

Stöd för initial vårdplanering

Stöd för vårdplanering

Ambitionen med det här materialet är att vara ett stöd vid vårdplaneringen för personer med missbruks- och/eller beroendeproblematik. Det bygger på ett amerikanskt material, Patient Placement Criteria, PPC-2R, men har förenklats och anpassats till svenska förhållanden.

I materialet beskrivs en modell för bedömning och analys av vilken vård och vårdnivå som personen behöver hjälp med för att kunna förändra sitt missbruks- eller beroendeproblem (bli drogfri/nykter och/eller att klara fortsatt nykterhet/drogfrihet.)

Utgångspunkten för vårdplaneringen är en ASI-intervju med personen. Svaren från intervjun sorteras därefter in i sex dimensioner (områden). Inom de olika dimensionerna tar man särskild hänsyn till vissa frågor för att göra en analys som sen ska ligga till grund för en vårdplanering. Fördelen med att utgå från ASI-information är dels att bedömningarna blir mer enhetliga, dels att vårdplaneringen blir bättre anpassad till individen.

Ett led i en evidensbaserad praktik

Arbetsättet har sin utgångspunkt i en evidensbaserad praktik, som definieras som ”en noggrann, öppet redovisad och omdömesgill användning av den för tillfället bästa evidensen för beslutsfattande om åtgärder (insatser, metoder) till enskilda personer, kompletterat med professionell expertis och den berörda personens situation och önskemål” (Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007 och 2010, Socialstyrelsen, 2011).

I en evidensbaserad praktik integreras bästa tillgängliga kunskap med professionell erfarenhet och personens önsknings och förutsättningar. Den professionelle tar också hänsyn till kontextuella förutsättningar som lagar och förordningar, budget med mera. Allt detta sammanvägs innan den professionelle och klienten tillsammans kommer fram till beslut om lämplig insats. Därefter ska personens situation följas upp för att få svar på frågan om det skett någon förändring i klientens situation efter genomförd insats.

De sex dimensionerna

Vid vårdplanering/bedömning av vårdnivå är det följande (i tabellen) sex dimensioner som du ska ta hänsyn till. För varje område ska du bedöma om det förekommer problem som påverkar personens möjligheter att inleda eller fortsätta sin rehabilitering. Vid bedömningen utgår du dels från den information som framkommit i ASI-intervjun, dels från annan information som du hämtat in. För varje område graderar du risken på en skala från "liten risk" till "mycket stor risk".

Dimensioner	Bedömning och fokus vid vårdplanering
1. Abstinens	Behöver personen abstinensbehandling? Bedömningen görs vid varje besökstillfälle.
2. Fysisk hälsa	Har personen någon fysisk sjukdom eller skada, förutom abstinensrelaterad, som behöver uppmärksammas och som kan komplicera/påverka behandlingen?
3. Psykiskt mående	Har personen någon psykisk sjukdom eller psykologiska, beteendemässiga, kognitiva eller emotionella problem som behöver uppmärksammas eller som kommer att komplicera behandlingen?
4. Förändringsmiljö	Finns det familjemedlemmar, andra viktiga personer, något i bostadssituationen, skola eller arbetsituationen som kan utgöra stöd respektive vara till hinder för personens engagemang och framgång i behandlingen? Finns det krav från familj, arbetsgivare eller myndigheter att personen ska genomgå behandling?
5. Risk för återfall och fortsatt användning	Finns det risk för fortsatta allvarliga alkohol-/narkotikarelaterade svårigheter/problem? (Bedöm missbrukets omfattning och svårighetsgrad). Har personen färdigheter/strategier för att hantera beroende och förebygga återfall eller bryta fortsatt användning?
6. Beredskap till förändring	Har personen insikt om sina problem? Är han/hon hjälpsökande? Hur ser personen på sambandet mellan användning av alkohol/droger och negativa konsekvenser? Har personen gjort något för att påbörja en förändring? Är personen engagerad i förändringen? Hur ser tidigare grad av engagemang ut?

Så här använder du modellen

Data från ASI-intervjun utgör basinformationen i planeringen och ger en första uppfattning om personens behov av insatser/planering under kortare eller längre period. Därtill läggs annan information såsom relevanta följdfrågor och eventuella resultat av andra kartläggningar eller bedömningar, samtal med den enskilde, tidigare dokumentation med mera.

Alla svaren i ASI-intervjun och annan insamlad information sorteras in i de sex dimensionerna. Inom de olika dimensionerna tar man särskild hänsyn till frågor som finns markerade för varje dimension från sidan 5 och framåt för att göra en analys.

- Ange om inledande abstinensbehandling krävs och i så fall på vilken nivå.
- Motivera utifrån den insamlade informationen ditt val av svårighetsgrad inom varje område.
- Reflektera över hur olika dimensioner samverkar/påverkar.
- Välj vårdnivå beroende på svårighetsgraden inom dimensionerna.
- Ange varför personen behöver det som du rekommenderar. Du ska kunna motivera din rekommendation utifrån den insamlade informationen i stödmaterialet.

Arbetsprocessen

Introduktion/presentation av ASI för personen



Intervju – ASI grund (GI)



Återkoppling av GI



Vårdplanering



Uppföljning

Resultatet av den här arbetsprocessen bildar ett underlag för en initial bedömning av personens behov uttryckt i vårdnivå. I takt med att personen genomgår förändringar i riktning mot uppsatta mål inom de olika dimensionerna bör vårdnivån också förändras. Vårdplaneringen ska på sikt omfatta alla delar i rehabiliteringsprocessen och behöver kanske revideras/omarbetas vid olika tidpunkter. Det krävs regelbunden uppföljning och inventering av behoven.

Vårdnivåer

Initialt tar man ställning till om och på vilket sätt abstinensbehandling behöver genomföras med individens säkerhet i fokus. Därefter bestämmer man vilken av tre vårdnivåer som är lämplig för personen ifråga. De tre nivåerna är: (1) öppenvård, (2) intensiv öppenvård (minst 9 tim/vecka och (3) heldygnsvård.

Forskning visar att personer med beroendeproblematik utan nämnvärd social eller psykisk problematik kan förbättras även med små insatser (Melin, Näsholm, 1998). Vid exempelvis ingen, liten eller måttlig svårighetsgrad inom de flesta dimensioner kan öppenvård eller intensiv öppenvård vara lämplig.

Enligt Melin och Näsholm leder otillräckliga insatser i bästa fall till begränsade eller kortvariga förbättringar för personer med både sociala och psykiska svårigheter. Om svårighetsgraden är påtaglig eller mycket stor inom de flesta dimensioner kan det indikera att problemen är omfattande och långvariga och att skyddsfaktorerna är få, vilket innebär att heldygnsvård kan krävas. Till detta tar man in vilka hjälpbehov som finns, till exempel medicinsk, psykiatrisk eller social kompetens.

Definitioner av begrepp

- Behandling är systematiska och grundade tekniker eller metoder som används för att hjälpa enskilda individer att komma ifrån sitt missbruk eller beroende.
- Stöd är stödjande insatser både för den enskildes sociala situation (arbete, bostad m.m.) och livssituation i övrigt (relationer, självkänsla m.m.).
- Struktur är ramarna för att kunna genomföra behandling. Det handlar om personens behov av yttre och inre struktur, trygghet och stabilitet.
- Intensitet är antalet insatstillfällen under en viss period. Här definieras intensiv öppenvård som 9 timmar per vecka eller mer.
- Hjälpbehov – vilka resurser krävs, vilka professioner behöver kopplas in (t.ex. medicinsk eller psykiatrisk kompetens m.m.)

Stöd för initial vårdplanering

OBS! Ålder, kön och alla frågor i ASI och annan insamlad information beaktas inom varje dimension.

Dimension I – Abstinens

Finns det tecken på ökad risk för överdos och/eller risk för komplikationer i samband med nedtrappning eller abstinensbehandling?

Gör en bedömning av om **den inledande vården i en längre vårdplanering** behöver ske i öppen eller slutenvård (fas 1 i en vårdplanering).

(Bedömning av akut behov av abstinensbehandling behöver göras vid varje besökstillfälle.)

Frågor i ASI - grund att särskilt ta hänsyn till:

- Hur nyligen (när använde senast)?
- Intensitet? Hur ofta, hur mycket?

Särskild uppmärksamhet vid alkohol och benzodiazepiner

- (E4 +E5, E10 – E22, E30) Antal problemdagar (E38)
- Finns det något i personens tidigare historia som tyder på en ökad risk för allvarlig abstinens eller överdos? (E 24, E26-E27) Om överdos tidigare samt impulsiv/ostrukturerad personlighet större risk för nya överdoser.
- Se över fysisk hälsa (C1)
- Finns det en pågående eller planerad abstinensbehandling?
- Upplever personen abstinens under intervjun?
- Kan personen abstinensbehandlas i öppenvård? Vilket stöd behövs i så fall för detta?

Vid tveksamhet rådgör med medicinskt utbildad personal, beroendeenhet eller motsvarande

Det finns **ingen** risk för akut överdos eller för komplikationer i samband med abstinens.

Det finns risk för akut överdos eller för komplikationer i samband med abstinens, denna risk är;

Liten

Måttlig

Påtaglig

Mycket stor

Motivering:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dimension III – Psykiskt mående

Finns det aktuella känslomässiga och/eller, beteendemässiga och/eller kognitiva svårigheter som behöver uppmärksammas och som kan komplicera/påverka behandlingen?

Verkar någon/några av dessa svårigheter vara en förväntad del av beroendet eller verkar de vara fristående? Även om de är knutna till beroendet - är de allvarliga nog för att kräva särskild behandling? (Kodning med 2 i formuläret i I4 – I12)

Frågor i ASI grund att särskilt ta hänsyn till

Psykisk hälsa

- Antal problemdagar (I13)
- I4 - I12- Omfattning i livet OBS suicid! Följ upp!
- Mycket stora svårigheter = gjort självmordsförsök + problem inom tre dimensioner och problemen är aktuella (både känslomässiga, beteendemässiga och kognitiva svårigheter) Förtydliga om något område dominerar när det gäller bedömningen. Har behövt psykiatrisk vård tidigare eller nu. Komplettera ev. med ytterligare tester, rådgör med psykiatri.

Familj o umgänge

- Relationer (H10 – H24)

Rättsliga problem

- Åtalad för våldsbrott?(F4)

Arbete och försörjning

- Ej avslutad grundskola. (D 1)

- Det finns inga känslomässiga, beteendemässiga och/eller kognitiva komplikationer som kräver behandling och/eller påverkar personens deltagande i behandling. **Ingen risk.**
- Det finns känslomässiga, beteendemässiga och/eller kognitiva komplikationer, de är just nu stabila/under kontroll. **Ingen risk.**
- Det finns känslomässiga, beteendemässiga och/eller kognitiva komplikationer som kommer att påverka/försvåra behandlingen. Dessa omständigheter/komplikationer försvårar i

Liten **Måttlig** **Påtaglig** **Mycket stor**

omfattning.

Motivering:

.....

.....

.....

.....

.....

Dimension IV - Förändringsmiljö

Finns det familjemedlemmar, andra viktiga personer, något i bostadssituation eller skola - arbetssituation som riskerar att utgöra ett hinder för personens engagemang och framgång i behandling?

- Har personen stödjande familj/vänner, ekonomiska förutsättningar och/eller utbildningsmässiga/arbetsrelaterade resurser som kan öka förutsättningarna för en framgångsrik behandling?
- Finns det krav från ex familj, arbetsgivare, socialtjänst eller kriminalvård som kan öka personens förutsättningar att **inleda, delta i eller fullfölja** behandling?

Frågor i ASI grund att ta särskilt hänsyn till

- B3 B4 B5
- D8, D9, D21–23, D26
- F1
- Alla H frågor

Tänk bilden i cirklar med familjen innerst. Var vistas personen? Finns stabilitet och trygghet, drogfrihet och engagemang för personen? Vänner, umgänge arbete/ studier.

Personens levnadsförhållanden medför;

- Inget hinder för personens engagemang och deltagande i behandling. **Ingen risk.**
- Medför hinder för personens engagemang och deltagande i behandling, detta hinder är;

Litet

Måttligt

Påtagligt

Mycket stort

Motivering;

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dimension V - Risk för återfall eller fortsatt användning

Finns det risk för fortsatta allvarliga alkohol/narkotikarelaterade svårigheter?

Bedöm missbrukets omfattning (längd och intensitet) och svårighetsgrad (vilka konsekvenser)

- Har personen några färdigheter/strategier för att hantera sitt beroende och förebygga återfall eller bryta fortsatt användning - t e x att hantera drogsug, medvetenhet om återfallsrisker, kontrollera impulser att använda alkohol/narkotika?

Frågor i ASI - grund att särskilt ta hänsyn till

- **Omfattning** – området Alkohol och narkotikaanvändning (E1 – E23) Se över missbrukshistorien, uppehåll förändrad användning?
- Se över konsekvenser inom alla dimensioner, ekonomi, problemdagar, klientskattning(E33, E38-E39)
- **Svårighetsgrad**

Området Alkohol och narkotikaanvändning

- abstinens (E24)
- tolerans – följdfråga
- Se på frekvens och mängd senaste 30 dagarna för all användning. När togs/drack senast? Uppehåll, gjort något för att avstå? Pågående hjälp? (E34 -E 37)
- Tidigare erfarenhet av uppehåll, efter behandling eller på egen hand? (E26- E32)
- Problemdagar, personens skattningar?

Under alla övriga dimensioner (fysisk hälsa, arbete och försörjning, rättsliga problem, familj och umgänge, psykisk hälsa) – ställ följdfråga:

- Är ev. svårigheter inom området konsekvenser av beroendet?
- Psykisk hälsa I4 – I11 – egen bedömning (oavsett kopplat till beroendet eller ej)

Personen har förståelse och förmåga att hantera sitt beroende
Det finns **ingen risk** för återfall, fortsatt användning eller fortsatta problem.

Det finns en risk för återfall, fortsatt användning eller fortsatta problem. Denna risk grundar sig i missbrukets omfattning och svårighetsgrad samt personens förmåga att hantera sitt beroende. Risker är;

Liten

Måttlig

Påtaglig

Mycket stor

Motivering:

.....

.....

.....

.....

.....

Dimension VI - Beredskap till förändring (alkohol/drogkonsumtion)

Var i en förändringsprocess befinner sig personen? Innebär motivationsnivån risk för personens engagemang i eventuell behandling?

- Söker sig personen aktivt till behandling - hur redo är personen för förändring?
- Om han/hon säger sig vara villig att gå in i behandling, hur mycket tar han/hon avstånd från andras uppfattningar om att han/hon har ett beroende?
- Verkar personen gå med på behandling för att undvika negativa konsekvenser (yttre) eller verkar han/hon vara bekymrad på ett självmotiverande sätt (inre) över alkohol/drogproblem?

Frågor i ASI grund att särskilt ta hänsyn till

- Initiativtagare till kontakt (A5)
- Klientkattningar alk och narkotika (E39 -E41) Skillnaden mellan KS och IS, hur mycket tar han/hon avstånd från andras uppfattningar om att han/hon har ett beroende?
- Problemdagar, särskilt på området alkohol och droger.
- Utforska förhållande kring vård senaste 30 dagarna (B8)
- Aktuell användning alk/nark (E4,E5 + E10-E22)
- Har påbörjat behandling eller tar mediciner? (E34, E35)
- Deltar i självhjälsgrupp? (E36)

Ställ följdfrågor – använd beslutshjulet för förändring.

- Personen är i bibehållandefas (har under en längre tid arbetat framgångsrikt med problemet). **Ingen risk**
- Personen är i handlingsfas (har kommit igång och arbetar aktivt med förändring). **Liten risk**
- Personen är i förberedelsefas (har bestämt sig och påbörjat förberedelser för förändring). **Måttlig risk.**
- Personen är ambivalent/ i begrundan (är öppen för förändring men har inte bestämt sig). **Påtaglig risk.**
- Personen är före begrundan (ser inte förändring som ett realistiskt eller tänkbart alternativ). **Mycket stor risk.**

Motivering:

.....

.....

.....

.....

Sammanfattande svårighetsgrad vid inledande plan

Ingen Liten Måttlig Påtaglig Mycket stor

Dimension I - Abstinens

--	--	--	--	--

Dimension II - Fysisk hälsa

--	--	--	--	--

Dimension III – Psykiskt mående

--	--	--	--	--

Dimension IV - Förändringsmiljö

--	--	--	--	--

Dimension V - Risk för återfall eller fortsatt användning

--	--	--	--	--

Dimension VI - Beredskap till förändring

--	--	--	--	--

Rekommenderad vårdnivå:

Krävs inledande abstinensbehandling? I så fall vilken nivå?

.....

.....

Öppen eller slutenvård? Om öppenvårdsbehandling - hur omfattande? Stöd eller behandling eller kombination? Vilka resurser krävs, olika professioner ex. tillgång till medicinsk eller psykiatrisk kompetens m.m.? Koordination av insatser mellan olika vårdgivare?

.....

.....

.....

.....

Bedömning, analys och uppföljning

I en initial vårdplanering tar vi hänsyn till problemets tyngd och var i rehabiliteringsprocessen individen är. Vi gör först en analys och bedömning av om abstinensvård är nödvändig och om den ska bedrivas i öppen eller slutet form. Därefter görs en analys om hur styrkor och svårigheter kan påverka för att individen ska bli nykter/drogfri och/eller kunna vara fortsatt nykter/drogfri.

Vi gör en bedömning av lämplig vårdnivå: öppenvård, intensiv öppenvård eller slutenvård, med hänsyn till de risker/svårigheter som framkommit under sammanvägningar av information från ASI intervjun och andra källor. Är det möjligt och rimligt för denna person att indela behandlingen i öppenvård? Eller krävs större grad av struktur och skydd för att personen ska lyckas med sin rehabilitering?

Sammanväg också vilka ytterligare resurser som krävs (kompetenser) och omständigheter som råder (tillgänglighet) och vad forskning säger är bästa evidens. Den analys och bedömning vi gjort är en professionsbedömning som vi kan föreslå. Till detta tar vi in individens önskemål och om individen tycker att planen är rimlig och möjlig att prova.

Rehabilitering är en process och det krävs olika insatser för olika personer i olika delar av processen. Vårdplaneringen ska på sikt omfatta alla delar i rehabiliteringsprocessen och behöver kanske revideras/omarbetas vid olika tidpunkter. Det krävs regelbunden uppföljning och inventering av behoven. Detta arbete ska ses som ett underlag för en initial bedömning av vårdnivå. Utifrån individens förändringar mot uppsatta mål i olika dimensioner bör vårdnivån också förändras.

För frågor och synpunkter:

*Cecilia Strandlund
Kunskapsöverföring
avd. för kunskapsstyrning
Socialstyrelsen
Tel 075-247 30 58
cecilia.strandlund@socialstyrelsen.se*

*Anitta Litvinov
Kunskapsöverföring
Avd. för kunskapsstyrning
Socialstyrelsen
075-247 32 34
anitta.litvinov@socialstyrelsen.se*