


2018-04-13



Ubåtsnytt Nr 11:

Åtgärder med oplanerat avslut har sämre resultat!

Kerstin och Bengt-Åke Armelius 
Institutet för klinisk psykologi i Umeå
barm44@gmail.com

Innehåll

Hur skattar handläggarna åtgärder oplanerade avslut?.....	3
Har åtgärder med oplanerat avslut sämre effekter?.....	4
Är oplanerat avslut vanligare för vissa åtgärder i UBÅT?.....	4
Är oplanerat avslut vanligare för vissa typer av åtgärder?.....	5
Är oplanerade avslut vanligare i vissa klientgrupper?	6
Hur länge varar åtgärder med planerat och oplanerat avslut?.....	6
Oplanerade avslut vid Stödboende	6
Diskussion	7
Referenser:	7

Sammanfattning. Åtgärder med oplanerat avslut i UBÅT har mindre positiva skattningar av både brukare och handläggare och färre klienter förbättras för olika livsproblem i ASI. Oplanerat avslut av åtgärder är något vanligare för män, för yngre klienter och för klienter i Narkotikaprofilen, för externa åtgärder och för heldygnsåtgärder. Oplanerat avslut är vanligast för Stödåtgärder och Stödboende är den enskilda åtgärd som har flest oplanerade avslut. Klienternas boendeproblem i ASI-G är lika stora för klienter med oplanerat och planerat avslut av stödboende men medan boendeproblemen minskat i ASI-U för klienter med planerat avslut har problemen ökat för klienter med oplanerat avslut. Sammanfattningsvis verkar risken för fortsatta och kanske t.o.m. större problem inom olika områden vara större för klienter med åtgärder som har oplanerat avslut av olika åtgärder. En viktig fråga är därför hur man kan minska risken för oplanerade avslut av åtgärder i missbruksvården.

Från forskning och utvärdering av behandling inom olika områden vet vi att åtgärder och insatser som inte fullföljs har sämre utfall och resultat. Att klienterna stannar kvar i behandling används ibland också som ett utfallsmått, s.k. retention och det är också ett tecken på att klienterna accepterar behandlingen. I en sammanställning över olika faktorer bakom avbrott av behandling i psykoterapier uppger författarna att mellan 30% - 50% avbryter sin behandling oftast tidigt i behandlingen (Roos & Werbart, 2014). I forskning om missbruksvård är det inte ovanligt att mer än hälften av klienterna avbryter sin behandling (Padyab, Grahn, & Lundgren, 2015). En rapport från Västerås stad visar att ca 50 % av insatserna i egen öppenvård fullföljs, medan ca 60 procent av insatserna på behandlingshem avbryts oplanerat och det är betydligt fler med narkotika- och blandmissbruk som avbryter insatserna än personer med alkoholmissbruk (Västerås stad, 2017).

Men trots att man vet att oplanerade avbrott kan vara vanligt och har negativa konsekvenser för klienterna saknas kunskap om oplanerat avslut i socialtjänstens reguljära missbruksvård. Hur vanligt är det med oplanerat avslut för olika åtgärder? För vilka åtgärder och klienter är det vanligast? Vad tycker brukare och handläggare om åtgärder med oplanerat avslut? Hur länge varar de och har de några effekter på klienternas problemförbättring? Dessa frågor undersöks i denna rapport med data från UBÅT i december 2017. Det fanns då drygt 4000 åtgärder registrerade i UBÅT varav ca 60% var avslutade, 73% (n=1804) med planerat avslut och 27% (n=665) med oplanerat avslut. I den här rapporten jämförs resultat för avslutade åtgärder

med planerat och oplanerat avslut. Först visas vad brukare och handläggare tyckt om åtgärder med planerat och oplanerat avslut, därefter vilka effekter åtgärderna har på klienternas problem. Till sist visas hur vanligt det är med oplanerat avslut för olika åtgärder och för olika klientgrupper. Procent beräknas på antal avslutade åtgärder som varierar beroende på vad som jämförs och antal som beräkningen baseras på anges i text eller figur. Visst internt bortfall kan förekomma.

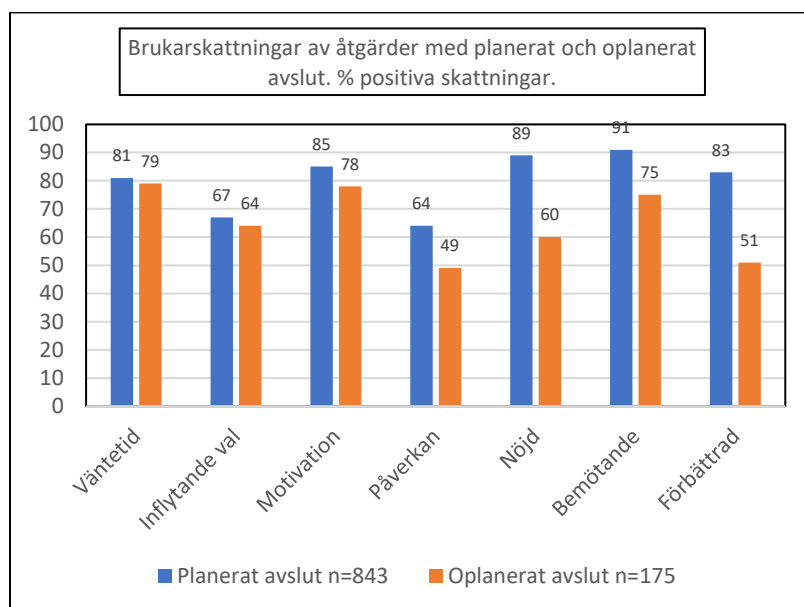
Hur skattar brukarna åtgärder med oplanerade avslut?

Brukarna skattar sju olika aspekter av hur man upplevt en åtgärd. Brukarna skattar följande frågor för varje enskild åtgärd:

- *Hur länge fick du vänta på denna åtgärd? (vänds vid beräkning)*
- *Hade du något inflytande på valet av denna åtgärd?*
- *Var du motiverad att genomföra denna åtgärd?*
- *Hade du något inflytande över denna åtgärds genomförande?*
- *Hur nöjd är du med det bemötande du fick under denna åtgärd?*
- *Hur nöjd är du med den hjälp du fick genom denna åtgärd?*
- *På vilket sätt har dina problem förändrats pga den hjälp du fick genom denna åtgärd?*

Skattningen görs på en skala mellan 1 = mycket negativ till 10 = mycket positiv och skattningar på 7, 8, 9 och 10 definieras som positiva skattningar. I figuren nedan visas andel positiva skattningar av åtgärder med planerat och oplanerat avslut för brukare och för handläggare. Av alla avslutade åtgärder med planerat avslut har närmare hälften (47%) en brukarskattning medan för åtgärder med oplanerat avslut andelen brukarskattningar är lägre (26%).

Andelen oplanerade avslut bland de avslutade åtgärderna med brukarskattningar är 17%, dvs ungefär samma som andelen oplanerade avslut för effekter.



Figur 1. Brukarskattningar av åtgärder med planerat och oplanerat avslut. Procent positiva skattningar.

Enligt brukarna är det störst skillnad mellan åtgärder med planerat och oplanerat avslut för problemförbättring som är klart sämre för åtgärder med oplanerat avslut. Brukarna har också mindre positiva skattningar för hur nöjd man är med hjälpen av åtgärden och av bemötandet för åtgärder med oplanerat avslut. Men man har inte behövt vänta längre på åtgärder som har ett oplanerat avslut. Inte heller har brukarna haft mindre inflytande på val av åtgärd. Men motivationen är något lägre för åtgärder med oplanerat avslut och man har haft mindre påverkan på genomförandet av åtgärden.

Hur skattar handläggarna åtgärder oplanerade avslut?

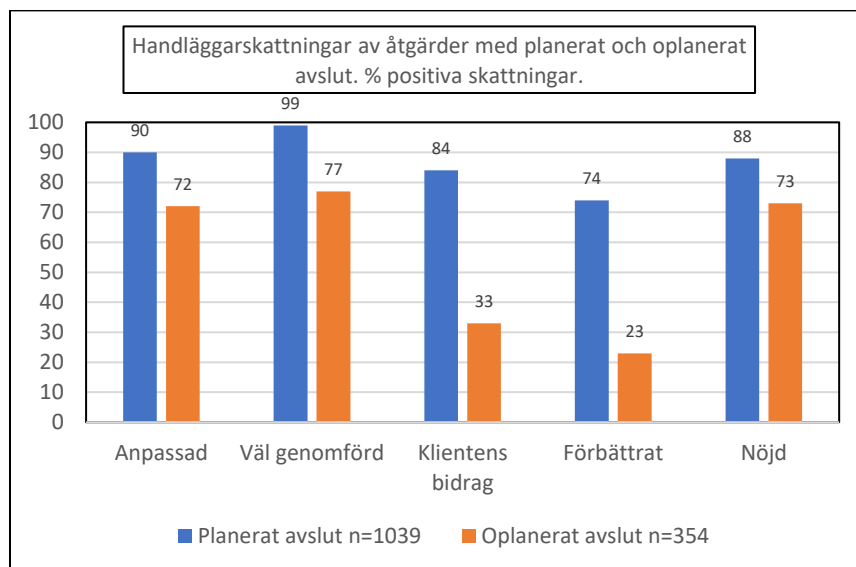
Handläggarna svarar på följande sex frågor i anslutning till varje åtgärd:

- *Hur bra tyckte du att denna åtgärd passade för klienten när åtgärden planerades?*
- *Fanns det någon annan åtgärd som du tycker skulle ha passat bättre?*
- *Hur väl tycker du att åtgärden har genomförts av de som ansvarat för genomförandet?*
- *Hur väl tycker du att klienten har bidragit till åtgärdens genomförande?*
- *Hur upplever du att klientens problem har förändrats efter åtgärdens avslutande?*
- *Hur nöjd är du med din egen/socialtjänstens insats/-er för klienten i samband med denna åtgärds genomförande?*

Av alla avslutade åtgärder med planerat avslut har drygt hälften (57%) en handläggarskattning och för åtgärder med oplanerat avslut är andelen med handläggarskattningar nästan lika vanligt (53%).

Andelen oplanerade avslut bland de avslutade åtgärderna med handläggarskattningar är 25%, dvs ungefär samma som andelen oplanerade avslut för effekter.

I figur 2 visas andelen positiva handläggarskattningar för åtgärder med planerat och oplanerat avslut.



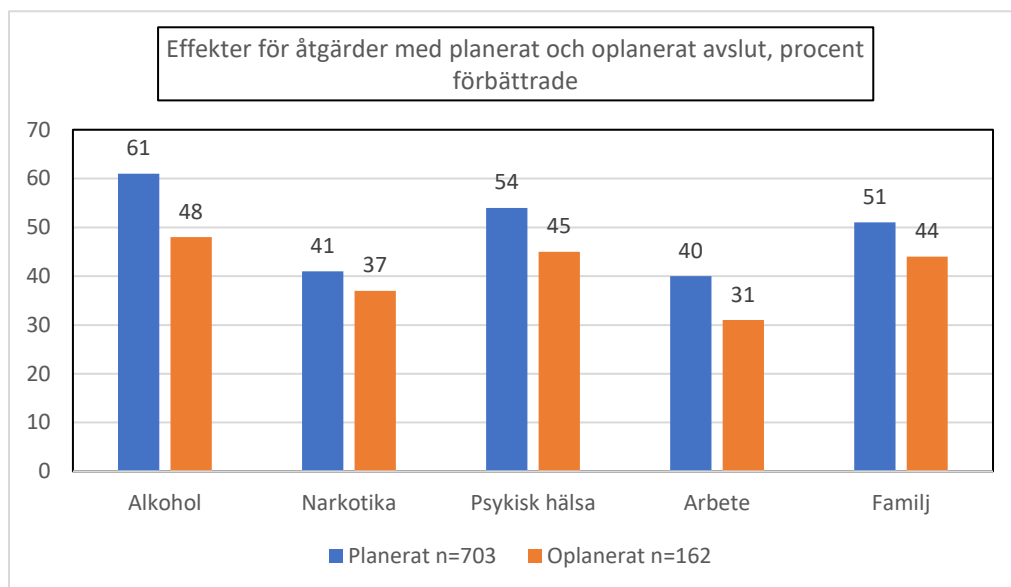
Figur 2. Handläggarskattningar av åtgärder med planerat och oplanerat avslut. Procent positiva skattningar.

För alla skattade kvalitetsaspekter har handläggarna mindre positiva skattningar av åtgärder med oplanerat avslut. Åtgärden passar inte lika bra, den är inte lika väl genomförd och

handläggarna är mindre nöjda med åtgärden. Störst är skillnaden för klientens bidrag till åtgärdens genomförande och för klientens problemförbättring. Enligt handläggarna har endast ca 20% av åtgärderna med oplanerat avslut någon förbättring av klientens problem jämfört med 77% för åtgärder med planerat avslut.

Har åtgärder med oplanerat avslut sämre effekter?

Effekter definieras som en minskning av intervjuarnas skattningar av klientens problem och hjälpbehov med minst 2 skalsteg mellan ASI-G och ASI-U sk reliabel förbättring. ASI-G finns för 71% av de avslutade åtgärderna och ASI-U finns för 41%. Både ASI-G och ASI-U finns för 35% av alla avslutade åtgärder. I figuren nedan visas andel åtgärder med planerat och oplanerat avslut som har en reliabel förbättring av klientens problem med missbruk, psykisk hälsa, arbete och familj.



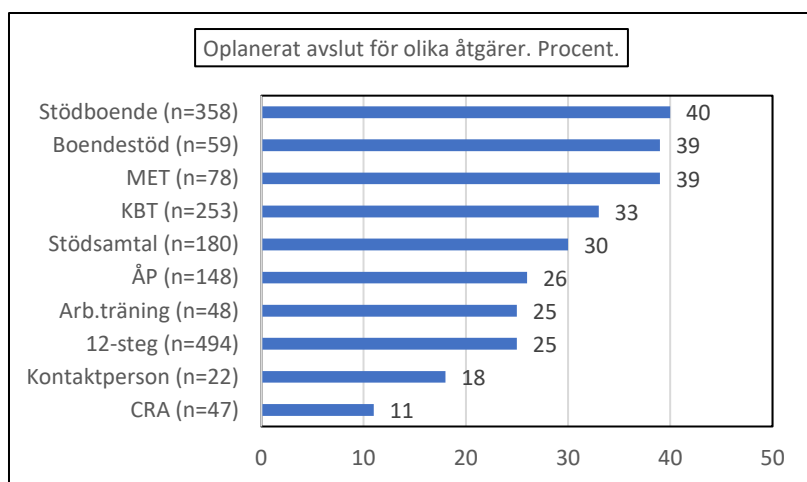
Figur 3. Andel förbättrade klienter för åtgärder med planerat och oplanerat avslut. Procent.

För alla problemområden har åtgärder med oplanerat avslut en mindre andel förbättrade klienter jämfört med åtgärder med planerat avslut. Störst är skillnaden i förbättring för problem med Alkohol, Arbete och med Psykisk hälsa. Andelen som försämras är ungefär dubbelt så stor för oplanerade avslut. För t.ex. Alkohol är det 6% jämfört med 11%, för Narkotika är det 5% jämfört med 8% och för Psykisk hälsa är det 10% jämfört med 20% som försämras jämfört med planerade avslut.

Sammanfattningsvis visar både brukares och handläggares kvalitetsskattningar och problemförbättring i ASI att åtgärder med oplanerat avslut har sämre resultat jämfört med åtgärder med planerat avslut. Både brukare och handläggare skattar mindre problemförbättring och färre klienter har en reliabel förbättring av problem i ASI för åtgärder som avslutas oplanerat jämfört med om åtgärden avslutas enligt plan.

Är oplanerat avslut vanligare för vissa åtgärder i UBÅT?

I figuren nedan visas andel åtgärder med oplanerat avslut för olika åtgärder i UBÅT. Procent är beräknat på alla avslutande åtgärder för varje åtgärd.



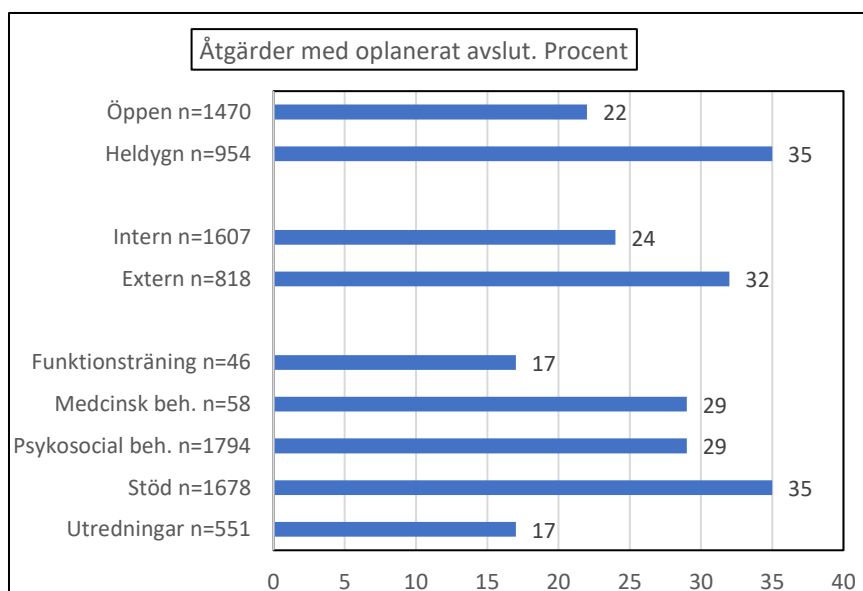
Figur 4. Oplanerat avslut för olika åtgärder. % av avslutade åtgärder för varje åtgärd.

Stödboende har flest oplanerade avslut. Boendestöd, MET och KBT har också en relativt stor andel oplanerade avslut. CRA, Kontaktperson och 12-steg har lägst andel oplanerade avslut.

Är oplanerat avslut vanligare för vissa typer av åtgärder?

I UBÅT beskrivs åtgärderna på olika sätt. Det finns fem olika huvudkategorier: Utredning (n=551), Stöd (n=1678), Psykosocial behandling (n=1794), Medicinsk behandling (n=58) och Funktionsträning (n=46). Hur stor andel av åtgärder med planerat och oplanerat avslut som finns i olika huvudkategorier visas i figuren nedan.

I UBÅT frågas också efter om åtgärden genomförts internt eller externt (köpts in) och om åtgärden genomförs inom ramen för heldygn eller i öppen form. I figuren visas andel åtgärder med oplanerat avslut för externa och interna åtgärder och för öppna och heldygnsåtgärder. Procent är räknat på alla avslutade åtgärder inom varje kategori.

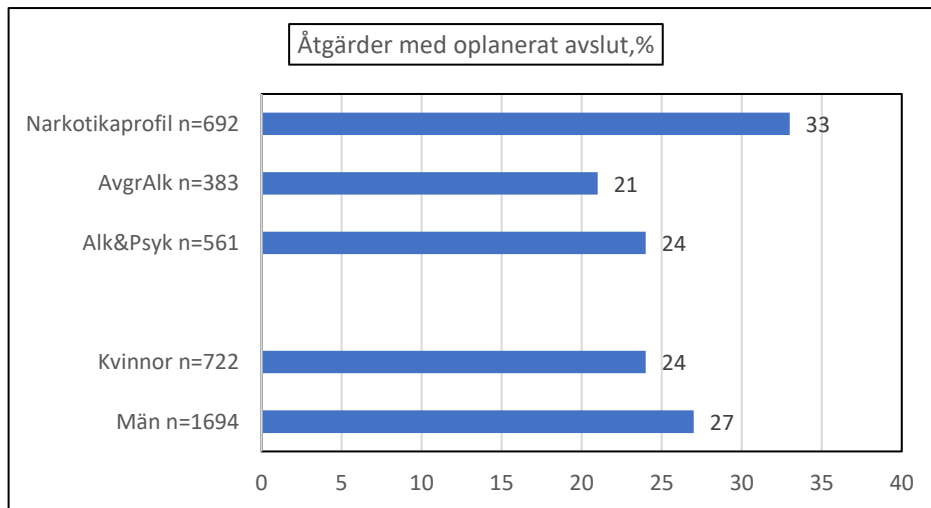


Figur 5. Åtgärder med oplanerat avslut för olika huvudkategorier av åtgärder, för externa och interna åtgärder och för öppna och heldygnsåtgärder. Procent av avslutade åtgärder i varje kategori.

Oplanerat avslut är vanligast för olika stödåtgärder och nästan lika vanligt för olika psykosociala och medicinska behandlingsåtgärder. Nästan alla åtgärder som hör till utredningar och funktionsträning har ett planerat avslut (83%). Det är vanligare med oplanerat avslut för externa åtgärder jämfört med interna åtgärder och för heldygnsåtgärder jämfört med öppna åtgärder.

Är oplanerade avslut vanligare i vissa klientgrupper?

Nedan visas andel åtgärder med oplanerat avslut för män och kvinnor och för olika problemprofiler. Procent är räknat på avslutade åtgärder i varje kategori.



Figur 6. Åtgärder med oplanerat avslut för män och kvinnor och för olika problemprofiler. % av avslutade åtgärder.

Oplanerat avslut av åtgärder är något vanligare för män än för kvinnor men skillnaden är mycket liten. Åtgärder med oplanerat avslut är vanligast för klienter i Narkotikaprofilen och ovanligast för klienter i profilen med avgränsade alkoholproblem (Avgr.Alk.). Klienter med oplanerade avslut är yngre, 37 år jämfört med 42 år.

Sammanfattningsvis har män, yngre klienter och klienter i Narkotikaprofilen större andel åtgärder med oplanerat avslut jämfört med kvinnor, äldre klienter och klienter i profilerna Avgränsade Alkoholproblem och Alkohol och Psykiska problem

Hur länge varar åtgärder med planerat och oplanerat avslut?

Antal dagar som en åtgärd varar har beräknats som skillnaden mellan slutdatum och startdatum. Eftersom fördelningen är sned anges medianvärdet för dagar. För åtgärder med oplanerat avslut är medianvärdet 77 dagar (0 – 1200 dagar), dvs ca 2.5 månader och för åtgärder med planerat avslut är medianvärdet 97 dagar (0 - 1600 dagar), dvs drygt 3 månader. Det verkar alltså inte vara så stor skillnad mellan åtgärder med planerat och oplanerat avslut när det gäller hur länge de varar innan avslut.

Oplanerade avslut vid Stödboende

Eftersom stödboende var den åtgärd som hade flest oplanerade avslut har vi tittat närmare på klienternas boendesituation i ASI-G och ASI-U och jämfört klienter med planerat och

oplanerat avslut av Stödboende. I ASI-G har 36% av klienterna med planerat avslut ett tillfälligt boende på hotell, är bostadslös eller har Annat boende jämfört med 31% av klienterna med oplanerat avslut. Det är alltså inte någon större skillnad i klienternas boendesituation i ASI-G. I ASI-U är det däremot en skillnad. För klienter med planerat avslut har endast 19% ett tillfälligt boende jämfört med 35% för klienter med oplanerat avslut. Det ser alltså ut som om klienter där Stödboende har oplanerat avslut snarast har något större problem med sitt boende i uppföljningen i ASI-U jämfört med klienter som har stödboende med planerat avslut. Det är ingen skillnad mellan interna och externa stödboenden när det gäller oplanerade avslut.

Diskussion

Andelen oplanerade avslut var 27% av alla avslutade åtgärder. Det är en lägre siffra jämfört med andra resultat som tex dropout i LVM-vård som kan vara närmare 60%. En fråga är om alla åtgärder med oplanerat avslut har registrerats i UBÅT? En ganska stor andel av åtgärderna är fortfarande registrerade som pågående och det kan vara så att det är vanligare att handläggarna inte registrerar att åtgärden är avslutad för de klienter som uteblir.

Varför avbryter klienterna åtgärder? Beror det på klienten, handläggaren/behandlaren eller åtgärden/metoden? Resultaten visar att det till en del beror på vilken klient det är. Oplanerade avbrott är vanligare för yngre klienter och för klienter med narkotikaproblem medan könsskillnaderna verkar vara små. Brukarnas upplevelse av åtgärden har också betydelse. Även om det är relativt få åtgärder med oplanerat avslut som har brukarskattningar kan man se att brukarna upplever mindre problemförbättring och att de är mindre nöjda med åtgärden vid oplanerat avslut. Enligt handläggarnas skattningar passar inte åtgärden lika bra och är inte lika bra genomförd och klientens problem har inte förbättrats lika mycket. Det är också skillnader mellan olika åtgärder när det gäller hur vanligt det är med oplanerade avslut. Boendeåtgärder är de vanligaste åtgärderna och de har också största andelen oplanerade avslut.

Slutsats. Resultaten för åtgärder med oplanerat avslut har sämre resultat än åtgärder med planerat avslut. Resultaten är konsistenta mellan olika perspektiv på resultat. Brukare och handläggare är överens om att åtgärder med oplanerat avslut har mindre förbättring av problem och färre klienter förbättras med olika problem i ASI. Eftersom åtgärder med oplanerat avslut varar relativt länge men inte ger så bra resultat bör man uppmärksamma tecken på att det inte fungerar så tidigt som möjligt i en behandlingsprocess. Man bör också vid upphandling av åtgärder begära information om risk för oplanerade avbrott. Men frågan återstår om vad man kan göra för att minska oplanerade avslut för olika åtgärder i socialtjänstens missbruksvård?

Referenser:

Padyab, M., Grahn, R. & L. Lundgren. 2015. Drop-out from the Swedish compulsory addiction system. *Evaluation and Program Planning*, 178 - 184.

Roos, J. & Werbart, A. 2014. Therapeut- och processfaktorer bakom avbrutna psykoterapier. Sammanfattning som bygger på Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy, A literature review. *Psychotherapy Research*, 2013, 23, 394–418.

Västerås stad, 2017. Tjänsteutlåtande. Sociala nämndernas förvaltning. Individ- och familjenämnden.