-0.036	1.000	0.006
Index 20	**Ledarskap**			
Modellanpassn	χ^2=0.214, df=1, p = 0.644	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.039		
Prediktivitet	β = **0.**079, df=1, p =0.011	S.E.=-0.031	1.000	0.004

Tabell 97. *Analyser av ORC-index, modellanpassning och prediktionsförmåga för användning av bedömningsmetoder.*

	Chi²	RMSEA	CFI	SRMR
Motivation				
Index 1	**Utvecklingsbehov**			
Modellanpassn	χ^2=1.149, Df=1, p = 0.284	Est= 0.007, C.I. 90% 0.00-0.05		
Prediktivitet	β = - 0.045, df=1, p = 0.13	S.E. = 0.029	1.000	0.009
Index 2	**Utbildningsbehov**			
Modellanpassn	χ^2=0.000, df=1, p = 0.999	Est= 0.000, C.I. 90% 0.00-0.000		
Prediktivitet	β = - 0.006, df=1, p = .837	S.E. = 0.030	1.000	0.000
Index 3	**Krav på förändring**			
Modellanpassn	χ^2=3.509, df=1, p = 0.061	Est= 0.003, C.I. 90% 0.00-0.07		
Prediktivitet	β = 0.021, df=1, p = 0.522	S.E.= - 0, 032	0.996	0.018
Resurser				
Index 4.	**Kontorslokaler**			
Modellanpassn	χ^2=0.415, df=1, p =0.52	Est= 0.000, C.I. 90% 0.00-0.043		
Prediktivitet	β = 0.000, df=1 p = 0.990	S.E.= 0.023	1.000	0.006
Index 5	**Personal**			
Modellanpassn	χ^2=0.13, df=1, p = .091	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.021		
Prediktivitet	β = 0.001, df=1, p = .983	S.E.=-0.027	1.000	0.001
Index 6	**Utbildning**			
Modellanpassn	χ^2=0.396, df=1, p = 0.539	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.043		
Prediktivitet	β = - 0.032, df=1, p =0.214	S.E.=-0.026	1.000	0.006
Index 9	**Yrkesmässigt växande**			
Modellanpassn	χ^2=5.51, df=1, p = 0.0199	Est= 0.040, C.I. 0.013 – 0.076		
Prediktivitet	β = 0.050, df=1, p =0.167	S.E.=-0.036	0.993	0.021
Index 10	**Effektivitet/Tilltro till egen förmåga**			
Modellanpassn	χ^2=1.012, df=1, p = 0.314	Est= 0.002, C.I. 0.000 – 0.050		
Prediktivitet	β = 0.096, df=1, p =0.040	S.E.=-0.047	1.000	0.009
Index 11	**Inflytande**			
Modellanpassn	χ^2=0.025, df=1, p = 0.875	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.026		
Prediktivitet	β = 0.094, df=1, p =0.057	S.E.=-0.049	1.000	0.001
Index 12	**Anpassningsförmåga**			
Modellanpassn	χ^2=4,092, df=1, p = 0.043	Est= 0.033, C.I. 0.005 – 0.070		
Prediktivitet	β = 0.015, df=1, p =0.755	S.E.=-0.047	0.995	0.018
Index 13	**Arbetstillfredsställelse**			
Modellanpassn	χ^2=0.139, df=1, p = 0.710	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.036		
Prediktivitet	β = 0.069, df=1, p =0.052	S.E.=-0.035	1.000	0.003
Organisationsklimat				
Index 14	**Uppdrag**			
Modellanpassn	χ^2=0.009, df=1, p = 0.923	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.018		
Prediktivitet	β = 0.004 df=1, p =0.911	S.E.=-0.035	1.000	0.001
Index 15	**Sammanhållning**			
Modellanpassn	χ^2=0.546, df=1, p = 0.460	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.045		
Prediktivitet	β = 0.059, df=1, p =0.081	S.E.=-0.034	1.000	0.007
Index 16	**Autonomi**			
Modellanpassn	χ^2=0.766, df=1, p = 0.382	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.048		
Prediktivitet	β = 0.066, df=1, p =0.101	S.E.=-0.040	1.000	0.008

Tabell 97. *FORTS. Analyser av ORC-index, modellanpassning och prediktionsförmåga för användning av bedömningsmetoder – forts.*

	Chi²	RMSEA	CFI	SRMR
Organisationsklimat				
Index 17	**Kommunikation**			
Modellanpassn	χ^2=1.661, df=1, p = 0.195	Est= 0.015, C.I. 0.000 – 0.056		
Prediktivitet	β = 0.025, df=1, p =0.473	S.E.=-0.034	0.999	0.012
Index 18	**Stress**			
Modellanpassn	χ^2=2.004, df=1, p = 0.157	Est= 0.019, C.I. 0.000 – 0.058		
Prediktivitet	β = - 0.037, df=1, p =0.204	S.E.=-0.029	0.999	0.013
Index 19	**Förändring**			
Modellanpassn	χ^2=0.287, df=1, p = 0.592	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.041		
Prediktivitet	β = **0.**034, df=1, p =0.410	S.E.=-0.041	1.000	0.005
Index 20	**Ledarskap**			
Modellanpassn	χ^2=0.061, df=1, p = 0.805	Est= 0.000, C.I. 0.000 – 0.032		
Prediktivitet	β = **0.**039, df=1, p =0.305	S.E.=-0.038	1.000	0.002

DEL II – KOMMUNNIVÅ

11. Socialtjänst (154 kommuner)

Tabell 98. *Kommuner som använder metoder jämfört med kommuner som inte använder metoder.*

	Kommuner som använder metoder (n=128)		Kommuner som inte använder metoder (n=26)		F	P
	Mean	Sd	Mean	Sd		
Befolkning (län)	546811	497762	330991	266240	4,60	0.034
Befolkning (kommun)	40701	57709	19746	20794	3,33	0.070
Befolkningstäthet	84.06	203.71	34.90	69.39	1,47	0.227
Insatser	3.20	0.89	2.57	0.68	9,36	0.003
Tillgänglighet	3.76	0.89	3.36	0.73	3,93	0.049
Samverkan	2.17	0.94	1.91	0.87	1,49	0.225
Delaktighet	4.43	0.99	3.90	1.04	4,86	0.029
Utredning	2.48	1.09	2.24	0.89	0,92	0.341
Riktade stödformer	3.43	1.57	3.47	1.39	0,01	0.908
Kompetens	3.73	0.72	3.36	0.95	4,26	0.041
Webinformation	3.04	1.16	2.69	1.16	1,95	0.165
Kvalitetsindex	3.30	0.45	2.98	0.32	8,51	0.004

12. Användning av bedömningsmetoder i kommunerna

Enkätsvar årsvis om AUDIT, DUDIT, ASI och ADAD (valid percent). Även DOK

Där värdet för 2008 anges är detta hämtat från Socialstyrelsens öppna jämförelser 2008. Frågan 2008. hur stor hur stor andel av klienterna som man använt respektive bedömningsmetod på. Frågan är ej helt identiskt med frågorna i panelenkäten där frågan är om man själv använder respektive bedömningsmetod regelbundet i sitt arbete.

Tabell 99. *Användning av AUDIT 2010-2014. Andelen ja-svar i 154 kommuner .*

	AUDIT 2008		AUDIT 2010		AUDIT 2011		AUDIT 2012		AUDIT 2013		AUDIT 2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%	N	%
Svar	128	83%	154	100	153	100	141	91.5	136	88.3	132	85.7
Medelvärde	15.2		40.6		42.7		44,7		41.4		41.6	
Missing	26		0		1		13		18		18	
Total	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100

Tabell 100. *Användning av DUDIT 2010-2014. Andelen ja-svar i 154 kommuner*

	DUDIT 2008		DUDIT 2010		DUDIT 2011		DUDIT 2012		DUDIT 2013		DUDIT 2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%	N	%
Svar	120	8.1	154	100	153	98.0	142	48.8	135	87.6	135	87.6
Medelvärde	12.5		31.9		34.8		26.6		35.3		34.5	
Missing	34		0		1		12		19		19	
Total	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100

OBS: Medelvärden i tabellerna 99 – 118 är efter aggregering ekvivalenta med procentsatser och kan läsas som sådana.

Tabell 101. *Användning av ASI 2010-2014. Andelen ja-svar i 154 kommuner*

	ASI 2008		ASI 2010		ASI 2011		ASI 2012		ASI 2013		ASI 2014	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Svar	132	85.7	153	99.0	151	98.1	141	91.6	136	88.3	135	87.7
Medelvärde	35.0		50.5		49.0		44.8		42.4		41.8	
Missing	22		1		3		9		16		19	
Total	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100

Tabell 102. *Användning av ADAD 2010-2014. Andelen ja-svar i 154 kommuner.*

	ADAD 2008		ADAD 2010		ADAD 2011		ADAD 2012		ADAD 2013		ADAD 2014	
	n	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Ja	126	85.1	154	100	151	98.1	141	91.6	136	88.3	129	83.8
Nej	2.58		12.18		11.94		9.31		7.63	4	7.3	
Missing	28		0		3		13		18		19	
Total	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100

Tabell 103. *Användning av ADAD 2010-2014. Andelen ja-svar i 154 kommuner*

	DOK 2008		DOK 2010		DOK 2011		DOK 2012		DOK 2013		DOK 2014	
	n	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Svar	131	85.1	154	1001	153	99.3	151	98.1	147	95.5	145	94.1
Medelvärde	3.1		2.1		1.91		2.65	4	7.71		2.4	
Missing	23		0		1		3		7		9	
Total	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100

Tabell 104. *Användning av något av instrumenten ASI/DOK/ADAD eller likande instrument under åren 2010-2014.*

	2010		2011		2012		2013		2014	
	n	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Svar	147	95.5	150	95.4	149	96.8	148	96.1	148	96.1
Medelvärde	58.7		57.7		61.4		57.4		55.8	
Missing	7		4		5		6		6	
Total	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100

13. Användning av behandlingsmetoder i socialtjänsten

Enkätsvar årsvis om MI, HAP, ÅP och CRA (valid percent)

Där värdet för 2008 anges är detta hämtat från Socialstyrelsens öppna jämförelser 2008. Frågan 2008. hur stor hur stor andel av klienterna som man använt respektive metod på. Frågan är ej helt identiskt med frågorna i panelenkäten där frågan är om man själv använder respektive metod regelbundet i sitt arbete.

Tabell 105. *Användning av Motivational Interviewing (MI) på kommunnivå 2010-2014.*

	MI 2008		MI 2010		MI 2011		MI 2012		MI 2013		MI 2014	
	n	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Svar	125	81.2	142	92.2	144	93.5	149	96.7	146	94.8	146	94.8
Medelvärde	39.1		37.1		41.9		59.6	27.9	56.3		55.3	
Missing	29		12		10		5		8		8	
Total	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100

Tabell 106. *Användning av Haschavvänjningsprogrammet (HAP) på kommunnivå 2010-2014.*

	HAP 2008		HAP 2010		HAP 2011		HAP 2012		HAP 2013		HAP 2014	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Svar	94	61.0	147	95.5	146	94.8	147	95.5	138	89.6	137	89.0
Medelvärde	6.8		5.7	93.7	8.45		15.1		14.0		15.1	
Missing	60		7		8		7		16		17	
Total	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100

Tabell 107. *Användning av Återfallsprevention (ÅP) 2010-2014.*

	ÅP 2008		ÅP 2010		ÅP 2011		ÅP 2012		ÅP 2013		ÅP 2014	
	n	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Svar	129	83.8	145	94.1	146	94.8	144	93.5	140	90.9	139	90.3
Medelvärde	17.2		19.6		22.0		30.6		28.5		28.7	
Missing	25		9		8		10		14		15	
Total	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100

Tabell 108. *Användning av Community Reinforcement Approach (CRA) 2010-2014.*

	CRA 2010		CRA 2011		CRA 2012		CRA 2013		CRA 2014	
	n	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Svar	146	94.8	147	95.5	143	92.9	139	90.3	138	89.6
Nej	4.72		5.27		7.88		6.59		6.99	
Missing	8		7		11		15		16	
Total	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100

14. Landsting – bedömningsmetoder

Tabell 109. *Användning av AUDIT 2010-2014. Andelen ja-svar i 74 landstingsenheter.*

	AUDIT 2008		AUDIT 2010		AUDIT 2011		AUDIT 2012		AUDIT 2013		AUDIT 2014	
	N	%	N	%	N	%	n	%	N	%	N	%
Svar	67	90.5	74	100	74	100	69	93.2	67	90.5	67	90.5
Medelvärde	17.3		50.8		47.9		43.6		41.13		41.1	
Missing	7		0		0		5		7		7	
Total	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100

Tabell 110. *Användning av DUDIT 2010-2014. Andelen ja-svar i 74 landstingsenheter.*

	DUDIT 2008		DUDIT 2010		DUDIT 2011		DUDIT 2012		DUDIT 2013		DUDIT 2014	
	N	%	N	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Svar	60	81.1	74	100	74	100	69	93.2	68	87.6	68	91.9
Medelvärde	10.6		37.4		37.8		27.8		34.4		34.9	
Missing	14		0		0		5		6		6	
Total	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100

Tabell 111. *Användning av ASI 2010-2014. Andelen ja-svar i 74 landstingsenheter.*

	ASI 2008		ASI 2010		ASI 2011		ASI 2012		ASI 2013		ASI 2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Svar	63	85.1	74	100	74	100	68	87.5	63	90.5	61	87.7
Medelvärde	16.3		19.14		21.58		15.79		15.2		14.9	
Missing	11		0		0		6		11		13	
Total	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100

Tabell 112. *Användning av ADAD 2010-2014. Andelen ja-svar i 74 landstingsenheter.*

	ADAD 2008		ADAD 2010		ADAD 2011		ADAD 2012		ADAD 2013		ADAD 2014	
	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Ja	61	85.1	74	100	74	100	69	93.2	67	90.5	68	87.5
Nej	2.9		0.85		3.96		3.2		2.73		2.8	
Missing	13		0		0		5		7		6	
Total	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100

Tabell 113. *Användning av ADAD 2010-2014. Andelen ja-svar i 74 landstingsenheter.*

	DOK 2008		DOK 2010		DOK 2011		DOK 2012		DOK 2013		DOK 2014	
	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Svar	62	83.81	74	100	74	100	71	95.9	67	90.5	68	87.5
Medelvärde	6.71		6.1		5.3		6.3		5.7		5.6	
Missing	12		0		0		3		7		6	
Total	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100	154	100

Tabell 114. *Användning av något av instrumenten ASI/DOK/ADAD eller likande instrument under åren 2010-2014 i 74 landstingsenheter.*

	2010		2011		2012		2013		2014	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Svar	73	98.6	73	98.6	69	93.2	66	96.1	67	90.5
Medelvärde	33.3		34.4		36.5		30.2		31.4	
Missing	1		1		5		8		7	
Total	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100

15. Landsting - behandlingsmetoder

Tabell 115. *Användning av Motivational Interviewing (MI) på kommunnivå 2010-2014 .*

	MI 2008		MI 2010		MI 2011		MI 2012		MI 2013		MI 2014	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Svar	59	81.2	71	95.9	70	94.6	72	97.3	70	94.6	71	96.5
Medelvärde	25.3		27.1		33.2		50.0		45.7		47.2	
Missing	15		3		4		5		4		8	
Total	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100

Tabell 116. *Användning av Haschavvänjningsprogrammet (HAP) på kommunnivå 2010-2014.*

	HAP 2008		HAP 2010		HAP 2011		HAP 2012		HAP 2013		HAP 2014	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Svar	50	67.6	72	97.3	71	95.9	71	95.9	68	91.9	67	90.5
Medelvärde	6.1		3.3		4.4		8.7		6.5		6.8	
Missing	24		2		3		3		6		7	
Total	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100

Tabell 117. *Användning av Återfallsprevention (ÅP) 2010-2014.*

	ÅP 2008		ÅP 2010		ÅP 2011		ÅP 2012		ÅP 2013		ÅP 2014	
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Svar	65	87.8	72	97.3	71	94.8	72	97.3	68	91.9	68	91.9
Medelvärde	17.2		17.6		19.0		22.8		20.0		20.2	
Missing	9		9		3		2		6		6	
Total	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100

Tabell 118. *Användning av Community Reinforcement Approach (CRA) 2010-2014.*

	CRA 2010		CRA 2011		CRA 2012		CRA 2013		CRA 2014	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Svar	73	98.6	72	97.3	70	94.6	68	90.3	68	91.9
Nej	0.92		1.43		2.7		1.8		1.01	
Missing	1		2		4		6		6	
Total	74	100	74	100	74	100	74	100	74	100

DEL III - LÄNSNIVÅ

16. Brukarråd

Tabell 119. *Länsövergripande Brukarråd finns i länet.*

Län	2009	2010	2011	2012	2013
Blekinge	NEJ	NEJ	NEJ	JA	NEJ
Dalarna	NEJ	NEJ	JA	JA	JA
Gotland	NEJ	NEJ	JA	JA	JA
Gävleborg	NEJ	NEJ	JA	JA	JA
Halland	JA	JA	JA	JA	JA
Jämtland	NEJ	NEJ	JA	JA	JA
Jönköping	JA	JA	JA	JA	JA
Kalmar	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA
Kronoberg	NEJ	NEJ	JA	JA	JA
Norrbotten	NEJ	NEJ	JA	JA	JA
Skåne	NEJ	JA	JA	JA	JA
Stockholm	NEJ	JA	JA	JA	JA
Sörmland	NEJ	JA	JA	JA	JA
Uppsala	NEJ	NEJ	JA	JA	JA
Värmland	NEJ	JA	NEJ	NEJ	JA
Västerbotten	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA
Västernorrland	?	JA	JA	JA	JA
Västmanland	NEJ	JA	JA	JA	JA
Västra Götaland	JA	JA	JA	JA	JA
Örebro	JA	JA	JA	JA	JA
Östergötland	JA	JA	JA	JA	JA

17. Brukarrevisor

Tabell 120. *Utbildad brukarrevisor finns i länet.*

Län	2009	2010	2011	2012	2013
Blekinge	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Dalarna	NEJ	NEJ	JA	JA	JA
Gotland	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA
Gävleborg	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA
Halland	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA
Jämtland	NEJ	NEJ	JA	JA	JA
Jönköping	NEJ	NEJ	JA	JA	JA
Kalmar	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Kronoberg	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA
Norrbotten	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA
Skåne	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Stockholm	NEJ	JA	JA	JA	JA
Sörmland	NEJ	NEJ	JA	JA	JA
Uppsala	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA
Värmland	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA
Västerbotten	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Västernorrland	NEJ	JA	JA	JA	JA
Västmanland	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA
Västra Götaland	NEJ	NEJ	JA	NEJ	NEJ
Örebro	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA
Östergötland	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ

18. Genomförda brukarrevisioner

Tabell 121. *Genomfört brukarrevision inom länet.*

Län	2009	2010	2011	2012	2013
Blekinge	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Dalarna	NEJ	NEJ	JA	JA	JA
Gotland	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Gävleborg	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Halland	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA
Jämtland	NEJ	NEJ	JA	JA	BESLUTAT
Jönköping	NEJ	NEJ	JA	JA	JA
Kalmar	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Kronoberg	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	BESTÄLLD
Norrbotten	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Skåne	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Stockholm	NEJ	Beslutat	Planeras	JA	JA
Sörmland	NEJ	NEJ	Planeras	JA	JA
Uppsala	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA
Värmland	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA
Västerbotten	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Västernorrland	NEJ	JA	JA	JA	JA
Västmanland	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA
Västra Götaland	NEJ	NEJ	JA	JA	NEJ
Örebro	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA
Östergötland	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ

19. Enkätsvar från verksamhetsansvariga på beroendecentra/beroendemottagningar

Tabell 122. *Enkätsvar från verksamhetsansvariga på beroendecentra/beroendemottagningar.*

	Brukarorg. representerad i BC styrelse/ beslutande organ?	Gjort eller planerar att göra brukar-revision?	BC kontakt med länets brukarråd?	Känner till SKLs stöd till utveckla brukarråd?	Stöd från SKL för att utveckla Brukar-inflytande?	Brukare mer delaktiga än för 5 år sedan?
Blekinge	0	0	1	1	-----	1
Gotland	0	0	1	1	1	0
Jämtland	0	0	1	1	1	1
Jönköping	0	1	1	1	1	-----
Kalmar	0	1	0	1	-----	1
Kronoberg	0	0	1	1	0	1
Norrbotten	0	---	1	0	0	1
Skåne	2/5	1/4	2/4	2/4	0	4/5
Stockholm	3/6	4/5	5/6	3/6	1/5	5/6
Sörmland	------	------	-----	-----	-----	-----
Uppsala	0	1	1	1	0	1
Värmland	0	1	1	1	1	1
Västerbotten	0	0	0	1	0	1
Västernorrland	0	0	0	1	0	0
Västmanland	1	0	1	1	1	0
Västra Götaland	2/3	0/1	1/2	1/3	0	3/3
Örebro	2/2	2/2	2/2	1	0	1
Östergötland	0	0	1	1	0	1

20. Samverkan

Tabell 123. *Samverkan 2013-2014.*

Län	Integrerad mottagning/ beroendeenhet finns	Överenskommelse mellan huvudmän om alk/nark (regional)	Överenskommelse mellan huvudmän om alk/nark (lokal)
Blekinge	JA	JA	NEJ
Dalarna	JA	PÅGÅR	JA – alla 15 av 15
Gotland	Planerad	JA	JA
Gävleborg	JA	JA (ska beslutas)	NEJ
Halland	Beslut väntas	JA	NEJ
Jämtland	JA	JA	JA – men ska uppdateras
Jönköping	JA	JA – ska uppdateras	
Kalmar	JA	JA – revideras	JA
Kronoberg	JA	JA	JA
Norrbotten			NEJ
Skåne	JA	Vägledning	NEJ
Stockholm	JA	JA	JA
Södermanland	JA	JA	JA
Uppsala	JA	JA	JA
Värmland	JA	JA	JA
Västerbotten	JA	JA	NEJ
Västernorrland		JA (ska beslutas i april)	NEJ
Västmanland	JA	JA	NJA 3 av 10 kommuner
Västra Götaland	JA	JA	PÅGÅR
Örebro	JA	JA	NJA 6 av 12
Östergötland	JA	NEJ	Finns flera lokala

21. Aktiviteter för att utveckla brukarmedverkan

Tabell 124. *Aktiviteter under KtP för att utveckla brukarmedverkan och brukarinflytande nationellt under 2010-2014. Brukarrådens enkätsvar presenteras i tabellen nedan. Kolumnem längst till höger (kolumn 11) summerar vad man uppnått under KtP-tiden och består av svaren från kolumn 2-9 i tabellen nedan. Varje Ja-svar ger 1 poäng.*

Länens Brukarråd	Brukarrådet representerat i styrgrupper i länet	Lyckats genomföra huvud-sakliga uppgifter?	Har Brukarråds inflytande ökat i länet sedan 2008?	Brukarinfl. i Hälso/-sjukvård ökat Sedan 2008	Brukarinfl. i Soc.tjänst ökat sedan 2008?	Gått studiecirkeln brukar-revisioner?	Genomfört brukar-revision?	Planerad brukar-revision?	Nöjd med stöd från KtP?	Summa av poäng
Blekinge	Brukarråd saknas	Brukarråd saknas	Brukarråd saknas	Brukarråd saknas	Brukarråd saknas	Brukarråd saknas	Brukarråd saknas ----	Brukarråd saknas	Brukarråd saknas	
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	7
Gotland	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Vet Ej	3
Gävleborg	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	5
Halland	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	7
Jämtland	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	6
Jönköping	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Vet Ej	5
Kalmar	Nej	Nystartat	Vet Ej	Vet Ej	Vet Ej	----	----	----	----	0
Kronoberg	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	5
Norrbotten	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Vet Ej	3
Skåne	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Vet Ej	5
Stockholm - 1	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Vet Ej	4
Stockholm - 2	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Vet Ej	4
Stockholm - 3	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Vet Ej	3
Sörmland	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	4
Uppsala	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	6
Värmland	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	4
Västerbotten	Nej	Ja	Ja	Vet Ej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	5
Väster-norrland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Vet Ej	2
Västmanland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Vet Ej	1
Västra Götaland	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Vet Ej	4
Örebro	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	5
Östergötland	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Vet Ej	1
Summa	13	13	12	2	6	16	13	15	10	