

Stöd för planering av insatser med hjälp av ASI

Stöd för planering av insatser

I materialet beskrivs en modell för bedömning och analys av vilka insatser och vårdnivå som personen behöver hjälp med för att kunna förändra sina problem med missbruk eller beroende av alkohol och/ eller narkotika. (bli drogfri/nykter och/eller att klara fortsatt nykterhet/drogfrihet).

Utgångspunkten för planeringen 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 planering av insatser. Fördelen med att utgå från ASI-information är dels att planeringen blir bättre anpassad till individen, dels att bedömningarna blir mer enhetliga.

Ambitionen med det här materialet är att det ska fungera som stöd vid planering av insatser för personer med missbruks- och/eller beroendeproblematik. Det bygger på ett amerikanskt material, Patient Placement Criteria, PPC-2R [1], men har förenklats och anpassats till svenska förhållanden.

Ett led i en evidensbaserad praktik

Detta arbetssätt har sin utgångspunkt i en evidensbaserad praktik.

Evidensbaserad praktik innebär en medveten och systematisk användning av flera kunskapskällor för val av insatser: den bästa tillgängliga kunskapen, personens erfarenheter och önskemål, personens situation och kontextuella omständigheter samt den professionelles expertis. Hur informationen från de olika kunskapskällorna vägs samman påverkas av det nationella och lokala sammanhanget, till exempel vilken lagstiftning som finns på området [2].

I en evidensbaserad praktik integreras bästa tillgängliga kunskap med professionell erfarenhet och personens önskningar och förutsättningar. Den professionelle tar också hänsyn till kontextuella förutsättningar som lagar och förordningar, budget med mera. Därefter ska personens situation följas upp för att se om det skett någon förändring i dennes situation efter genomförd insats.

De sex dimensionerna

Vid en planering av insats och 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 planering
Abstinens	Behöver personen abstinensbehandling? Bedömningen görs vid varje besökstillfälle.
Fysisk hälsa	Har personen någon fysisk sjukdom eller skada, förutom abstinens-relaterad, som behöver uppmärksammas och som kan komplicera/påverka behandlingen?
Psykiskt mående	Har personen någon psykisk sjukdom eller psykologiska, beteendemässiga, kognitiva eller emotionella problem som behöver uppmärksammas eller som kommer att komplicera behandlingen?
Förändringsmiljö	Finns det familjemedlemmar, andra viktiga personer, något i bostadssituationen, skola eller arbetssituationen 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?
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?
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. Till det lägger du annan information såsom relevanta följdfrågor och eventuella resultat av andra kartläggningar eller bedömningar, samtal med den enskilde, tidigare dokumentation med mera.

Du sorterar alla svaren i ASI-intervjun och annan insamlad information in i de sex dimensionerna. Inom de olika dimensionerna tar du 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

↓

Återkoppling av grundintervju

↓

Planering av insatser

↓

ASI Uppföljning

↓

Återkoppling av uppföljningsintervju

↓

Inventering av behoven. Vidare planering

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. Planeringen 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 du ställning till om och på vilket sätt abstinensbehandling behöver genomföras med individens säkerhet i fokus. Därefter bestämmer du 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, enligt definition från ASAM/PPC2R [1],

Forskning visar att personer med beroendeproblematik utan nämnvärd social eller psykisk problematik kan förbättras även med små insatser [3]. Vid exempelvis ingen, liten eller måttlig svårighetsgrad inom de flesta dimensioner kan öppenvård eller intensiv öppenvård vara lämplig.

Enligt Melin och Näsholm [3] 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 [1].
- Hjälpbehov – vilka resurser krävs, vilka professioner behöver kopplas in (t.ex. medicinsk eller psykiatrisk kompetens m.m.)

Stöd för initial planering av insatser

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 planering** behöver ske i öppen eller slutenvård (fas 1 i en planering).

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

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 finns en 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 II – Fysisk hälsa

Finns det någon fysisk sjukdom eller skada, förutom abstinensrelaterad, som behöver uppmärksammas och som kan komplicera/påverka behandlingen?

Frågor i ASI grund att särskilt ta hänsyn till:

- Området Fysisk hälsa i ASI - se över hela livsområdet (C).
- Antal dagar med problem (C10)?

- ☐ Det finns inga medicinska omständigheter eller komplikationer som kräver behandling och/eller som påverkar personens deltagande i behandling. **Ingen risk.**
- ☐ Det finns medicinska omständigheter och/eller komplikationer, de är just nu stabila/under kontroll och kommer inte påverka behandlingen. **Ingen risk.**
- ☐ Det finns medicinska omständigheter/complicationer som kommer att påverka och/eller försvåra behandlingen. Dessa omständigheter/complicationer bedöms påverka/försvåra behandlingen i:

[illegible]

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/complicationer 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 personen 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 om det är 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
-------	---------	----------	-------------

.....
.....
.....

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)
- Klientskattningar 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 självhjälpgrupp? (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 – Psyiskt 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 planering av insatser 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 sluten form. Därefter gör vi en analys av 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 informations 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.

Planeringen 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:

Anitta Litvinov

Avd. för kunskapsstyrning för socialtjänsten

Socialstyrelsen

075- 247 3234

anitta.litvinov@socialstyrelsen.se

Referenser

1. ASAM. *Patient Placement Criteria, PPC-2R for the treatment of Substance Related Disorders*. American Society of Addiction Medicine. 2007
2. Att arbeta evidensbaserat. Ett stöd för praktiskt arbete. Stockholm: Socialstyrelsen, 2020.
3. Melin, A & Näsholm C. *Behandlingsplanering vid missbruk*. Studentlitteratur Lund. 1994 och 1998