

UIV - en intervju som redovisar kvalitet utifrån brukares och socialsekreterares bedömningar - Ser bedömningar för kvinnor och män olika ut och fungerar intervjun med utgångspunkt från psykometriska analyser?

Kristina Berglund¹ Peter Wennberg²

¹Docent i psykologi, Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet. E-post: Kristina.Berglund@psy.gu.se. ²Docent i psykologi, verksam vid centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), Stockholms Universitet. E-post: Peter.Wennberg@ki.se.

”Uppföljning av insatser för vuxna personer med missbruk” (UIV) är en strukturerad intervju som används inom socialtjänsten och har som huvudfokus, att med utgångspunkt från ett brukarperspektiv, få kunskap om insatsers kvalitet. I föreliggande studie undersöktes om brukare av olika kön skiljer sig åt i hur de bedömer den insats de fått för sitt missbruk. Dessutom undersöktes intervjuens validitet och reliabilitet, med speciellt fokus på om det utifrån psykometriska analyser gick att skapa sammanslagna kvalitetsmått. Resultaten visade att kvinnor i något högre grad bedömde att de fått hjälp att hantera sitt missbruk, sin fritidssysselsättning samt sin vardagssituation. Resultaten från validitets- och reliabilitetsanalyserna visade att det inte på ett enkelt sätt gick att skapa sammanslagna mått på kvalitet. Instrumentet UIV förefaller täcka av många relevanta brukar- och behandlarvariabler men för att användas i praktiskt förbättringsarbete bör ett särskilt fokus läggas på de delar av instrumentet med bäst psykometriska egenskaper.

“UIV” is a structured interview that follow-up interventions for adults with addiction. It is used in social services and has as its primary focus, to gain knowledge of the quality of the interventions, from a user perspective. In the present study we examined whether clients of different sexes as well as their social workers differ in their assessment of the quality of the interventions. Moreover, we investigated the validity and the reliability of the interview with a special focus whether the answers could be summed together and used as pooled measures of quality. The results showed that women estimated to a greater extent that they had been helped to get control of their addiction, their spare-time and their everyday living. The results of the validity and reliability analyses showed that it was only some issues that could be summed up into user’s measures of quality. The instrument appears the cover many relevant questions about the quality of interventions, but focus should be on the parts of the instrument with the best psychometric properties.

Inledning

Under de senaste 20 åren har socialtjänstens uppföljning av insatser alltmer präglats av systematiska och strukturerade bedömningsmetoder, vilket går i linje med en samhällsutveckling där den offentliga verksamheten på olika sätt skall kvalitetssäkras och där kontroll och systematik är eftersträvarsvårt (Anderberg & Dahlberg, 2009). I uppföljningar och utvärderingar har under de senaste åren alltmer fokus riktats på brukaren, den person som tillhandahåller insatsen. I en offentlig utredning från 2008 (SOU, 2008) förordas att i all verksamhet som socialtjänsten erbjuder, skall brukaren vara medpartner i val av insats samt efter insatsen, ha möjlighet att utvärdera denna. Brukarens utvärdering skall sedan utgöra grund för eventuella val av fortsatta insatser samt utgöra underlag i val av kommande insatser för andra brukare i samma situation.

Brukarens erfarenheter är en viktig del av *evidensbaserad praktik* som sedan några år tillämpas i socialtjänsten i Sverige och innebär att brukare skall få insatser och stöd som vilar på brukarens egna erfarenheter, den professionelles expertis samt bästa tillgängliga vetenskapliga evidens (SOU, 2008).

En vanlig grupp inom socialtjänsten är brukare med missbruksproblematik. Ofta har dessa personer behov av ett flertal insatser men sällan har de på ett strukturerat sätt kunnat delge sin åsikt om de insatser som de har tagit del av (SOU, 2008). Med utgångspunkt från denna bakgrund började man i Göteborg under mitten av 2000-talet att

utveckla ett strukturerat formulär där tanken var att tillvarata brukarperspektivet men också socialsekreterarens perspektiv på den insats som gavs i relation till brukarens missbruksproblematik. Formuläret skulle sedan finnas tillgänglig i en nationell databas varvid alla anslutna kommuner, på gruppnivå, skulle kunna ta del av brukare och socialsekreterarens erfarenheter. Tanken var också att denna information skulle utgöra en kunskapsbas i kommuners val av insatser för brukare med missbruksproblematik (Diosentic, 2014). Formuläret med dess nuvarande frågeuppsättning har utvecklats med hjälp av personer som arbetar inom kommunen, socialtjänsten samt några forskare som gett synpunkter på formulärets utformning och frågeuppsättning (Diosentic, 2014). Den slutgiltiga formen av UIV i webbversion, har funnits sedan 2011 och kommuner i hela landet har sedan dess kunnat köpa ett utbildningspaket och utbildningsmaterial för UIV. I det paket som kommunen har köpt ingår, förutom utbildning och IT-support, också att alla anslutna personer får ta del av databasens samlade data (Diosentic, 2014). Trots att professionen och forskare har varit delaktiga i arbetet att utveckla UIV har ännu inga studier gjorts gällande instrumentets psykometriska funktion samt om det förekommer skillnader i hur formuläret besvarats beroende på om brukarna är män eller kvinnor.

Syftet med föreliggande studie var att 1) undersöka om brukare av olika kön skiljer sig åt i hur de bedömer den insats de fått för sitt missbruk samt om socialsekreterare bedömer insatsen

olika för kvinnor och män. 2) undersöka instrumentets validitet och reliabilitet¹ med speciellt fokus på om de värderande frågorna i intervjun kunde sammanställas till ett eller flera mått på insatsens kvalitet utifrån ett brukarperspektiv respektive socialsekreterares perspektiv.

Metod

Tillvägagångssätt

Data som ligger till grund för föreliggande undersökning baseras på 621 ifyllda UIV-formulär som samlats in i 28 kommuner i landet. Formulären som är från tidsperioden april 2011 till april 2014, är information från brukare och socialsekreterare om de insatser för missbruk som brukaren har erhållit. Kommunerna som gett sitt medgivande att lämna ut data för undersökningen (28 av 32 kommuner) är anslutna till en nationell UIV-databas, som förvaltas och ägs av Diosentic AB. Formuläret fylls i för insatser inom socialtjänsten som varat i mer än sju dagar och vars primära syfte har varit klientens missbruksproblematik. Intervjun med brukaren görs på socialkontoret eller via telefon och sker inom en månad från det att insatsen är avslutad för att informationen skall vara så aktuell som möjligt. Om brukaren av något skäl inte är närvarande kan formulärets första del (bakgrundsfrågor) och sista del (socialsekreterarens värdering av insatsen) fyllas i ändå av socialsekreteraren. Formuläret har funnits både i pappersversion (har sedan matats in i databasen) och som webenkät (har gjorts direkt i datorn). Den datafil som forskarna har erhållit från Diosentic

AB har varit helt avidentifierad då det inte funnits några personnummer och då det inte framgått vilken kommun brukaren eller socialsekreteraren kommit ifrån.

Undersökningsgrupp

Den grupp som inkluderats i studien är brukare (n = 434, varav 248 intervjuats i personligt möte och 186 via telefon) samt socialsekreterare (n = 621) som sedan april 2011 och fram till april 2014 besvarat UIV-formuläret och vars kommuner (28 av 32 UIV-anslutna kommuner) har gett sitt medgivande till att data får användas i föreliggande undersökning.

Instrument

Formuläret innefattar tre olika delar varav den första inbegriper 22 frågor om brukaren (t.ex. kön, ålder, missbruks-situation) samt insatsens innehåll (t.ex. längd på insatsen, insatsens terapeutiska innehåll). Del ett av formuläret ska helst brukaren och socialsekreteraren fylla i tillsammans, men om det av olika skäl är omöjligt kan socialsekreteraren själv fylla i denna del. Den andra delen är en intervju där socialsekreteraren ställer 17 frågor till brukaren, dels om insatsen varit till hjälp inom olika problemområden (t.ex. missbruket, somatiska/psykiska problem), dels om brukaren är nöjd med kvaliteten på vårdgivaren (t.ex. följde vårdgivaren vårdplanen, var vårdgivarens bemötande bra), se tabell 1. Där brukaren ska besvara förändring inom problemområden finns generellt sju svarsalternativ, där fem av svaren ingår i en skala: 1 = försämring, 2 = ingen förbättring, 3

¹ Hur väl frågorna i intervjun undersöker det som är åsyftat och hur tillförlitlig intervjun är.

Tabell 1. Lista över de frågor som besvaras av brukare och socialsekreterare om insatsens effekt och vårdgivarens kvalitet, samt brukares och socialsekreterares medelvärden och standardavvikelse i de olika frågorna ($m \pm sd$).

Frågor till brukaren om insatsens effekt	Frågor till brukaren om vårdgivarens kvalitet
Hur har Dina förutsättningar att hantera Ditt missbruk förändrats till följd av insatsen? ($3,9 \pm 1,0$)	Hur nöjd eller missnöjd är Du med hur vårdgivaren arbetade enligt målen i vårdplanen? ($3,9 \pm 1,1$)
Hur har Din relation till familjen och andra viktiga relationer förändrats till följd av insatsen? ($3,5 \pm 1,1$)	Hur nöjd eller missnöjd är Du med hur vårdgivaren bemötte Dig? ($4,2 \pm 1,0$)
Hur har Ditt boende förändrats till följd av insatsen? ($3,3 \pm 1,3$)	Hur nöjd eller missnöjd är Du med vårdgivarens förmåga att motivera Dig att medverka i vårdgivarens behandling? ($4,0 \pm 1,1$)
Hur har Din situation när det gäller arbete/ utbildning/ sysselsättning förändrats till följd av insatsen? ($3,1 \pm 1,2$)	Hur nöjd eller missnöjd är Du med hur vårdgivaren har tagit hänsyn till att Du har barn, under vårdtiden? ($4,0 \pm 1,1$)
Hur har Din ekonomi förändrats till följd av insatsen? ($2,8 \pm 1,1$)	Hur nöjd eller missnöjd är Du med vårdgivarens förmåga att själv föreslå förändringar i planeringen? ($3,6 \pm 1,1$)
Hur har Dina intressen (fritid, aktiviteter) förändrats till följd av insatsen? ($3,3 \pm 1,1$)	Hur nöjd eller missnöjd är Du med hur vårdgivaren har utfört uppdraget som helhet? ($4,0 \pm 1,1$)
Hur har Din fysiska hälsa förändrats till följd av insatsen? ($3,5 \pm 1,1$)	
Hur har Din psykiska hälsa förändrats till följd av insatsen? ($3,5 \pm 1,1$)	
Hur har Dina rättsliga förhållanden /kriminalitet ändrats till följd av insatsen? ($3,7 \pm 1,2$)	
Hur har Dina förutsättningar för att klara av vardagliga sysslor förändrats till följd av insatsen? ($3,6 \pm 1,1$)	
Hur har din föräldraförmåga ändrats till följd av insatsen? ($3,7 \pm 1,2$)	
Fråga till socialsekreteraren om insatsens effekt	Frågor till socialsekreteraren om vårdgivarens kvalitet
Hur bedömer Du att klientens förutsättningar att hantera sitt missbruk har förändrats till följd av insatsen? ($3,5 \pm 1,2$)	Hur nöjd eller missnöjd är Du med hur vårdgivaren höll tidsplanen? ($4,0 \pm 1,0$)
Frågor till socialsekreteraren om graden av evidensbaserad vårdplanering	Hur nöjd eller missnöjd är Du med vårdgivarens samarbete med andra professionella för att nå målet? ($3,8 \pm 1,0$)
I vilken grad har val av insats påverkats av Din egen professionella erfarenhet? ($3,3 \pm 1,2$)	Hur nöjd eller missnöjd är Du med vårdgivarens samarbete med Dig som tjänsteman? ($4,1 \pm 1,0$)
I vilken grad har val av insats påverkats av klientens uttryckta behov och önskemål? ($3,8 \pm 1,3$)	Hur nöjd eller missnöjd är Du med hur vårdgivaren har återkopplat resultatet av insatserna? ($3,8 \pm 1,1$)
I vilken grad har val av insats påverkats av forskning om goda behandlingseffekter för aktuell målgrupp? ($3,1 \pm 1,2$)	Hur nöjd eller missnöjd är Du med hur vårdgivaren har utfört uppdraget som helhet? ($3,9 \pm 1,0$)

= förbättrats något, 4 = tydlig förbättring och 5 = stor förbättring. De två svar som inte ingår i skalan är följande: ”inget förändringsbehov fanns” och ”vet ej”. När brukaren värderar vårdgivaren finns sex alternativt sju svarsalternativ varav de som ingår i skalan är 1 = mycket missnöjd, 2 = missnöjd, 3 = tillfredsställande, 4 = nöjd och 5 = mycket nöjd. Resterande två svarsalternativ som inte ingår i någon skala är ”ej relevant” samt ”vet ej”. Om inte brukaren deltar, så besvaras inte denna del av formuläret. Den sista delen i formuläret är nio frågor som socialsekreteraren besvarar själv om vårdgivarens kvalitet (t.ex. hur samarbetet fungerat, om vårdgivaren har hållit tidplan samt återkopplat resultatet), se tabell 1. Socialsekreterarnas svarsalternativ är desamma som brukarnas svarsalternativ (se ovan).

Statistisk analys

För jämförelser mellan könen gjordes t-test samt chitvå-test. Reliabilitets- och validitetsanalyser (intern konsistens, internt bortfall och konfirmatorisk faktoranalys) gjordes för att undersöka intervjuans giltighet och trovärdighet².

Resultat

Bakgrundsdata

I databasen fanns uppgifter om 411 män (66 %) och 210 kvinnor (34 %). Lite färre än en tredjedel av formulären (30 %) fylldes i utan brukarens medverkan (samma frekvens för män och kvinnor). Det var signifikant fler

kvinnor (48 %) som intervjuades på plats än män (36 %) ($\chi^2(1, N = 621) = 10.06, p < 0,01$). Det fanns ingen skillnad i åldersspann för män och kvinnor. Medianen för båda köns åldersspann var 21-30 år. Förekomst av primärdrog var samma för män och kvinnor, där alkohol var den vanligaste primärdrogen (46 %) följt av amfetamin (22 %) och opiater (11 %). Det var inte någon skillnad i vårdform mellan män och kvinnor där 52 % varit i institutionsvård, 43 % varit i öppenvård och resterande på familjehem. Inte heller fanns någon skillnad vad gäller huvudfokus på insatsens innehåll. Majoriteten (52 %) hade erhållit psykosocial behandling. Den näst vanligaste behandlingsformen var psykosocialt stöd (27 %). Medianen på behandlingens längd var 3 månader och här fanns heller inga skillnader mellan män och kvinnor, se tabell 2.

Brukarskattning

Det fanns en signifikant skillnad mellan män och kvinnor i hur det bedömt hanteringen av sitt missbruk efter insatsen, där kvinnor ($M = 4,1, s = 1,0$) i högre grad än män ($M = 3,8, s = 1,0$) bedömde att de kunde hantera sitt missbruk ($p < 0.05, d = 0,30$). Kvinnor bedömde också i högre utsträckning ($M = 3,5, s = 1,1$) än män ($M = 3,1, s = 1,0$) att de hade förändrat sina fritidsintressen ($p < 0.01, d = 0,40$). Vad gäller vardagliga sysslor bedömde kvinnor i högre grad ($M = 3,8, s = 1,0$) än män ($M = 3,5, s = 1,1$) att de kun-

² Cohen's d (Cohen, 1992) användes för att beräkna effektstorlek när signifikantestning gjordes mellan män och kvinnor. Internt bortfall beräknades som andelen bortfall per fråga som besvarats med ”vet ej”. Faktorstruktur undersöktes med konfirmatoriska faktoranalyser och jämfördes med avseende på RMSEA (root mean square of approximation) och andra relevanta passmått. En tumregel är att ett RMSEA över 0.10 anger en dålig överensstämmelse mellan modell och data.

Tabell 2. Bakgrundsfrågor om vad som föranlett insatsen och insatsens innehåll. Antingen har socialsekreteraren ensamt besvarat frågorna (brukare ej närvarande) eller och också har frågorna besvarats av brukare och socialsekreterare tillsammans. Jämförelser görs mellan män och kvinnor.

Bakgrundsfrågor	Män (n = 411)	Kvinnor (n = 210)
<i>Problemområden missbruk</i>		
Alkohol	46 %	47 %
Narkotika	49 %	43 %
Läkemedel	4 %	9 %
Övriga missbruksproblem	1 %	1 %
<i>Typ av vårdform</i>		
Öppenvård	41 %	45 %
Institutionsvård	52 %	51 %
Familjehem	7 %	3 %
<i>Insats</i>		
Planerad insats	84 %	89 %
Akut insats	16 %	11 %
<i>Avslut</i>		
Planerat avslut	59 %	62 %
Oplanerat avslut (brukarens)	23 %	22 %
Oplanerat avslut (vårdgivarens eller socialtjänstens, övrigt)	18 %	16 %
<i>Huvudsaklig behandlingsinriktning</i>		
Psykosocialt stöd	29 %	24 %
Psykosocial behandling	48 %	58 %
Omsorg	6 %	4 %
Annat	9 %	5 %
Vet ej	8 %	9 %

de hantera dessa bättre efter insatsen ($p < 0.05$, $d = 0,30$). Vad gäller övriga livsområden fanns inga skillnader i bedömningar mellan män och kvinnor. Det fanns heller ingen skillnad mel-

lan män och kvinnor hur de bedömde vårdgivarens kvalitet, se appendix, tabell 3.

Socialekreterares bedömning av insatsen

Socialekreterarna bedömde att kvinnor ($M = 4,1$, $s = 1,0$) kunde hantera sitt missbruk bättre än män ($M = 3,8$, $s = 1,0$) efter avslutad insats ($p < 0,05$, $d = 0,20$). I övrigt fanns inga skillnader hur socialekreteraren uppfattade att insatsen och samarbetet med vårdgivaren förlöpt oavsett om brukaren var man eller kvinna, se appendix, tabell 4.

Internt bortfall

För brukarskattningarna var internt bortfall, dvs. andelen av svaren med ”vet ej” mellan 4.2 % och 12.4 %, se appendix, tabell 3. Socialekreterarnas interna bortfall var mellan 0 % och 5.6 %, se appendix tabell 4.

Reliabilitet och dimensionalitet i brukarskattningar

För att undersöka om brukarnas värdering av insatsen (17 frågor, se tabell 1), skulle kunna användas som ett sammanslaget index över kvalitet, gjordes en konfirmatorisk faktoranalys. Den interna konsistensen var 0.94. Medianen för item-total korrelationer var 0.71, varav frågorna med högst item total korrelation var frågorna om ”förändring av missbruk” (0.87) samt ”psykisk hälsa” (0.80). Frågorna med lägst item total korrelation var ”förändring av ekonomi” (0.51) samt ”fysisk hälsa” (0.51). En enfaktorslösning för alla frågor visade dålig anpassning till statistiska mått (se appendix, tabell 5).

Andra alternativ provades och resultaten visade att en partiell tvåfaktorslösning där vissa frågor valts ut (på grundval av högst svarsfrekvens och

generaliserbarhet för alla typer av missbruksinsatser) visade bäst anpassning till statistiska mått (se appendix tabell 5). Den interna konsistensen för faktor ett var 0.85 och item-total korrelationen var följande: ”missbruk”: 0.70, ”relationer”: 0.62, ”fysisk hälsa”: 0.64 och ”psykisk hälsa”: 0.76. Den interna konsistensen för faktor två var 0.93 och item-total korrelationen var följande: ”insats enligt vårdplan”: 0.86, ”bra bemötande”: 0.81, ”vårdgivarens förmåga att motivera”: 0.85 och ”insatsens kvalitet i sin helhet”: 0.86.

Reliabilitet och dimensionalitet i socialekreterarnas skattningar

För att undersöka om socialekreterarnas värdering av insatsen (9 frågor, se tabell 1), skulle kunna användas som ett sammanslaget index över kvalitet, gjordes en konfirmatorisk faktoranalys. Den interna konsistensen var 0.83. Medianen för item-total korrelationer var 0.58, varav frågan med högst item total korrelation var hur ”nöjd/missnöjd man var med hur vårdgivarens utfört uppdraget som helhet” (0.77). Frågan med lägst item total korrelation var om ”klientens uttryckta behov och önskemål hade påverkat val av insats” (0.27). En enfaktorslösning för alla frågor visade dålig anpassning till statistiska mått (se appendix tabell 5). Andra alternativ provades men inga statistiska mått visade godtagbart resultat för faktorlösningarna, vilket visar på att socialekreterarnas skattade svar bör analyseras enskilt.

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka om det fanns könsskillnader i hur bru-

kare värderade den insats de erhållit och om det fanns skillnader hur socialsekreterare värderade insatsen beroende på om det var en man eller kvinna som fått insatsen. Vidare syftade studien till att undersöka instrumentets validitet och reliabilitet med speciellt fokus på om de underliggande frågor som låg till grund för värdering av insatsen kunde summeras till ”kvalitetsmått” gällande brukarnas respektive socialsekreterarnas skattningar.

Av de brukare som fanns med i databasen var 66 % män och 34 % kvinnor. Fördelningen stämmer rätt väl överens med uppgifter från Socialstyrelsen för år 2013, där drygt 70 % var män och knappt 30 % var kvinnor som fick insatser för sin missbruksproblematik (Socialstyrelsen, 2014). Det fanns inga signifikanta skillnader vad gäller drogproblematik mellan män och kvinnor, varav lite mindre än hälften hade alkohol som huvuddrog och resterande knappt hälften hade narkotika som huvuddrog. En minoritet av brukarna hade läkemedel som huvuddrog. De insatser man erhållit från socialtjänsten var likvärdiga för män och kvinnor där psykosocial behandling var den vanligast förekommande insatsen, följt av psykosocialt stöd. Insatserna hade för män och kvinnor i lika hög grad varit planerade, akuta, avbrutna i förtid respektive genomförda. Män och kvinnor hade också fått lika långvariga insatser. Det var heller inga skillnader mellan män och kvinnor, vad gäller att tillsammans med socialsekreteraren fylla i UIV-formuläret efter insatsens slut (ca 60 % oavsett kön fyllde i formuläret tillsammans med socialsekreteraren).

Men det var fler kvinnor än män som var fysiskt närvarande när de besvarade frågorna (männen besvarade frågorna i högre utsträckning per telefon).

Resultaten visade alltså att män och kvinnor med likartat missbruk, fått likartade insatser oberoende av kön, vilket överensstämmer med en stor missbruksutredning som publicerades 2011 i Sverige och där ett kapitel fokuserar på kön och behandling (SOU, 2011). Dock skall de siffror som ligger till grund för bakgrundsbeskrivningen tolkas med försiktighet då det endast är drygt 1 % av insatserna som fångats upp i UIV-formuläret under perioden 2011-2013 (procentsiffran är beräknad på de drygt 40 000 insatser som gjordes i socialtjänsten mellan 2011-2013; Socialstyrelsen, 2014).

Det var få skillnader i hur kvinnor och män värderade den insats de fått. Generellt tyckte de flesta av brukarna, oavsett om de var män eller kvinnor, att insatsen gett fler förutsättningar att förbättra sin livssituation. De flesta var nöjda med vårdgivarna som gett insatsen t.ex. i form av bra bemötande, att följa vårdplan och insatsen som helhet. Det skall dock påpekas att det fanns en variation i svaren vilket innebär att en del av brukarna inte tyckte att insatsen hjälpt dem alls. Kvinnor tyckte i signifikant högre utsträckning att de fått hjälp att hantera sitt missbruk, samt att de efter insatsen bättre kunde ta tag i sina fritidsintressen och hantera sina vardagliga sysslor. Eftersom effektstorlekarna var måttliga skall skillnaderna tolkas med försiktighet. (Effektstorlek är ett mått på betydelsen

av de signifikanta skillnaderna varav en mätlig effekt innebär att svaren är mer varierande inom grupperna än mellan grupperna). Med utgångspunkt från att det var mer likheter än skillnader i svaren mellan män och kvinnor, att de skillnader som förelåg inte var speciellt omfattande och den begränsade bakgrundsinformation som intervjun gav, är det svårt att utifrån ett genusperspektiv förklara skillnaderna. Det är ändå rimligt att ställa sig frågan om varför kvinnorna var mer nöjda. Är det ett generellt mönster när det gäller genus, eller hade kvinnorna faktiskt skäl att vara mer nöjda? Kända faktorer från vården är att det är betydligt fler kvinnor som tjänstgör i vården vilket möjligen skulle kunna ha betydelse i skillnader i bemötande för patienter av samma eller olika kön. Kan detta förändra att man tar upp fler saker med kvinnor än med män, t.ex. att tala om föräldraskap? Vilket i sin tur skulle kunna leda till att man blir mer sedd och känner sig mer nöjd, som kvinna? Kan det också vara olika svårighetsgrad av de problem kvinnorna respektive männen hade, och att detta skulle förklara hur nöjd man blev, något vi inte såg med utgångspunkt från intervjun, men som ändå skulle kunna föreligga.

Socialsekreterarna var generellt tillfredsställda med vårdgivarnas insatser, men även här fanns variation i svaren där en del av socialsekreterarna var missnöjda och en del var mycket nöjda. Socialsekreterarna skattade i högre grad att kvinnor efter insatsen hade bättre förutsättningar att hantera sitt missbruk än män, men effektstorleken var liten, vilket minskar betydelsen av

den statistiska skillnaden. Det fanns ingen annan skillnad i hur socialsekreterarna värderade vårdgivaren i relation till om det var en man eller kvinna som fått insatsen. Detta trots att man alltså skattade att kvinnor fått bättre hjälp.

Ett av målen med UIV är att få kunskap om hur brukaren och socialsekreteraren upplever insatsens kvalitet för att i förlängningen kunna fungera som en del av ett underlag för beslutsfattare om vilka insatser man vill använda sig. Ett av syftena med utvärderingen av UIV var att med hjälp av psykometriska analyser undersöka om de skattningsfrågor som besvarades av brukare och socialsekreterare kunde sammanställas till mått på insatsens kvalitet utifrån ett brukarperspektiv respektive socialsekreterares perspektiv. Vad gäller brukarfrågorna fungerade det dåligt att sammanställa alla brukarskattningar, till ett generellt kvalitetsmått. En av anledningarna var att det fanns ett stort bortfall i de frågor som brukarna besvarade. Vanligtvis var bortfallet naturligt eftersom brukarna bara besvarade de frågor som var relevanta för dem i relation till den insats de fått. Men det var också, i vissa frågor, relativt vanligt att brukarna besvarat frågorna med ”vet ej”, vilket är mer problematiskt. Den mest fungerande lösningen var att skapa två kvalitetsmått för brukarna där vi valt ut vissa frågor. Det ena måttet kan ses som ”brukarupplevd kvalitet på insatsens effektivitet” och det andra måttet som ”brukarupplevd vårdgivarkvalitet”. De frågor som valdes ut till att utgöra kvalitetsmått var de frågor som hade högst svarsfrekvens och som sågs som de mest ge-

nerella komponenterna i insatser för missbruk. Dessa komponenter var för ”insatsens effektivitet”, missbruksproblemet i sig, den fysiska och psykiska hälsan samt relationsmässiga problem. Vad gäller ”vårdgivarkvalitet” innefattade frågorna bemötande, att hålla sig till vårdplanen, förmågan att motivera och uppdraget som helhet.

Det gick inte att skapa ett eller flera motsvarande kvalitetsmått för socialsekreterarnas bedömning av insatsen. De nio frågor som besvaras av socialsekreterarna bör alltså i nuläget analyseras enskilt. Det kan övervägas om frågorna ska omformuleras så att de bättre kan summeras ihop och användas till att utgöra ett eller flera sammanställda mått, då det är svårt att utifrån enskilda frågor göra en samlad bedömning av kvaliteten.

Sammanfattningsvis visar utvärderingen av UIV att det inte fanns några omfattande skillnader mellan män och kvinnor som fått insatser för sitt missbruk, vare sig när det gäller bakgrundsproblematik, insatsens typ, hur männen och kvinnorna själva bedömt den insats de fått och när socialsekreteraren skattat insatsen. Psykometriska analyser visade att vissa frågor av brukarnas bedömningar kunde summeras och användas som två mått på brukarupplevd kvalitet, en för insatsens effektivitet och en för vårdgivarkvaliteten. Dessa mått skulle med fördel kunna användas för att underlätta jämförelser mellan olika insatsers kvalitet. Dock gick det inte att skapa kvalitetsmått av socialsekreterarnas bedömningar, vilket försvårar användningen av svaren.

UIV ger inte svar på utfallet av insatser och därmed går det inte att utifrån siffror som presenteras i UIV erhålla kunskap om insatsers effektivitet i relation till utfallsmått såsom exempelvis drogfrihet eller antal missbruksfria dagar. Snarare ska UIV ses som ett instrument som tillför kunskap, framförallt i brukarnas upplevelser och erfarenhet av insatsen. UIV kan också med fördel användas för att få vetskap om insatser som är kontraproduktiva, dvs. de insatser där en ansevärd del av brukarna och socialsekreterarna är missnöjda och/eller där insatsen avbryts i förtid.

Referenser

- Anderberg M. & Dahlberg M. (2009). Strukturerade intervjuer inom missbruksvården – som en grund för kunskapsutveckling. Göteborg: Växjö University Press.
- Cohen, J (1992). ”A power primer”. *Psychological Bulletin* 112 (1): 155–159.
- Diosentic (2014). Användaranvisning. Uppföljning av Insatser för vuxna missbrukare [User Manual: Follow of treatment interventions for adult abusers]. Gothenburg: Diosentic.
- Socialstyrelsen (2014). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2014. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-2-3/Sidor/default.aspx>
- SOU (2008). Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren. Statens offentliga utredningar 2008:18.
- SOU (2011) Kvinnor och män i behandling för missbruksproblem - lika och olika? Statens offentliga utredningar 2011:6.

*För appendix se
www.socialmedicinstidskrift.se*