



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Planering av missbruksvård

En studie av socialtjänstens utredningar
inom två stadsdelar i Göteborg.

Socionomprogrammet

C-uppsats

Författare: Anna Bolis Stenman och Maria Bolinder

Handledare: Stig Grundvall

Abstract

Titel: Planering av missbruksvård – En studie av socialtjänstens utredningar inom två stadsdelar i Göteborg

Författare: Anna Bolis Stenman och Maria Bolinder

Handledare: Stig Grundvall

Institution: Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet

Typ av arbete: C-uppsats 15p

Datum: 2008-05-06

Nyckelord: Missbruk, vårdplan, utredning, socialtjänst och utvärdering.

Problemområde:

Att höja kvalitén inom arbetet med missbruk- och beroendevård är ett prioriterat område, så väl i Göteborg som i resten av Sverige. Det är viktigt att detta arbete bygger på bästa tillgängliga kunskap, därför har socialstyrelsen gett ut riktlinjer för dem som arbetar inom området. Förutom dessa riktlinjer finns mycket kunskap inom området både i form av yrkeskunskap och i form av forskning. Vi anser att man måste beakta alla aspekter för att erbjuda en socialtjänst som följer de övergripande målen och värderingarna inom SoL (Socialtjänstlagen).

Syfte och frågeställningar:

Vårt syfte har varit att studera hur socialtjänsten, inom två stadsdelar tillhörande Göteborg i utredningsarbetet planerar vården för missbrukare, med avseende på uppdrag, målformulering, klientens delaktighet, standardisering och uppföljning.

Metod:

Vi har haft en metodansats som både varit kvantitativ och kvalitativ. Vår genomgång av utredningar har varit kvantitativ och vi har presenterat det resultatet med siffror och tabeller. Sedan har vi gjort halvstrukturerade kvalitativa intervjuer som vi redovisar under rubriker kopplade till frågeställningarna.

Huvudresultat:

Samtliga handläggare menar att klientens delaktighet i utredningsprocessen är viktig. Handläggarna har oftast mycket kunskap om klienternas delaktighet, denna kunskap utelämnas dock i den skrivna utredningen. Handläggarna upprättar inte några uppdrag till vårdgivarna, utan utgår från vad de olika vårdgivarna erbjuder. Uppdraget till vårdgivaren har inte gått att utläsa av utredningarna. Vård- och arbetsplanerna innehåller i huvudsak schablonmässiga mål som är kopplade till ”ett drogfritt liv” och till att sköta de regler som finns sammankopplade med den insats man har blivit beviljad. Utifrån dessa mål sker en kontinuerlig uppföljning mellan handläggare, klient och personal kopplad till insatsen. De utredningar eller tjänsteutlåtande som överlämnas till nämnden lägger handläggarna ner mer tid på än andra utredningar. De innehåller mer information, är utförligare och biståndsbehovet tydliggörs. Vi har bedömt att handläggarna inte använder sig av några standardiserade intervjuverktyg i utredningsarbetet.

Förord

Inledningsvis vill vi tacka Marco Fredin på stadskansliet för att du tagit dig tid att svara på våra frågor, att du satt oss in i ditt arbete med att förbättra missbruksvården inom Göteborg, och att du förmedlat kontakter med de stadsdelsnämnder vi har studerat. Till de bägge enhetscheferna inom respektive stadsdelsnämnd vill vi rikta ett tack för att ni varit tillmötesgående och välvilligt inställda, då ni hjälpt oss komma i kontakt med handläggare och få ta del av utredningsmaterial. Ett stort tack er fyra handläggare, som har varit generösa och gett av er tid, både för att ta fram utredningsmaterial och för att ställa upp för intervjuer. Det har varit givande och lärorikt för oss att få ta del av er kunskap och erfarenhet, den tycker vi att ni ska vara stolta över.

Vi vill även tacka vår handledare Stig Grundvall som under hela processen varit flexibel och tillgänglig och ställt upp med stöd och vägledning. På ett ödmjukt sätt har du hjälpt oss att behålla fokus och manat på oss då vi varit beredda att luta oss tillbaka. Framförallt har du fått oss att känna att det vi gör är viktigt och bra. Sammanfattningsvis så vill vi säga att du bidragit till att stärka vår begriplighet, hanterbarhet och upplevelse av att det vi gör är meningsfullt. Tack Stig.

Vi är också tacksamma över att vi, trots försummelse, fortfarande har familj och vänner kvar. Tack Anders för din hjälp med rubriker, diagram och utskrifter. Tack Jonas för att du har upplåtit din plats vid bordet då vi ockuperat köket i Majorna.

Och hon frågade honom:
Vad vet du om delaktigheten?
Och han svarade nästan genast, alldeles som
om han hela sitt liv förberett sig för att
kunna besvara just denna enda fråga:
I delaktighet uppstår vår tillvaro.
Genom att göra oss delaktiga av varandras liv
skapar vi oss själva. Utan delaktighet
finns vi inte till.

TORGNY LINDGREN, Bat Seba

Innehållsförteckning

1 Inledning	6
1.1 Syfte	7
1.2 Frågeställningar	7
1.3 Definition av aktuella termer	7
1.4 Personliga utgångspunkter	8
1.5 Disposition	8
2 Tidigare forskning och skrifter från socialstyrelsen	9
2.1 Nationella riktlinjer utarbetade av socialstyrelsen för missbruks- och beroendevård	9
2.2 Dokumentation inom socialtjänsten	10
2.3 Standardiserade intervjuverktyg	10
2.4 Utvärdering av kvalitén inom socialtjänsten	11
2.5 Vilka faktorer styr val av insats	13
3 Teori och teoretiska begrepp	14
3.1 Känsla av sammanhang	14
3.2 Missbruk och beroende	15
3.3 Delaktighet	17
3.4 Utredningar	18
3.5 Målformuleringar	18
3.6 Individuellt eller standardiserat socialt arbete	19
3.7 Återkoppling och uppföljning	20
4 Metod	21
4.1 Förförståelse	21
4.2 Uppdrag -ämnesval	21
4.3 Litteratursökning	21
4.4 Val av metod	22
4.5 Urval och empiri	22
4.6 Presentation av informanterna och deras arbetsplatser	23
4.7 Insamlandet av empiri från utredningar	24
4.8 Insamlande av empiri genom intervjuer	25
4.9 Bearbetning av material	25
4.10 Avgränsningar	26
4.11 Validitet och reliabilitet	26
4.12 Generaliserbarhet	27
4.13 Etiska överväganden	27
5 Resultat av studerade utredningar	29
5.1 Utredningarna	29
5.2 Vårdplan, målformulering och uppföljning	29
5.3 Delaktighet	31
5.4 Standardisering	32
6 Resultat av intervjuer	33
6.1 Hur ser uppdraget till vårdgivaren ut?	33
6.2 Vilken betydelse har handläggarens rätt till eget beslutsfattande för utformningen av utredningen och vårdplanen?	33
6.3 Vilka faktorer styr handläggarens val av insats?	33
6.4 I vilken mån har klienten medverkat i utformandet av vårdplanerna / arbetsplanerna och vad har handläggarna för uppfattning om klienters delaktighet?	34

6.5 Vad har handläggarna för kunskap och uppfattning om de nationella riktlinjerna gällande missbruks- och beroendevård?	36
6.6 Används standardiserad dokumentation i planering och uppföljning?	36
6.7 Hur arbetar man med uppföljning och återkoppling?	37
7 Analys	38
7.1 Utredningarnas utformande	38
7.2 Klientens delaktighet	40
7.3 Målsättning	40
7.4 Uppföljning och återkoppling	41
7.5 Val av insats	41
7.6 Standardiserade mallar och nationella riktlinjer	42
8 Slutdiskussion	43

Litteraturlista

Bilagor

1 Inledning

Inledningsvis kommer vi att presentera lite information om och bakgrund till uppsatsens ämne. Vi presenterar även syfte och frågeställning samt en kort definition av aktuella termer.

Den senaste tiden har media rapporterat om hur socialtjänsten från olika håll kritiserats för att ha misskött missbruksvården. I Väst-Sverige har två fall nyligen uppmärksammats. Det ena gäller en kvinna som åtalat kommunen och kräver 1.4 miljoner i skadestånd, för att de inte arbetat målinriktat och strukturerat med hennes rehabilitering ur missbruk. Det andra gäller ett föräldrapar som stämmer socialtjänsten efter att deras son dog då han tog en överdos. Föräldrarna menar att socialtjänsten gjorde en felaktig bedömning då de inte tog in deras son för tvångsvård och att detta misstag kostade deras son livet.

I socialtjänstlagen första kapitlet 1§ finns den så kallade portalparagrafen vilken anger de övergripande målen och värderingarna för samhällets socialtjänst. Där står att ”... socialtjänsten under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupper egna resurser. Verksamheten ska bygga på respekt för människors rätt till självbestämmande och integritet” (Sveriges rikets lag 2005). Dessutom står det att socialtjänsten ska främja människors aktiva deltagande i samhällslivet och arbeta målinriktat för människor med missbruksproblem.

Inom vården och socialtjänsten har missbruksarbetet länge varit ett eftersatt och kritiserat område. Socialstyrelsen har riktat kritik mot missbruksvården runt om i landet. Allt fler personer har missbruksproblem och de regionala och kommunala skillnaderna för missbruksvården är stora. För att stärka missbruksarbetet och skapa förutsättningar för en gemensam grund så har socialstyrelsen arbetat fram nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, dessa riktlinjer publicerades i januari 2007, för drygt ett år sedan. Det är första gången som socialstyrelsen gett ut nationella riktlinjer gällande missbruksvård.

I Göteborgs stad har man fattat beslut om att under åren 2007-2010 utveckla missbruksvården och implementera de nationella riktlinjerna för missbruks och beroendevård inom Individ och familjeomsorgen i Göteborg. Kommunstyrelsen har gett i uppdrag åt stadskansliet att kartlägga och presentera en samlad översikt av stadsdelarnas nuvarande arbete med personer med missbruks- och beroendeproblematik. Resultaten av kartläggningen kommer att analyseras och ligga till grund för vilka åtgärder som kan behövas för ett mer kunskapsbaserat missbruksarbete. Som ett komplement till kartläggningen uppstod ett uppdrag på C-uppsatsnivå inom socialt arbete. Uppdraget från stadskansliet (bilaga 1) bestod av att utvärdera vård- arbetsplaner i utredningar om missbrukarvård inom IFO (Individ och familjeomsorg) i Göteborg. Stadskansliet ville att det i kartläggningen skulle läggas särskild vikt på att undersöka i vilken utsträckning vård- arbetsplanerna innehåller uppföljningsbara mål som tar sikte på att avhjälpa brister i den enskilde klientens livssituation. Man ansåg också att det var av intresse att ta reda på hur återkopplingen fungerar mellan handläggare på socialkontoren och vårdgivaren. Därmed blev syftet för denna uppsats att studera vård- arbetsplaner inom missbruksvården i Göteborg.

1.1 Syfte

Att studera hur socialtjänsten, inom två stadsdelar tillhörande Göteborg i utredningsarbetet planerar vården för missbrukare, med avseende på uppdrag, målformulering, klientens delaktighet, standardisering och uppföljning.

1.2 Frågeställningar

- Hur ser uppdraget till vårdgivaren ut?
- Är målen i vårdplanerna/arbetsplanerna uppföljningsbara och standardiserade/schablonmässiga eller individuella?
- Har klienten medverkat i utformandet av vårdplanerna/arbetsplanerna och vad har handläggarna för uppfattning om klienters delaktighet?
- Används ASI/DOK eller annan standardiserad dokumentation i planering och uppföljning?
- Hur arbetar handläggarna med uppföljning och återkoppling?
- Vilken betydelse har handläggarnas rätt till eget beslutsfattande för utformningen av arbetsplanerna/insatserna?
- Vilka faktorer upplever handläggarna styr deras val av insats i det enskilda ärendet?
- Vad har handläggarna för kunskap och uppfattning om de nationella riktlinjerna gällande missbruks- och beroendevård?

1.3 Definition av aktuella termer

Schablonmässig: Med detta menar vi vård- eller arbetsplaner som är slentrianmässigt gjorda och/eller är gjorda efter ett mönster som skulle passa in på flertalet klienter.

Individuell: Med detta menar vi vård- eller arbetsplaner som är anpassade efter klienten. Där målen är satta efter klientens specifika resurser och behov och inte bara efter gällande lagar eller regler.

Utredning: Att klarlägga, anskaffa och sammanställa uppgifter (Edvardsson 2003). Utredning är ett begrepp som innefattar två delar, dels utredningsprocessen och dels den skrivna slutprodukten. När vi använder begreppet menar vi den skrivna slutprodukten om vi inte anger något annat.

ASI / DOK: Är standardiserade intervjumetoder för att utreda hjälpbehov och för dokumentation.

Evidensbaserad praktik: Med detta menar vi en praktik där arbetsmetoderna bygger på en sammanvägning av klientens erfarenheter, professionell expertis och bästa möjliga vetenskapliga kunskap

1.4 Personliga utgångspunkter

Nu då vi står inför slutet av vår socionomutbildning tycker vi det känns angeläget att fördjupa oss i konkreta arbetsmetoder inom socialt arbete. Därför blev vi väldigt intresserade då vi fick information om att stadskansliet ville ha en utvärdering gjord på vård- och arbetsplaner upprättade inom socialtjänsten i Göteborgs stad. Kommunstyrelsen har antagit en arbetsplan för att de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård ska gälla för Göteborgs stads insatser inom detta område. Detta samt lagstiftningen inom området har satt riktningen för denna utvärdering av utredningar gjorda för personer med missbruks- och beroendeproblematik

Ingen av oss har någon större erfarenhet av eller kunskap i utredningsarbete. Därför såg vi det som en förmån att studera utredningar och arbeta mot syftet att studera hur handläggare inom socialtjänsten planerar vården för missbrukare. Dessutom uppskattar vi att genom denna uppsats också ha gjort en utvärdering vilket vi tänker att det är en bra erfarenhet inför framtiden. Vi tror att man inom socialt arbete mer och mer kommer arbeta i projekt med att utvärdera resultat av olika metoder och arbetssätt.

Vi är medvetna om att vi med denna uppsats tangerar flera aktuella områden. I tidningen Socionomen har det under en längre tid pågått en debatt angående evidensbaserat arbete inom socialtjänsten. Det finns de som hävdar att man inte kan utvärdera resultat av socialt arbete och andra som menar att det går alldeles utmärkt. I debatten är det vanligt att jämföra det sociala arbetet med vården som utgår från den medicinska vetenskapen som har en lång tradition av att arbeta utifrån vetenskapligt beprövade metoder. Vi vet också att det från olika håll (både från yrkesverksamma socionomer och bland skolans gästföreläsare) riktas kritik mot vår egen institution för att vi studenter inte får tillräcklig utbildning i utredningsarbete. Svaret på denna kritik brukar ofta bli att dels har man lagt till fler timmar för undervisning gälland utredningar och dels föredrar skolan att lära ut generell och övergripande kunskap istället för specifika metoder, då man av erfarenhet vet att dessa metoder efter några år brukar bli omoderna.

1.5 Disposition

Uppsatsen består av åtta kapitel. Första kapitlet är inledningskapitlet där vi förutom syfte och frågeställningar också beskriver problemområdet och belyser det ur ett samtida nationellt, regionalt och personligt perspektiv. Innehållet i de två nästkommande kapitlen är en presentation av den litteratur som ligger till grund för uppsatsen. I det andra kapitlet presenterar vi riktlinjer från socialstyrelsen samt tidigare forskning. I det tredje kapitlet presenterar vi den teori vi använt oss av för att analysera och förklara våra resultat samt aktuella teoretiska begrepp. Vi har gjort vårt bästa för att särskilja litteraturen även om det ibland varit svårt då tidigare forskning och teoretiska begrepp ibland går i varandra. Kapitel fyra är metodkapitlet och där beskriver vi bland annat vår förförståelse, vårt metodval och analysförfarande samt diskuterar uppsatsens validitet och reliabilitet och våra etiska övervägande. Resultatet av utredningarna redovisas i kapitel fem och resultatet av intervjuerna i kapitel sex. Kapitel sju består av analysen som vi har gjort utifrån den samlade bild vi fått fram av både utredningar och intervjuer. I vårt åttonde och avslutande kapitel för vi vår slutdiskussion. Sist följer referenslistan och bilagor.

2 Tidigare forskning och skrifter från socialstyrelsen

I detta kapitel kommer vi att kort återge de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård. Vi kommer också att presentera annat aktuellt material och forskning, främst från socialstyrelsen och FoU (Forskning och Utvecklings-enheten).

2.1 Nationella riktlinjer utarbetade av socialstyrelsen för missbruks- och beroendevård

Socialstyrelsen har uppmärksammat att personer med missbruks- och beroendeproblematik ökat under senare år och därför har man, för första gången, arbetat fram nationella riktlinjer. Dessa riktlinjer rör två lagstyrda områden, hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men det finns även många andra som är verksamma inom området. Därför anses det angeläget att etablera en gemensam grund för insatserna. Riktlinjerna består av 53 rekommendationer såsom t.ex., tidig intervention, enhetliga bedömningar och obrutna vårdkedjor. Främst handlar riktlinjerna om vilka metoder som bör tillämpas inom missbruksvården, och det framgår vilka metoder som är effektiva och bygger på vetenskaplig grund samt vilka som saknar tillräcklig vetenskaplig grund. Det är i huvudsak metoder för hälso- och sjukvården som riktlinjerna har rekommendationer för, då den verksamheten har lång tradition av vetenskaplig forskning att utgå ifrån. Då det gäller socialtjänsten, menar man i riktlinjerna att, de ligger efter då det gäller systematisk dokumentation, publicering och diskussion av klientfall. Det är frånvaron av strukturerad dokumentation som gör att det inte finns någon tillgång till evidensbaserade utvärderingar, vilket försvårar arbetet att ta fram kunskapsbaserade rekommendationer för socialtjänsten (Socialstyrelsen 2007:a).

En slutsats när det gäller arbetet med missbruks och beroendevård är att man bör samordna insatserna och behandlingen. Det finns goda erfarenheter från team som arbetar både med behandling och sociala insatser. Efter att man har identifierat problemet och dess svårighetsgrad behövs det verktyg för val av insats, behandlingsplanering och uppföljning av klientens egen situation och behov. Många av de verktyg som används för detta ändamål kan också användas för verksamhets- och kvalitetsutveckling. De verktyg som socialstyrelsen anser uppfyller kraven för socialtjänstens dokumentation är ASI (Addiction Severity Index) och DOK (Dokumentationssystem för utvärdering) när det gäller vuxna klienter (Socialstyrelsen 2007:a).

Socialstyrelsens riktlinjer är inte juridisk tvingande. Yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård måste enligt lag utföra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialtjänsten däremot skall enligt lag arbeta med att erbjuda insatser som håller god kvalitet, vilket man menar uppnås genom systematisk dokumentation, egenutvärdering och kontroll. Enligt socialstyrelsen så borde det vara självklart för yrkesgrupperna inom missbruksområdet att använda det bästa tänkbara kunskapsstödet, även om riktlinjerna inte är formellt tvingande (Socialstyrelsen 2007:a).

Vi kommer inte att beröra alla 53 riktlinjer utan främst de som vi anser är viktiga för området utredning och vårdplanering inom socialtjänsten och de som vi anser har anknytning och betydelse för det vi undersöker. Dessa presenterar vi dels som tidigare forskning i detta kapitel och dels i våra diskussioner om teoretiska begrepp i kapitel fyra.

2.2 Dokumentation inom socialtjänsten

I socialtjänstlagen och förvaltningslagen kan man läsa om de lagar som styr handläggningen inom socialtjänsten. Utöver det finns forskning och rapporter som anger vilka saker man bör tänka på när man gör en utredning och hur den bör vara utformad. Handläggning av enskilda personers biståndsansökningar ska dokumenteras, där ska framgå de beslut som fattats och även de omständigheter och händelser som ligger till grund för beslutet. Enligt SoL ska det som dokumenteras vara gjort med respekt för den enskildes integritet. Man bör undvika värdeladdade ord och utesluta sådana uppgifter som inte är av vikt för beslut om insatsen. Att tänka på ur vems perspektiv man dokumenterar är en annan viktig sak att ha i åtanke och att det som dokumenteras kan komma att påverka och även skapa den verklighet man beskriver (Dunér/Nordström 2005). Dokumentation och handläggning av klientärende är centrala uppgifter för socialtjänsten. Syftet med att ha regler för handläggning och dokumentation är den enskildes rättssäkerhet (Socialstyrelsen 2006). Varje ärende hos socialtjänsten skall prövas och bedömas opartiskt och sakligt. På organisationskulturell nivå finns det ibland föreställningar om att alla klienter ska behandlas precis lika, att utredningar ska göras likadant och att alla tjänstemän ska arbeta på ett likartat sätt. Så behöver det inte vara och det kan till och med störa utredningsarbetet (Edvardsson 2003).

Dokumentationen skall tillgodose flera syften. Socialstyrelsen anser att dokumentation är nödvändig, för att kunna följa upp och utvärdera de insatser som ges. Den systematiska dokumentationen är en förutsättning för utvärderingar av resultatet och av insatserna för den enskilde individen. Dessutom behövs dokumentationen för att kunna utveckla och förbättra socialtjänstens verksamhet (Socialstyrelsen 2006). Ytterligare syften med dokumentation är att andra kan få insyn i handläggningen av enskilda ärenden och att man möjliggör för klienten att få tillgång de uppgifter som legat till grund för beslutet. Genom dokumentation blir det även mer kontinuitet i arbetet och det blir enklare att följa ärenden över tid (Dunér/Nordström 2005). All handläggning av ett ärende skall ske fortlöpande och skyndsamt dokumenteras. I journalerna skall alla åtgärder och all planering tydligt framgå (Socialstyrelsen 2006).

Allt arbete som görs för att samla material till en utredning skall finnas dokumenterat i journalen det skall också framgå ifall den enskilde tycker att någon uppgift i dokumentationen är oriktig. De utredningar som socialtjänsten gör handlar oftast om att utreda den enskildes behov och bedöma dennes rätt till bistånd enligt SoL eller LSS. Vilka uppgifter som skall finnas med i utredningen beror på ärendets karaktär, men det finns vissa krav på utredningen. Då det gäller dess form skall den vara tydlig och strukturerad. Då det gäller innehållet skall utredningen bestå av tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga uppgifter. Dessutom är det viktigt att man i arbetet med att samla in material strävar efter att ge en allsidig och relevant bild, med både positiva och negativa uppgifter om den enskildes situation. Utredningen skall hållas objektiv och får inte sträva efter ett visst resultat. I utredningen skall det också framgå hur den enskilde ställer sig till inhämtande av information från andra myndigheter eller privatpersoner, samtycke från den enskilde krävs alltid då det inte handlar om utredningar gällande tvångsåtgärder. I alla utredningar som rör vuxna bör det framgå om ett barn berörs av ärendet samt hur man beaktar barnperspektivet (Socialstyrelsen 2006).

2.3 Standardiserade intervjuverktyg

För att upptäcka, bedöma, utreda och dokumentera missbruk och beroende, finns det olika tester att använda sig av. I de nationella riktlinjerna har testen delats in i två olika kategorier,

psykologiska och biologiska test. Med biologiska test menas till exempel, blod, saliv eller urinprov. Dessa test är ofta utmärkta att använda för att upptäcka ett missbruk. Med psykologiska test menar de i riktlinjerna test och frågebatterier av beteendevetenskaplig natur. Exempelvis så rekommenderas att man använder ASI eller DOK för att utreda hjälpbehov och för att dokumentera. Bägge dessa testmetoder förutsätter ordentlig utbildning och gärna återkommande kontroller för att säkerställa resultaten (Socialstyrelsen 2007:a).

ASI är den nyaste av dessa intervjumallar och används i mer än en tredjedel av Sveriges kommuner samt inom hälso- och sjukvårdens beroendevård och inom kriminalvården (www.socialstyrelsen.se:a). ASI och andra strukturerade intervjuer är en bra grund då de används systematiskt, men eftersom det alltid är klientens behov av rätt insats och behandling som är det viktigaste så kan intervjuerna behöva kompletteras med annan information och andra arbetssätt. Det finns flera fördelar med att använda sig av strukturerade intervjuformer. Förutsättningarna för att göra enhetliga bedömningar ökar och det underlättar uppföljningen. Med intervjuens hjälp kan man även se till hela klientens livsområde till exempel ekonomi, arbete, kriminalitet och nätverk (www.socialstyrelsen.se:a).

DOK utvärdering och dokumentationssystem har utvecklats av en expertgrupp i nära samarbete med behandlare. En del av frågorna i DOK kommer från ASI-intervjun. DOK används främst på behandlingshem och då vid klientens inskrivning, utskrivning och uppföljning. DOK används på ett 60-tal institutioner som bedriver frivillig vård samt inom alla SiS (Statens institutionsstyrelse) LVM (Lagen om Vård av Missbrukare)-hem. Data som fås fram genom DOK kan användas som stöd för klientens behandlingsplanering, för verksamhetsplanering, jämförelser mellan frivillig vård och tvångsvård samt för att utveckla och förbättra missbruksvården (www.stat-inst.se).

DUR är en förkortning och står för Dokumentation, Utvärdering och Resultat. Syftet är att ha en gemensam och systematisk dokumentation för socialt arbete i Göteborgs stad. Målet med DUR är att det ska bidra till att kommunen ska kunna ge insatser som förbättrar kommuninvånarnas livssituation. Genom systematisk dokumentation önskar man öka kunskapen om människors livssituation samt vad insatser inom verksamheterna leder till. Förutsättningarna för människors delaktighet i insatserna förväntas öka i och med användandet av DUR (www.goteborg.se).

För att ett test ska kunna rekommenderas så ställer man två huvudkrav på dem. Det ska ha dokumenterad reliabilitet (tillförlitlighet) och validitet (användbarhet). Genom att kontrollera att mätinstrument visar samma resultat vid upprepade mätningar kan man säkerställa reliabiliteten. Reliabiliteten, alltså mätprecisionen utgör taket för validiteten, men att testen har hög reliabilitet är ingen garanti för validiteten. Därför är det viktigt att kontrollera att testet verkligen ger svar på det man avsett att få svar på, då är validiteten hög. Utöver dessa huvudkrav så är det av stor vikt att testen finns i en svensk version. Manualer och beskrivningar måste vara på svenska och dessutom ska det finnas svenska normer och referensvärden (Socialstyrelsen 2007:a).

2.4 Utvärdering av kvalitén inom socialtjänsten

Socialstyrelsen har tillsammans med SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) inlett arbetet med att ta fram kvalitetsindikationer för socialtjänstens verksamheter. Inom ramen för detta arbete har de publicerat en lägesbeskrivning med en modell över hur man kan utveckla kvalitetsindikationerna. Indikationerna skall gälla såväl individuella som strukturella insatser

och utformas olika beroende på vilken slags verksamhet det gäller. Förutom kvalitetsmålet att leva upp till de lagar, föreskrifter och mål som beslutas för en verksamhet, så har de i lägesrapporten formulerat fem viktiga indikationsmål för att mäta kvaliteten inom socialtjänsten. Det handlar om att socialtjänstens verksamhet skall utgå från:

1. Respekt för människors självbestämmande och integritet
2. Helhetssyn, vara samordnade och kontinuerliga
3. Att vara kunskapsbaserade och effektivt utförda
4. Att vara tillgängliga
5. Att vara trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.

Missbruksvården lyfts fram som ett exempel på ett område där det kan vara särskilt svårt att mäta effektivitet och kvaliteten. Målsättningen är ofta ökad funktionsförmåga och ett drogfritt liv. Här spelar samhällssynen på missbruk och de åtgärder som man vill satsa på för att erbjuda vård och hjälp in. Man måste alltså utgå från en strukturell nivå såväl som en processnivå. För de klienter som uppnår målet ett drogfritt liv, finns det förutom de behandlingsinsatser som missbruksvården erbjuder ofta fler samverkande faktorer såsom anhöriga, sjukdom eller kanske frälsning. Därför är det komplicerat att mäta effekten av missbruksvården. I arbetet med att ta fram kvalitetsindikatorer bör man ha målsättningen att dessa indikatorer skall utgå från både aktuell lagstiftning och bästa tillgängliga kunskap (Socialstyrelsen 2007:b).

Kostnader för missbruk och beroende berör hela samhället. För att fördela de gemensamma resurserna på bästa sätt så är bör man veta vilka insatser som ger bäst effekt för lägst kostnad. De har inte funnits tillfredställande utvärderingar eller studier, framförallt inte från Sverige, så att man i riktlinjerna har kunnat peka på vad som är mest kostnadseffektivt. Däremot framhålls vikten av att skaffa kunskap inom ett område som i dagsläget har stora brister, vilket de menar kan göras genom att vårdgivarna systematiskt skaffar information om verksamheter som bistår med stöd och behandling, för att bedöma om dessa har effekt. Om inte behandlingsenheten kan påvisa några positiva resultat så kan behandlingen inte heller rekommenderas. Vårdgivarna bör specificera och klargöra följande:

- Målet med behandlingen (till exempel nykterhet, minskat missbruk eller beroende minskad konsumtion eller avhållsamhet från narkotika).
- Vilken målgrupp behandlingen riktar sig till.
- Behandlingens varaktighet.
- Behandlingsfrekvens.
- Behandlingens innehåll
- Personalens antal och utbildning.
- Vad behandlingen kostar.
- Vilka kostnader som ingår i priset eller som kan uppstå till följd av behandlingen.
- Vilka kostnadsbesparingar som behandlingen ger på kort och lång sikt.

Även i de fall där behandlingen sker inom huvudmannens egen regi, bör ovanstående uppgifter dokumenteras, så att det går att jämföra olika behandlingsalternativ.

Det är inte bara samhället som skulle kunna tjäna på ekonomiska utvärderingar utav olika behandlingsinsatser utan även de enskilda individerna med missbruksproblem. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det viktigt att veta att resurserna läggs där de gör mest nytta, om två metoder bedöms ge samma resultat men den ena metoden är billigare så ska man välja den. För den enskilda klienten är det värdefullt att veta att det finns belägg för att den insats som erbjuds är utvärderad och bedömd att fungera (Socialstyrelsen 2007:a).

2.5 Vilka faktorer styr val av insats

Jan Blomqvist och Lisa Wallander har tillsammans publicerat två FoU-rapporter med utgångspunkt i projektet ”Vem får vilken missbruksvård”, där över 200 socialsekreterare i Stockholms stad och län har presenterats för fem fiktiva klientfall i form av utförliga vinjetter. Tanken bakom detta projekt är att då man skall införa ny kunskap inom ett område så räcker det inte att veta vilka metoder och som är effektiva och bör implementeras, utan man behöver också kunskap om hur och varför man arbetar på ett visst sätt i dagsläget.

I den första delrapporten ”Åt var och en vad hon behöver” har socialsekreterarna bedömt och föreslagit lämpliga insatser för de olika vinjetterna. På så sätt har författarna kunnat spegla professionaliteten inom socialtjänstens missbruksarbete. I rapporten analyseras också de olika enheternas förutsättningar för arbetet, dels då det gäller yttre faktorer som problemtyngd och resurser men också då det gäller inre faktorer som synen på klientens problem och behov. Rapporten visar att det är i de ekonomiskt svagaste och mest problemfyllda områdena som det spenderas mest pengar, per capita, på missbruksvård. De geografiska skillnaderna över hur missbruksarbetet bedrivs, vilka klienter som erbjuds vilka insatser, förefaller vara stora. Dessutom saknas det en tydlig professionell enighet då det gäller flera aspekter av missbruksarbetet såsom, synen på missbruk, bedömning av behov samt val av hjälpsats (Blomqvist/Wallander 2004). Slutligen konstaterar författarna att, oavsett hur de centrala rekommendationerna för hur missbruksarbetet ser ut, så är kanske det allra viktigaste att skapa förutsättningar för en lokal kunskapsuppbyggnad. Med ganska enkla medel, utan strukturella omorganisationer eller politiskt fattade beslut, borde man kunna skapa en intern diskussion kring bedömningar och val av insats, vilket i dagsläget saknas på flera håll. ”*I ett lite vidare perspektiv finns det anledning att plädera för att man mer generellt på den lokala nivån försöker skapa rutiner för en fortlöpande dokumentation, uppföljning och kritisk granskning av det egna arbetet*” (Blomqvist/Wallander 2004:139). Inom socialt arbete bör man gemensamt reflektera över det egna arbetets mål och mening. En förutsättning är då att det vardagliga sociala arbetet systematiskt dokumenteras. Då måste man sätta ord på vad man gör och formulera mål för sitt arbete. Genom att dokumentera utfallet av varje insats, kan man vara uppmärksam och vid behov tillsammans med klienten revidera vårdplanen. Då man också ser till de små målen och inte endast utvärdera övergripande och långsiktiga mål ger det också socialarbetaren och klienten möjligheter att uppmärksamma framsteg vilket kan främja fortsatt positiv utveckling (Blomqvist/Wallander 2004).

Även i den andra delrapporten ”Vad styr vårdvalen?” där Blomqvist och Wallander främst studerar vilka klientegenskaper som predicerar olika insatser, samt hur insatsvalen varierar mellan olika bedömare och mellan olika enheter, rekommenderar författarna att det förs en öppen dialog om dessa frågor i den lokala praktiken. De har kunnat se att socialsekreterarnas egna attityder till missbruksproblem på flera sätt styr val av insats och att det finns en tendens att man tar ärver de attityder som finns på arbetsplatsen. Därför bör socialarbetarkåren i den lokala praktiken, lyfta fram och föra en dialog om, på vilka grunder deras bedömningar och val av insatser vilar (Blomqvist/Wallander 2005).

3 Teori och teoretiska begrepp

I detta kapitel presenterar vi teorin om KASAM som är den teori vi använt för att analysera och förstå vår empiri, vi presenterar också lite teorier gällande uppsatsens centrala begrepp.

3.1 Känsla av sammanhang

Aaron Antonowskys bok "Hälsan mysterium" gavs ut i en svensk version i början av 1990-talet. Det salutogena perspektivet och begreppet KASAM, som Antonowsky står för, har snabbt blivit populärt inom olika verksamheter och områden. Inom vård, rehabilitering, skola, friskvård och socialtjänstens förebyggande arbete är det lätt att applicera ett salutogent perspektiv, där man ser till det friska och fungerande istället för det sjuka och problematiska. Inom socialtjänstens missbruks- och utredningsarbete är det däremot kanske inte lika vanligt att tillämpa ett salutogent perspektiv.

KASAM är en förkortning för känsla av sammanhang, som beskriver känslan av tillit till sin egen förmåga att möta livets olika skiften. Begreppet KASAM innehåller tre underbegrepp som förtydligar innebörden av begreppet. Dessa begrepp är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonowsky 1991).

Begriplighet innebär att man förstår inre och yttre stimuli och därmed kan förutse och förklara de stimuli som man utsätts för. Detta gäller både positiva och negativa stimuli som genom en hög känsla av begriplighet går att göra gripbara eller förståeliga. Begriplighet hjälper även individen att öka förutsägbarheten och förklarbarheten i livet när man utsätts för olika fenomen. Även att vara delaktig kan göra tillvaron mer begriplig för individen.

Hanterbarhet motsvarar de resurser en person anser sig ha till sitt förfogande för att möta de krav som ställs. Dessa resurser kan kontrolleras av personen själv eller av någon närstående, bara tillit finns. Alltså är det inte bara individens egna resurser som kan vara av betydelse utan även resurser som andra har tillgång till kan vara till hjälp om individen känner förtroende för dem som besitter resurserna.

Meningsfullhet betyder att en person måste finna mening i att förstå och hantera de krav från de olika stimuli man möter. Personer med hög känsla av meningsfullhet har ofta många intressen i livet och är engagerad i det den gör. Meningsfullhet fungerar också som en motivationskomponent och kan handla om i vilken utsträckning en individ anser att de prövningar och krav han eller hon ställs inför är värda ett engagemang (Antonowsky 1991, se även Starke 2003).

De tre begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet hänger ihop och då man med Antonowskys test mäter graden av KASAM så väger man in alla delar. Hög grad av KASAM är hälsobringande och innebär att man står bättre rustad att möta problem.

Antonowsky menar att man inte bör klassificera människor utifrån om de är friska eller sjuka utan istället titta på var på skalan mellan frisk och sjuk, de befinner sig. Istället för att koncentrera sig på de svårigheter som en person utsätts för så bör man koncentrera sig på hur personen hanterar de svårigheter den stöter på, alltså personens copingförmåga. Antonowsky

har studerat varför vissa personer förblir friska trots att de stöter på motgångar/stressorer som skulle göra andra sjuka. Han har då kommit fram till att det finns salutogena faktorer såsom god social kapacitet, intelligens, kreativitet, framgångsrik coping, utvecklade fritidsintressen, förmåga till feedback, impulskontroll och hög aktivitets- och energinivå. Familjen och omgivningen kan också vara gynnsamma för en persons salutogena faktorer. Då många av de salutogena faktorerna är beroende av miljön går det att stärka genom medvetenhet eller nya erfarenheter (Antonowsky 1991).

Bland socialarbetare är det vanligt att man arbetar med människor som upplever låg grad av KASAM. För handläggare, vilka kan ses som ledare i det sociala arbetet, är det viktigt att förstå sitt uppdrag och hantera sin roll och inte minst att känna att arbetsuppgifterna är meningsfulla. Många upplever att deras uppdrag är meningsfullt och begripligt, men att deras möjlighet att hantera arbetssituationen är för liten, vilket kan minska deras känsla av KASAM (Bergman/Blomqvist, 2004).

För oss blev Antonowskys teori om KASAM ett bra redskap att använda oss av dels för att hjälpa oss analysera vårt material men också för att förstå våra frågeställningar ur ett vidare perspektiv. Att använda sig av tydliga målformuleringar i vård- och arbetsplaner som är aktuella och uppnåbara för klienten tror vi är ett sätt att öka handläggarens och klientens känsla av hanterbarhet. Vi menar att individuellt upprättade mål i kombination med kontinuerlig återkoppling kan stärka klientens känsla av att kunna hantera sin situation. Att motivera klienten till delaktig i utredningen och behandlingen tror vi är ett steg i samma riktning. Vi tänker också att klientens delaktighet i utredningsarbetet ökar förutsättningarna för målen blir meningsfulla och begripliga. Därmed skulle utredningsprocessen kunna bidra till att stärka klienternas känsla av sammanhang.

3.2 Missbruk och beroende

”Det finns inga generella eller neutrala definitioner av missbruk utan, dessa är alltid historiskt och kulturellt bestämda. Definitionerna är sociala konstruktioner som innebär utdefiniering från den normalitet och ordning som råder i samhället (Skårner 2001:1)”.

Eftersom att all användning av narkotika (till skillnad från andra former av droger), är illegal i Sverige så innebär det att allt icke-medicinskt bruk officiellt klassas som missbruk. I verkligheten kan det skilja mycket på olika människors förhållande till och varianter på narkotikaanvändning (Skårner, 2001). Då det gäller narkotika kan man alltså i juridisk mening inte övergå från ett bruk till ett missbruk, vilket man däremot kan göra då det gäller alkoholkonsumtion (Johansson, Wirbing 2005).

Enligt WHO:s (World Health Organisation) diagnosklassifikationssystem ICD-10 (International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death version 10) så har missbruk och beroende olika diagnoskriterier. Med missbruk menas ett bruk som är skadligt för hälsan. Skadan kan både vara av fysisk och psykisk karaktär. Beroende menar ICD-10 är en allvarigare diagnos än missbruk. Med beroende menas kroppslig tillvänjning som medför att man utvecklar vissa beteende såsom, starkt drogsug, svårigheter att kontrollera intaget, fortsatt användning oberoende av skadliga konsekvenser, försummelse av aktiviteter och förpliktelser då man prioriterar droganvändningen högst, ökad toleransnivå och ibland även abstinenssymtom av fysisk karaktär. Då det gäller diagnoser är det viktigt att komma ihåg att de inte är några absoluta sanningar utan definitioner som man kommer överens om och dessa definitioner utvecklas och omdefinieras hela tiden. Det finns både fördelar och nackdelar med

diagnoser. Fördelen är att en gemensam definition underlättar kommunikationen mellan socialtjänst och sjukvård och att det underlättar vid forskning och utvärdering. Inom socialt arbete finns ingen rutin på att använda diagnoskriterier som hör hemma inom sjukvården. Men det kan vara av betydelse även inom socialtjänsten att skilja på missbruk och beroende till exempel för att förutse behov av abstinensbehandling eller i samtal med klienten om fortsatt förhållningssätt till droger (Johansson, Wirbing 2005).

Även socialstyrelsen förespråkar i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård ett gemensamt språkbruk, men pekar på att det finns brister med ICD-10, dels är missbruksdefinitionen alldeles för vag, vilket kan leda till att socialtjänsten fattar beslut som inte är rättsäkra. Denna risk är störst då man inte använder standardiserade bedömningsinstrument som grund för objektiva kriterier. Dessutom finns det invändningar mot att se missbruk och beroende som en sjukdom, med motiveringen att det snarare är missbruket och beroendet som leder till sjukdomar. Socialstyrelsen rekommenderar att man använder begreppet person med missbruk- eller beroendeproblematik i stället för att använda ord som missbrukare, narkoman eller alkoholist. Detta för att dessa ord definierar en person, är moraliserande och skapar ett intryck av en sammanhållen personlighetskaraktär och en sjukdomsdefinition (Socialstyrelsen 2007:a).

I detta arbete har vi inte gjort någon skillnad på missbruk och beroende då vi inte funnit att man har gjort någon skillnad på detta i vårt insamlade material. Vi anser inte heller att det är nödvändigt för att besvara våra frågeställningar eller uppnå vårt syfte. Vi presenterar ändå begreppen då vi anser att de är relevant att diskutera och eftersom de hela tiden återkommer i uppsatsen.

Missbruks- och beroendevård: *”Avser den verksamhet som bistår eller ger insatser i form av vård och behandling till klienter och patienter inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården med missbruks- eller beroendeproblem”* (Socialstyrelsen 2007:a:30).

Då det gäller den alkoholrelaterade missbruksvården har de skett stora förändringar på dess inriktning under det senaste århundradet. Förenklat kan man säga att alkoholkonsumtionen har gått från att vara hela samhällets angelägenhet till att bli den egna individens angelägenhet. Under 1900-talet första hälft låg tyngdpunkten inom missbruksvården på sociala insatser och förebyggande arbetet. Motboken och den starka sociala kontrollen av enskilda individer är bra exempel från denna tid. Motbokens avskaffande innebar en markant ökning av alkoholrelaterade skador av såväl medicinsk som social karaktär. Konsekvensen här av blev en av generösa statsbidrag finansierad utbyggnad av både den medicinska och sociala alkoholvården. Sedan 1990-talet har missbruksvården som tidigare i huvudsak drevs i offentlig regi övergått att drivas i privat regi eller av olika slags stiftelser. Antalet vårdplatser för missbrukare minskat och framförallt har de minskat inom psykiatrin. *” En allmän slutsats av utvecklingen är att socialtjänstens missbrukarvård idag huvudsakligen når en mycket selekterad och socialt utsatt grupp missbrukare. Prognosen inom denna grupp är sannolikt mycket dålig och svår att påverka med några behandlingsinsatser som har bestående drogfrihet som huvudmålsättning. Insatserna bör möjligen i större utsträckning än nu inriktas mot skadereduktion och lindring av missbruket samt att bidra till att skapa bra livsmiljöer”* (Ågren, 2000).

3.3 Delaktighet

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård tar man upp att klientens/patientens delaktighet i beslutsprocessen är viktig, därför skall alla åtgärder, oavsett om det är inom sjukvård eller socialtjänst, fattas i samverkan med klienter/patienter. Då det gäller tvångsvård skall man också ta hänsyn till klienternas/patienternas åsikter även om klienten/patienten är delaktig i lägre grad i de fallen. Återföring och feedback ökar klientens/patientens motivation och delaktighet, vilket främjar behandlingen (Socialstyrelsen 2007:a).

Delaktighet kan hjälpa individen att göra tillvaron mer begriplig och motverka maktlöshetskänslor. Även om livets erfarenheter och händelser är förutsägbara och begripliga för individen så upplevs livet som meningslöst om individen själv inte valt eller stått bakom dessa erfarenheter och händelser. Medbestämmande är avgörande för människans känsla av meningsfullhet. Då en klient upplever att det är andra som bestämmer uppgift, regler och resultat åt den, och att de inte har någonting att säga till om så reduceras klienten till ett objekt. Världen berövas sin mening då klienten upplever att dess egna åsikter inte har någon betydelse. Därför är det avgörande att klienten accepterar planeringen och har ansvar för sitt handlande och att det den gör eller inte gör påverkar resultatet (Antonowsky 1991).

I boken "Socialpedagogik" (Madsen, 2001) diskuterar man begreppet delaktighet eller deltaga som ett viktigt begrepp för människor i allmänhet. Man menar att genom deltagande kan flera personer samtidigt koordinera sina intressen så att de sammanstämmer med varandras. Man kan säga att delta har två betydelser dels handlar det om att ta del i något och dels handlar det om att dela något. Genom att skapa gemensamma intressen kan man också handla gemensamt. Att deltaga utvecklar också resurser hos individen som är viktiga och rentav nödvändiga för "*självförvaltningen av självbärande livsformer*" (Madsen 2001:92). Detta tolkar vi som att det är nödvändigt för alla människor att ha delaktighet och medbestämmande i sitt eget liv och att det utvecklar en människas resurser.

I "Socialt arbete – en grundbok" diskuteras delaktighet främst i förhållande till social barnavård och kopplat till maktlöshet. Eftersom vi tänker att personer med missbruk också är en grupp med lite makt så anser vi att detta resonemang passar in även här. I boken tar man även upp att det finns en del kritik mot att delaktighet och paternalism ofta framställs som varandras motsatser. Då ser man delaktighet som enbart positivt och starkt sammankopplat med empowerment. Man menar att det kan finnas en del begränsningar och problem med detta synsätt. De flesta socialarbetare är väl medvetna om den makt de besitter i förhållande till sina klienter och för en del blir detta ett hinder i deras yrkesutövning, man vågar helt enkelt inte använda sin makt på konstruktivt sätt. "*Det kan skada samhällets mest sårbara grupper.*" (Meuwisse, Sunesson, Swärd 2004:180). Ett sätt att använda sin makt på ett konstruktivt sätt kan vara att ge uppriktig information och att lyssna på klienternas synpunkter. Det kan också vara bra att förhålla sig till delaktighet på ett flexibelt sätt då delaktighet kan innebära olika saker för olika klienter beroende på deras situation och behov. Delaktighet i olika former är alltid möjlig i alla situationer och det kan till exempel handla om att ge möjlighet att framföra sina egna tankar, att presentera så många valmöjligheter som möjligt och att ge öppen information.

Att en klient skall vara delaktig innebär inte att socialsekreteraren avsäger sig sin makt att fatta de beslut som hon tycker är mest lämpliga utifrån både sin professionella erfarenhet och kunskap och klientens delaktighet (Meuwisse, Sunesson, Swärd 2004).

3.4 Utredningar

Ordet utredning har dubbel innebörd och kan användas både om arbetet med att anskaffa uppgifter och om den skrivna slutprodukten. Innebörden av ordet utredning kan anges som klarläggande, anskaffning och sammanställning av uppgifter (Edvardsson 2003). När vi använder begreppet i vår empiri och analys avser vi bara den skrivna slutprodukten då vi inte har varit med under processen som föregått den.

En utredning inleds alltid på någons begäran eller någons initiativ, ofta är det klienten själv som tar initiativet genom att de ansöker om någon form av bistånd. Det kan också finnas en anmälan som ligger till grund för utredningen, då blir det anmälaren som kan vara en privatperson eller någon som representerar en myndighet som tar initiativet. I de SoL-utredningar som vi studerat är det överlag klienten själv som är ansökt om bistånd, då vi valt att inte studera några LVM-utredningar.

Av utredningen skall det framgå tydligt vad som är beskrivande information om klienten och vad som är bedömningar och beskrivande teorier både från andra personer eller utredaren själv. Klienten ska få ta del av utredningen och ges chans att komma med förslag till kompletteringar innan handläggaren gör sin bedömning och sitt förslag till beslut. Efter bedömningen har klienten åter rätt att ta del av utredningen och kan då samtycka eller motsätta sig förslaget. Beslutsförslaget skall motiveras och innehålla en målsättning. Innan beslutet sedan verkställs skall det finnas en plan för hur och när uppföljning skall ske (Petitt/Olsson 1995).

I slutet av 1990-talet uppmärksammade Lisbeth Johnsson att intresset för utredningsarbete inom socialtjänsten vaknat till liv vilket hon menade märktes genom att det gjordes flera vetenskapliga studier på området samt att det framarbetades nya metoder för att utveckla utredningsarbetet. Under 1980- och 90-talet hade utredningsarbete setts som något mindre fint än till exempel behandlingsarbete och det rådde stagnation och brist på kunskapsutveckling inom utredningsområdet. I utredningssammanhang är det viktigt att utredaren inte i förväg bestämmer sig för vare sig vad som är klientens problem eller vad som vore en lämplig lösning på problemet. Utredaren bör istället sträva efter att belysa klientens situation så allsidigt som möjligt, alltså beskriva en hel person med dess svagheter och resurser. På så sätt minskar risken att utredningarna blir alltför ensidiga och att man definierar klienten utifrån hjälpbehovet. Vilket kan innebära att själva hjälpen föregår problemet (Johnsson, 1999).

3.5 Målformuleringar

Det är viktigt, för att uppnå bästa resultat, att man i utredningen planerar och formulerar mål för insatserna. Planeringen skall ske i samverkan med den enskilde, och då det är aktuellt med andra samhällsinsatser. Syftet med planeringen är att tydliggöra vad som ska göras, när, hur och av vem. Det kan finnas flera mål med en insats. Socialstyrelsen menar att målen bör motsvara den enskildes behov och förutsättningar, och vara möjliga att uppnå. Målen bör vara av både kortsiktig och långsiktig karaktär. Inom missbruksvården kan "ett drogfritt liv" vara väldigt långsiktigt och för att uppnå det bör det finnas konkreta delmål (Socialstyrelsen 2006). *"Klienter kanske inte besitter de färdigheter som krävs för att bete sig på ett riktigt sätt i olika situationer. Färdigheter kan man lära sig direkt eller genom att generalisera från andra situationer. Att formulera ett antal steg och delmål för sådan inläring brukar ofta vara till god hjälp"* (Payne, 2002:156).

Det finns forskning som visat att personer med missbruksproblematik ofta har ett tunnare och sämre fungerande nätverk runt sig än vad personer i allmänhet har och att det finns ett komplext samspel mellan missbruk och nätverk. ”*Social förankring i ett konventionellt liv verkar återhållande på missbruket, samtidigt som begränsad droganvändning gynnar möjligheterna att utveckla sådan förankring*” (Skårner 2007:315). Att systematiskt kartlägga och analysera klientens subjektiva nätverk, ger värdefull kunskap om klientens hela livssituation. Genom att beakta nätverket sätter man fokus på hela människan inte bara på missbrukaren. Det sociala nätverket kan motivera till och stödja en förändring. För många som står utan ett stabilt drogfritt nätverk kan valet att sluta missbruka också innebära isolering då de varit tvungna att välja bort nätverket från missbrukarvärlden. Därför behöver klienten få tillträde till och känna gemenskap i den vanliga världen för att drogfriheten skall fortgå. Att upprätt mål med inriktning på nätverk i behandlingsarbetet kan var gynnsamt för drogfriheten. (Skårner 2007).

3.6 Individuellt eller standardiserat socialt arbete

Den allra vanligaste metoden för att få information om en klient är att göra en intervju. En variant av intervjumetod är att använda sig av standardiserade intervjumallar. Det finns olika typer av standardiserade mallar, vissa har fasta frågor andra har bara fasta frågeområden eller kunskapsområden som ska genomgås (Bernler 1999). Under senare år har systematiska bedömningsinstrument vuxit fram, till exempel för barn och personer med missbruk. Då dessa standardiserade intervjuformer utvärderades kom man fram till att det leder till ökad struktur i informationsinsamlingen och mer enhetliga bedömningar. Bedömningsinstrument bör dock kompletteras med vanliga samtal för att bedömningen skall bli så allsidig som möjlig. Bedömningsinstrument kan aldrig ersätta de vanliga samtalen. Om man använder standardiserade intervjuformulär så bör det dokumenteras i journalen (Socialstyrelsen 2006).

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård förespråkar man standardiserade intervjumallar för att säkerställa kvalitén på utredningarna (Socialstyrelsen 2007:a). Även Johnsson menar att mallar och checklistor kan vara till hjälp för att bevaka att en utredning blir så allsidig som möjligt. Hon utfärdar dock en varning. ”*När utredaren bara inriktar sig på informationssökande och också då utgår från en färdig mall är risken stor att hon blir så upptagen av att få svar på sina frågor att hon helt missar dynamiken i samspelet med den utredda*” (Johnson 1999: 59). Risken är då att man missar information som är av betydelse för utredningen. En annan risk är att utredaren i och med mallarna distanserar sig för mycket från klienten vilket kan upplevas som kränkande. Att först skapa en arbetsallians där utredaren blir insläppt i systemet är en förutsättning för att ett bra utredningsarbete (Johnsson, 1999).

Ett sätt att arbeta individuellt utifrån klientens förutsättningar kan vara att använda sig av problemlösningssmodellen, där man utgår från kriterierna, klientens aktuella situation, klientens önskade tillstånd och samtidigt beaktar klientens resurser och hinder (Petitt/Olson 1999). Med problemlösningssmodellen sorterar man information i de fyra ovan nämnda kategorierna och ”*Information kan erhållas på många olika sätt. Det viktiga är inte vilka frågor vi ställer utan den information vi får*” (Petitt/Olsson 1999:208).

Socialstyrelsen menar också att standardiserade bedömningsinstrument behövs för att precisera missbrukstermer, vilket stärker likheten i rättstillämpningen. Genom standardiserade test undviks att socialtjänstens beslut fattas på vaga grunder ifall klienten annars bara redovisar sin situation i stora drag. Med ett standardiserat bedömningsinstrument som ASI

eller DOK där klientens olika livsområden systematiskt genomgås och där beslutsunderlagen blir tydliga, jämförbara och överskådliga vilket är viktigt ur ett klientperspektiv. De olika bedömningsinstrumenten är inte tänkta att ersätta socialsekreterarens eget omdöme utan skall ses som ett komplement som hjälper till att få en samlad bedömning (Socialstyrelsen 2007:a).

3.7 Återkoppling och uppföljning

I socialtjänstlagen 9 § står att nämnden tillika socialtjänsten i samförstånd med den enskilda ska planera hjälp och vård och sedan också noga bevaka att planen genomförs (Sveriges riksdag, 2005).

På flera ställen i de nationella riktlinjerna framhålls vikten av att återkoppla till klienten/patienten. Inte minst viktigt är detta då det gäller biologiska markörer, som t.ex. blod eller urinprov, vid kort rådgivning. *”Forskning visar att återkoppling för vissa grupper med missbruk eller beroende kan vara lika effektivt som mer omfattande behandlingsinsatser”* (Socialstyrelsen 2007:a:94). Återkopplingen bör ske vid flera tillfällen, till exempel i samband med planering av vidare behandling men även efter det att man har konstaterat missbruksproblem och hur allvarliga de är. Återkoppling motsvarar kraven på att informera klienterna eller patienterna, men kan också ses som ett första steg i missbruks och beroendebehandlingen, då återkoppling i sig är motivationsskapande. Man bör även återkoppla då man följer upp en klient eller patient efter avslutad behandling (Socialstyrelsen 2007:a).

Forskning visar även att kontinuerlig uppföljning har visats sig förlänga behandlingseffekten (Melin/Näsholm 1998). I boken *”Knarkare och plitar”* beskriver forskaren Bengt Svensson hur personal och intagna på ett LVM hem uppfattar uppföljning och återkoppling med socialsekreterare. En vanlig kritik som framförs är att socialsekreteraren inte är tillräckligt aktiv och hör av sig eller kommer på besök, inte engagerar sig i eftervården eller håller sina löften om att ordna *”saker och ting”*.

Antonowsky skriver att söka feedback och förändra sitt handlande är en vanlig coping-strategi hos personer med stark KASAM. Däremot är det inte lika vanligt att personer med svag KASAM ifrågasätter sitt tillvägagångssätt. *”Det finns ingen motivation att ändra ett handlande som leder in i en återvändsgränd och söka efter alternativa handlingsvägar. Man går blint vidare”* (Antonowsky 1991:181) Utifrån denna aspekt på återkoppling så är det viktigt att följa socialstyrelsens rekommendationer om att handläggare och klient tillsammans skall följa upp och utvärdera de i vårdplanen upprättade målformuleringarna.

4 Metod

I det här kapitlet skriver vi om hur vi har gått till väga under arbetet. Vi för en diskussion om för- och nackdelar med valda metoder. Här presenterar vi också vår förförståelse, respondenterna och våra etiska dilemman.

4.1 Förförståelse

Vi som skrivit denna uppsats arbetar båda på boenden för hemlösa kvinnor. Genom vårt arbete kommer vi i kontakt med kvinnor som har missbruksproblem vilket gör att vi är insatta i ämnets komplexitet. Då vi ibland har upplevt att vissa klienter skrivs ut från avgiftning och tvångsvård utan vidare planering, förstår vi vilka vinster ökad samverkan mellan vård och socialtjänst skulle kunna medföra både för samhället och för den enskilda individen. Vi har också sett exempel på att det kan gå bättre för klienterna att bli drogfria då de är delaktiga i sin egen planering och har en kontinuerlig återkoppling med sin socialsekreterare.

En av oss har praktiserat som missbrukshandläggare inom socialtjänsten. Erfarenheten därifrån är att flera socialsekreterare som arbetar med missbruk och beroendefrågor efterfrågar fördjupade kunskaper om vilka insatser som är mest effektiva vid olika sorters missbruk. Vi kan alltså se att förutom att höja statusen inom området så medför de nationella riktlinjernas rekommendationer mycket positivt, såsom rekommendationer om samverkan, kunskapsbaserade metoder och klientens delaktighet.

Vi har erfarenhet av målgruppen från våra arbetsplatser. De valbara kurser som vi har läst under utbildningen handlar om alltifrån barn och familj till boendefrågor. Vi har sällan läst samma kurser, därför har vi tillsammans en bred kunskapsbas från utbildningen.

4.2 Uppdrag -ämnesval

Att utvärdera vårdplaner i utredningar om missbrukarvård inom IFO i Göteborg var uppdragets ursprungliga mening. Stadskansliet ville ha en kartläggning och analys av kvalitén på socialtjänstens utredningar och vårdplaner i missbruksärenden. Efter att vi tillsammans med vår handledare från institutionen träffat stadskansliets planeringsledare i ärendet, så enades vi om att avgränsa uppdraget till en omfattning lämplig för en C-uppsats. Uppdraget blev en pilotstudie med fokus på hur socialtjänsten utformar vård/arbetsplaner inom missbruksvården, främst gällande klientens delaktighet och uppföljningsbara mål för att avhjälpa brister i den enskildes livssituation.

4.3 Litteratursökning

Vi tog tidigt i processen fram den forskning som vi ansåg var användbar för vår uppsats. Vi läste in oss på området och tog till oss kunskaper som vi sedan använde då vi studerade utredningarna, vilket hjälpte oss att hitta en struktur och få en djupare förståelse för vad vi skulle koncentrera oss på. Vi har noggrant sökt igenom området för att kunna ta del av tidigare forskning som är aktuell inom området. Vi har använt oss av olika sökord såsom, missbruksvård, delaktighet och utredningsmetodik då vi sökt efter litteratur på till olika

elektroniska arkiv inom Göteborgs universitet till exempel GUPEA och GUNDA. När vi har hittat intressant litteratur har vi även gått igenom dess referenslista för att på så sätt komma över ytterligare litteratur. Vi har inte försökt att hitta litteratur som förespråkar en viss teori eller riktning utan tvärtom så har vi valt litteratur som ibland kan representera två olika ståndpunkter inför ett visst ämne. Vi anser att det breda litteraturval har berikat arbetet och hjälpt oss att vara objektiva i analysen.

4.4 Val av metod

I uppdraget stod att ett slumpvis urval av akter skulle utgöra underlag för studien. Vi utformade en analysmall (bilaga 2) och hade en kvantitativ ansats då vi gick igenom akterna. För att bredda och fördjupa vår kunskap ville vi även ha en kvalitativ dimension på vår studie. Därför intervjuade vi också de socialsekreterare som gjort utredningarna. Vi konstruerade en halvstrukturerad intervjumall (bilaga 3) vilken dels bestod av frågor kopplade till de akter vi studerat och dels med öppna frågor kring givna teman. Vid behov ställde vi följdfrågor eller upprepade och omformulerade tidigare ställda frågor. Med tanke på uppsatsens ringa omfattning och vår begränsade tid, så tror vi att de metoder vi använt oss av, på bästa sätt hjälpt oss besvara våra frågeställningar. Det finns även andra metoder man kunde ha valt för att göra en liknande undersökning. Vi kunde ha använt oss av en vinjettmetod för att på fiktiv väg kunnat besvara våra frågor. Genom att konstruera ett antal vinjettbilder, och ingående beskriva fiktiva klienter och deras olika situationer och problem med missbruk och beroende hade vi kunnat låta handläggarna upprätta de som de ansåg vara de lämpligaste vårdplanerna. Detta tycker vi skulle kunna vara en spännande metod men på grund av vår begränsade tid och på grund av att resultaten skulle vara just fiktiva så valde vi inte denna metod. Dessutom hade denna metod inte hjälpt oss att besvara frågeställningarna gällande återkoppling och uppföljning. Som utvärderingsmetod anser vi den metod vi använt lämpar sig bättre.

4.5 Urval och empiri

Vi blev tilldelade tre stadsdelsnämnder av stadskansliet från vilka vi skulle samla in vår empiri. En anledning att just dessa tre socialkontor valdes ut var att deras chefer sedan tidigare hade kontakt med stadskansliet och var initierade i arbetet att höja kvalitén inom missbruksvården. Men även för att de olika stadsdelarna på ett bra sätt representerade Göteborgs stad. Urvalet bestod av en central stadsdel och två geografiskt spridda stadsdelar.

Innan vi påbörjade undersökningen så drog sig den centrala stadsdelsnämnden ur vilket innebar att vi kom att undersöka två istället för tre stadsnämnder. Eftersom dessa två stadsdelar är så olika så är vi ändå nöjda med vårt urval. Av de två stadsdelarna som vi utförde vår undersökning i är den ena större och kan definieras som problemfylld, segregerad och med hög arbetslöshet. Där har de 20 anställda socialsekreterarna i vuxengruppen mellan 30 och 35 klienter var. Den andra stadsdelen är mindre och har därmed också mindre andel klienter med missbruks- och beroende problematik inom sin socialtjänst. Den kan även definieras som mer välmående och har lägre andel arbetslösa. Där består vuxengruppen av två socialsekreterare som har ungefär 20 klienter var.

Man kan skilja på olika sorters empiri, dels finns primärdata och dels sekundärdata. Den förstnämnda typen är material som samlats in för en specifik studie och den sistnämnda typen är data som redan finns tillgänglig och har samlats in för andra syften (Svenning, 2003). Vi har använt oss av båda dessa sorters data. Vi har undersökt sammanlagt tolv utredningar

gällande insatser för missbrukare, sex utredningar från varje enhet och tre utredningar från varje handläggare. Utredningarna är sekundärdata och har inte gjorts specifikt för vår studie. Insatserna har varierat mellan till exempel behandlingshem, arbetsträning och boenden. Därefter har vi intervjuat de socialsekreterare som gjort utredningarna. Detta är primärdata då intervjuerna gjorts enbart för vår studie. Det har varit två socialsekreterare från varje stadsdelsnämnd så vi har gjort sammanlagt fyra intervjuer.

Från början hade vi en tanke om att även lotta vilka handläggare som skulle väljas ut på de respektive enheterna, vi menade att det vore bra att urvalet representerades av både nyanställda och mer erfarna socialsekreterare. Det visade sig, då vi pratade med enhetscheferna att ett sådant urvalsförfarande bland handläggarna inte skulle vara möjligt. På den mindre enheten arbetade endast två handläggare med missbruksfrågor och det var därför dessa två som fick medverka i undersökningen. På den större enheten arbetar visserligen ett tjugotal handläggare, men deras chef sa att det var mycket sjukskrivningar och vikariat på arbetsplatsen. Därför beslöt vi att cheferna på respektive enhet, som vi besökt, fick välja ut de handläggare vars utredningar vi skulle studera och vilka vi sedan skulle intervjua.

Efter att ha fått oss tilldelade två handläggare lottade vi fram sex nummer för varje socialkontor. På den mindre enheten var det chefen som tog fram utredningarna vi skulle lotta bland och på den större enheten gjorde socialsekreterarna det själva. Lottningsproceduren såg dock likadan ut på bägge enheterna. De tog fram tio utredningar gällande boende eller andra stödinsatser som inte utförs av socialsekreterarna själva och tio utredningar gällande institutionsvård. Därefter nummerade de utredningarna och vi gav socialsekreterarna sex olika siffror som användes som lottnummer. Genom detta förfarande anser vi att vi har gjort vad vi kunnat för att fått ett så representativt urval som möjligt.

Anledningen till att vi gjorde en uppdelning mellan institutionsvård och andra köpta insatser var att vi ville ha en jämn fördelning mellan utredningar som går vidare till nämnden och utredningar där beslut tas på enheten. På båda enheterna var det så att beslut om institutionsvård togs av nämnden medan de andra besluten togs på enheten. Vi valde bort att studera de utredningar där insatsen bestod av åtgärder, till exempel stödsamtal som handläggarna själva utförde eftersom vi i med våra frågeställningar även ville få reda på hur uppföljningen med vårdgivaren sett ut.

4.6 Presentation av informanterna och deras arbetsplatser

I den mindre stadsdelen jobbar det endast två handläggare med missbruksärenden inom vuxengruppen. Dessa har tillsammans ungefär 60 ärenden. Den ena handläggaren har varit socionom i mer än 15 år har arbetat på stadsdelens socialkontor under många år och med sina nuvarande arbetsuppgifter i vuxengruppen i fem år. Den andra har varit socionom i snart fem år och har sedan dess arbetat på enheten i vuxengruppen. Då det gäller delegationsordningen i vuxengruppen så tar nämnden alla beslut gällande institutionsvård, såsom behandlingshem. Handläggarnas närmsta chef tar beslut om boenden men i praktiken kan handläggarna själva fatta sådana beslut, kanske tack vare att de har en tät kontakt med sin chef.

I den större stadsdelen och enheten är våra informanter två av tjugo socialsekreterare som jobbar med missbruksärenden inom vuxengruppen. Dessa har tillsammans cirka 70 till 80 ärenden. Den ena handläggaren har arbetat som socionom i mer än tjugo år och har lång erfarenhet av arbete med personer som har missbruks- och beroendeproblematik. Hon är relativt nyanställd på enheten. Den andra har varit socionom i knappt tio år och har arbetat

med sina nuvarande arbetsuppgifter i drygt fyra år. Här tar nämnden beslut om behandling och alla andra beslut ska tas av första socialsekreterare vilket innebär att handläggarna inte fattar några beslut själva.

4.7 Insamlandet av empiri från utredningar

Det allra första vi gjorde då vi kom till respektive enhet var att skriva under en blankett gällande tystnadsplikt- och sekretessförsäkran.

När vi kom till den första stadsdelsnämndens socialkontor hade de två handläggarna tillika informanterna, fått lottnummer av oss per telefon och redan tagit fram de utlottade utredningarna. Vi fick tillgång till de aktuella klienternas hela akter, till vilka utredningarna hörde. Detta innebar att vi även kunde gå tillbaka och titta på tidigare utredningar och annat material som ingick i klientens akt. Även om utvärderingen bara gäller den senaste avslutade utredningen så gjorde detta att vi fick en del bakgrundsmaterial som gjorde att vi fick en mer sammanhållen bild av ärendet. Det tog två dagar att samla in empirin och vi fick tillgång till ett rum på socialkontoret där vi satt.

På det andra socialkontoret vi besökte hade vi endast tillgång till den senaste utredningen och bilagor till den. Lottningen gick dock till på samma sätt. Då det handlade om mycket mindre papper än på det första socialkontoret fick vi möjlighet att ta med oss kopior på utredningarna och sitta och gå igenom dem hemma. Utredningarna var då avidentifierade.

Båda dessa varianter har sina fördelar den förstnämnda varianten gav oss tillgång till mer material och den sistnämnda varianten gjorde det möjligt för oss att gå tillbaka till råmaterialet när vi ville. Utredningarna lämnade vi tillbaka efter två veckor men på båda socialkontoren hade vi möjlighet att komma tillbaka och titta på utredningarna igen om ville. Detta gjorde vi dock aldrig då vi ansåg att vi hade fått den information vi behövde.

Då vi gick igenom utredningarna hade vi ett kryssformulär (bilaga 2) med två svarsalternativ per fråga. Detta är den kvantitativa delen av vår undersökning och har gett oss möjlighet att visa delar av resultatet med siffror och/eller procent. När vi hade fyllt i kryssfrågorna tittade vi på utredningarna med hjälp av våra frågeställningar. Alla frågeställningar som vi har haft i den här undersökningen gick inte att svara på med hjälp av ett kryssformulär. Därför gick vi igenom de ursprungliga frågeställningarna och besvarade de frågor som de skrivna utredningarna kunde ge svar på.

Det första vi tittade på var vård- eller arbetsplanen och hur den var utformad. Vi tittade på målen och bedömde om de var schablonmässiga eller individuella (för def. se s. 7). Ibland fanns det i samma plan mål av båda slagen, detta tar vi upp mer om i resultat delen. Efter att ha tittat på målen försökte vi bedöma om vård- arbetsplanen i sig var individuell eller schablonmässig. Då försökte vi hitta formuleringar eller hänvisningar som vi bedömde var kopplade till klientens enskilda behov. På ett liknande bedömde vi om klienten hade varit delaktig i utformningen. Vi letade efter spår av klientens egna ord och önskingar men även om det uttryckligen stod om huruvida klienten hade varit delaktig eller samtyckt. I vissa fall fanns en separat vård- arbetsplan i andra fall fanns bara en målformulering i utredningen. Det sista vi undersökte var vem som beslutat gällande insatsen, vilket oftast framgick tydligt i utredningen framförallt då det var ett nämndbeslut.

4.8 Insamlade av empiri genom intervjuer

Intervjuerna med socialsekreterarna gjorde vi efter att vi hade gått igenom utredningar och tillhörande vårdplaner. Intervjuerna gjordes på socialsekreterarnas egna kontor och spelades in med bandspelare. Innan intervjun berättade vi för informanten hur intervjun var upplagd och frågade om det var okej att vi spelade in intervjun. Vi överlämnade också ett informationsblad där uppgifter fanns angående hur och i vilket syfte materialet skulle användas, konfidentialitet och hur materialet skulle presenteras (bilaga 4).

Vi började intervjuerna med tre teman, delaktighet, uppföljning och återkoppling och gav vår definition av begreppen. Vi gick igenom varje utredning utifrån dessa begrepp (bilaga 3) och informanten fick berätta hur den upplevde graden och formen för dessa i varje utredning. I slutet av genomgången av varje utredning hade vi en övrig punkt där vi gav informanten möjlighet att komma med tilläggsinformation om den ville. Efter det ställde vi några generella frågor angående utredningar i allmänhet (bilaga 3). Vid behov ställde vi följdfrågor eller upprepade och omformulerade tidigare ställda frågor. För att i möjligaste mån undvika ”intervjuareffekten” som innebär att intervjuaren påverkar svaren med sin närvaro (Svenning, 2003) har vi försökt vara goda lyssnare och låtit informanterna stå i centrum och få all uppmärksamhet under intervjun som tog mellan 40 och 60 minuter. Efter att ha gjort intervjuerna lyssnade vi på banden och skrev ut det som hade sagts och som svarade på våra frågeställningar. Ibland kom samtalen in på sådant som inte hade med våra frågor att göra, det kunde till exempel vara längre resonemang om vissa behandlingshem, sådan information skrev vi inte ut då vi ansåg att det inte hade någon relevans för våran uppsats.

4.9 Bearbetning av material

När vi analyserat empirin har vi försökt att förmedla en helhetsbild av den information vi har tagit del av. Denna helhetsbild har vi främst fått genom intervjuerna och utredningarna. Samtalen före och efter intervjuerna, handläggarnas gester och tonfall och övriga dokument som vi har haft tillgång till när vi gått igenom utredningar har också bidragit till helhetsbilden. Även om vår ansats har varit att göra en utvärdering av utredningar har det varit omöjligt att ignorera den information vi fått utöver det, därför har den också varit med då vi analyserat och sammanställt resultatet. När vi samlade in vårt material gjorde vi det del för del, först studerade vi utredningarna och sedan gjorde vi intervjuerna. När vi sammanställde resultaten gjorde vi på samma sätt, först utredningarna och sedan intervjuerna. Empirin från intervjuerna delade vi upp i tre teman, delaktighet, uppföljning och återkoppling. Anledningen till att vi gjorde på detta sätt var för att vi skulle kunna skapa en ordning i materialet och undvika att det blev rörigt. På detta sätt förvandlade vi all vår empiri till mindre och mer hanterbara delar som vi sedan kunde analysera. Vid analysen studerade vi materialet som en helhet, slog ihop delarna och försökte att få en samlad överblick som vi kunde bearbeta, samtidigt var vi hela tiden medvetna om delarna av materialet och hur dessa såg ut. Detta arbetssätt går att likna vid en hermeneutisk cirkel vilken förklarar sambandet mellan helheten och delarna. Hur man tolkar och motiverar tolkningen av delarna är beroende av hur man tolkar helheten och tvärtom. Den hermeneutiska cirkeln pekar även på sambanden mellan det vi ska analysera, vår egen förförståelse och i vilken kontext eller sammanhang analysen sker (Gilje/Grimen 1995).

4.10 Avgränsningar

Vi har valt att göra denna undersökning inom två stadsdelar i Göteborg. Möjligheten att generalisera resultatet hade varit större om vi hade undersökt fler stadsdelar. Vilket dock inte var möjligt på grund av vår begränsade tid. Eftersom vi har tittat på klientens delaktighet hade det varit en fördel att även intervjua klienter om deras uppfattning om delaktigheten i utredningarna. På grund av sekretess och av ovan angiven orsak har vi inte heller gjort detta. Vi har undersökt utredningarnas utformning och kvalitet men inte bedömt de olika insatserna och behandlingsresultat. Vi har inte heller fördjupat oss i kunskap och forskning gällande missbruks och beroende- problematik. Då det gäller begreppet utredningar används det dels för att beteckna processen där information på olika sätt samlas in och dels för den färdiga slutprodukten. I denna uppsats har vi enbart studerat den färdiga slutprodukten.

4.11 Validitet och reliabilitet

Reliabilitet kan översättas med tillförlitlighet och innebär att man har fått fram tillförlitliga resultat. Validiteten handlar om att man mäter det man har avsett sig att mäta (Thurén 2002). Detta har vi åstadkommit genom att diskutera med varandra för att hela tiden hålla oss till det väsentliga, frågeställningarna och syftet och för att alltid vara två vid bedömningar. Vi har valt att göra alla bedömningar i samråd med varandra det innebär att vi alltid har diskuterat med varandra om det har varit något någon av oss har känt sig osäker på. Detta anser vi minimerar risken att sammanställandet av resultatet blir felaktigt. Denna metod har vi använt oss av genom hela uppsatsen även under analysen. Vi menar att det stärker både reliabiliteten och validiteten. Trots detta har vårt sätt att bedöma och kategorisera innehållet i utredningarna självklart påverkat resultatet. När vi i ett senare kapitel redovisar resultaten av undersökning har vi gått in närmare på hur vi har gjort kategoriseringar och bedömningar.

Under intervjuerna har vi i största möjliga mån försökt undvika att lägga några värderingar i frågorna och inte heller ställt några ledande frågor. Vi har även varit noggranna då vi transkriberat intervjuerna och gjort det så ordagrant som vi kunnat. Dessa saker höjer uppsatsens reliabilitet. Under intervjuerna har vi även bett informanterna förklara sådant som vi kanske uppfattat fel, upprepat svaren för att få dem konstaterade samt hela tiden kontrollerat den erhållna informationen. Detta stärker validiteten i intervjusituationen (Kvale 1997).

Validiteten bör vara en kvalitetskontroll som görs under hela forskningsprocessen. Uppsatsens validitet är beroende av hållbarheten i de teoretiska resonemang som förs och även av uppsatsens frågeställningar (Kvale 1997). Vi har använt oss av forskning och teori som är relevant för uppsatsens frågeställningar och syften och känner oss trygga med att de litteraturval som vi har gjort har varit de rätta. Vi tycker också att våra frågeställningar är relevanta då de hjälper oss att uppnå vårt syfte.

Om uppsatsen haft större omfattning hade kvalitén på den kunnat höjas genom att vi kunnat studera fler utredningar och intervjua fler handläggare. Dessutom tycker vi att det hade varit intressant att inte bara koppla de utredningar vi studerat till respektive handläggare utan även till berörda klienter och vårdgivare. Detta hade ställt helt andra krav på sekretesshantering, men vi tror att de hade kunnat ge oss ökad kunskap och i de närmaste en heltäckande bild.

Andra saker som kan ha påverkat resultaten av undersökningen är att stadsdelarnas enhetschefer har varit initierade i arbetet med att höja kvalitén inom missbruksvården. Det är

tänkbart att chefernas intresse av att utveckla missbruksvården spridit sig till handläggarna vilket naturligtvis kan ha påverkat utformningen av de utredningar och vård- och arbetsplaner vi har undersökt. En enhet drog sig också ur vilket även det kan ha påverkat de resultat vi har kommit fram till, på vilket sätt det skulle ha haft effekt på resultaten kan vi dock inte veta. Det faktum att vi själva inte var med under lottningen bör inte ha påverkat utfallet vilket vi dock inte kan veta med absolut säkerhet, eftersom vi inte var närvarande.

4.12 Generaliserbarhet

Då vår studie har en kvalitativ ansats med kvantitativa inslag ansåg vi att det urvalsförfarande vi har använt oss av passade vårt syfte och våra frågeställningar. Man kan urskilja tre mål för generalisering. Det första målet är att man studerar det "som är" och utifrån det försöker fastställa det som är typiskt allmänt och vanligt (Kvale 1997). Om vi skulle säga att vi hade ett generaliseringsmål så skulle det vara detta. Det andra målet är att fastställa inte det som är just nu utan det som kommer att finnas. Det tredje och sista målet är att urskilja de situationer som man tror är ideala och exceptionella (Kvale 1997). Med våra resultat ämnar vi främst exemplifiera hur utredningar i missbruksärenden kan vara utformade. Vi gör inte anspråk på att resultaten ska vara generaliserbara i några större sammanhang. Däremot har vi genom val av metod strävat efter att få ett så slumpmässigt och representativt urval som möjligt. Vilket skulle kunna innebära att de utredningar vi kartlagt är generaliserbara för respektive handläggare, och för respektive stadsdel och kanske möjligtvis för hela Göteborgs stad, men för att säkerställa detta krävs givetvis en mer utvidgad och kontrollerad undersökning. Att vår undersökning i vissa delar överensstämmer med tidigare forskning kan dock tala för ett visst mått av generaliserbarhet.

4.13 Etiska överväganden

Syftet med uppsatsen är att studera hur socialtjänsten, inom två stadsdelar i Göteborg, planerar vården för missbrukare, med avseende på uppdrag, klientens delaktighet, standardisering och uppföljning. Det är inte viktigt för oss att bedöma eller urskilja enskilda handläggare eller stadsdelar. Vi har därför valt att presentera resultatet på ett sådant sätt att handläggare och stadsdelar hålls oidentifierade. Så långt som möjlig presenteras också materialet sammanslaget alltså stadsdelarna presenteras inte en och en och inte heller handläggarna utom då vi har sett intressanta skillnader.

Vi har tänkt på de etiska aspekterna då vi har haft tillgång till och bedömt känsligt material. Vi har döpt varje utredning till ett nummer och har i arbetsmaterialet endast använt klienternas förnamn. Vi har varit noga med att inte ha med någon information i uppsatsen eller i arbetsmaterialet som kan identifiera klienterna. Vi har skrivit på tystnadsplikt för uppgifter som kan röja klienternas identitet på båda de socialkontor som vi besökt. Med anledning av det känsliga material vi har handhaft har de etiska övervägandena varit med oss under hela uppsatsprocessen. Etiska överväganden bör finnas med under hela forskningsprocessen (Kvale 1997).

Vi har utgått från de fyra grundläggande individskyddskraven som finns inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning. Att informera om uppsatsen syfte för informanterna, samtyckekravet som innebär att man själv bestämmer över sin eventuella medverkan, konfidentialitetskravet som innebär att man förvarar personuppgifter så att ingen utomstående kan ta del av dem och man säkerställer informanternas konfidentialitet och till sist

nyttjandekravet vilket innebär att den insamlade empirin endast används för forskningens ändamål (<http://www.codex.uu.se>). Detta har vi också informerat om före intervjuerna då vi lämnat ett informationsblad (bilaga 4). Ingen av informanterna har motsatt sig att bli inspelade och vi har även upplyst om att vi raderar de inspelade intervjuerna efter det att vi har använt färdigt dem i uppsatssyfte.

Genom att vara helt öppna med uppsatsens syfte och uppläggning har vår ansats varit att ta ansvar för den kunskap vi producerat och även på vilket sätt den producerades (Widerberg 2002). Detta har varit viktigt för oss då vi har genomfört en granskning och utvärdering och vi tror även att det har underlättat intervjusituationen för informanterna. Vi anser att det har medfört en mer trygg och öppen intervjusituation för informanterna att till exempel veta att de inte på något sätt kommer att bli utpekade eller identifierade.

5 Resultat av studerade utredningar

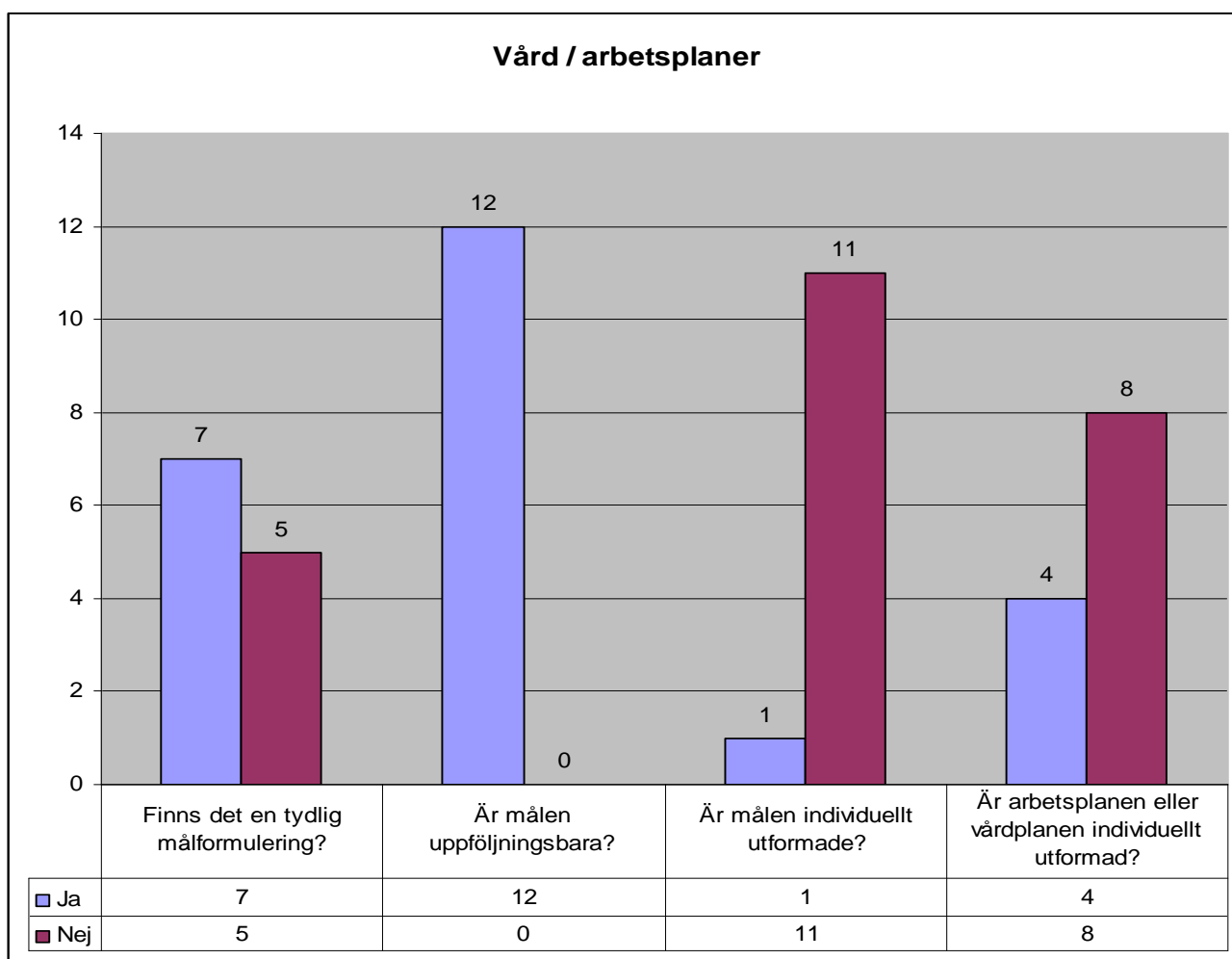
I detta kapitel kommer vi under olika teman att presentera resultaten från utredningarna.

5.1 Utredningarna

Vi utgick från vår analysmall (bilaga 2) bestående av 11 frågor med två svarsalternativ per fråga, då vi analyserade utredningarna. Kartläggningen av utredningarna var det första vi gjorde och de resultat vi redovisar här är enbart den information vi fick från utredningarna. De fördjupade kunskaper vi fick efter att ha intervjuat handläggarna redovisas i nästa kapitel. Överlag kunde vi se att de utredningarna som hade gjorts på det mindre socialkontoret var utförligare och tydligare än de som var gjorda på det större kontoret. De innehöll mer information och hade en genomtänkt struktur. På bägge enheterna kunde man tydligt se vilka utredningar som skulle gå till nämnden, då de var mer välarbetade och formella.

5.2 Vårdplan, målformulering och uppföljning

Diagram 1



Då det gäller vårdplanerna har vi sett att drygt hälften innehåller en tydlig målformulering, där det står vilka mål som klienten förväntas uppnå genom insatsen. I vissa fall var de utredningar vi studerade upprättade i samarbete med kriminalvården, vilket kunde göra att socialtjänsten inte hade upprättat någon målformulering eftersom kriminalvården är huvud-ansvariga för den första delen av vårdtiden. I de fall vi ansett att vårdplanen saknar tydlig målformulering, innebär det inte att det helt saknas mål för insatsen, utan endast att de inte är tydligt formulerade. En utredning saknar dock målformulering helt.

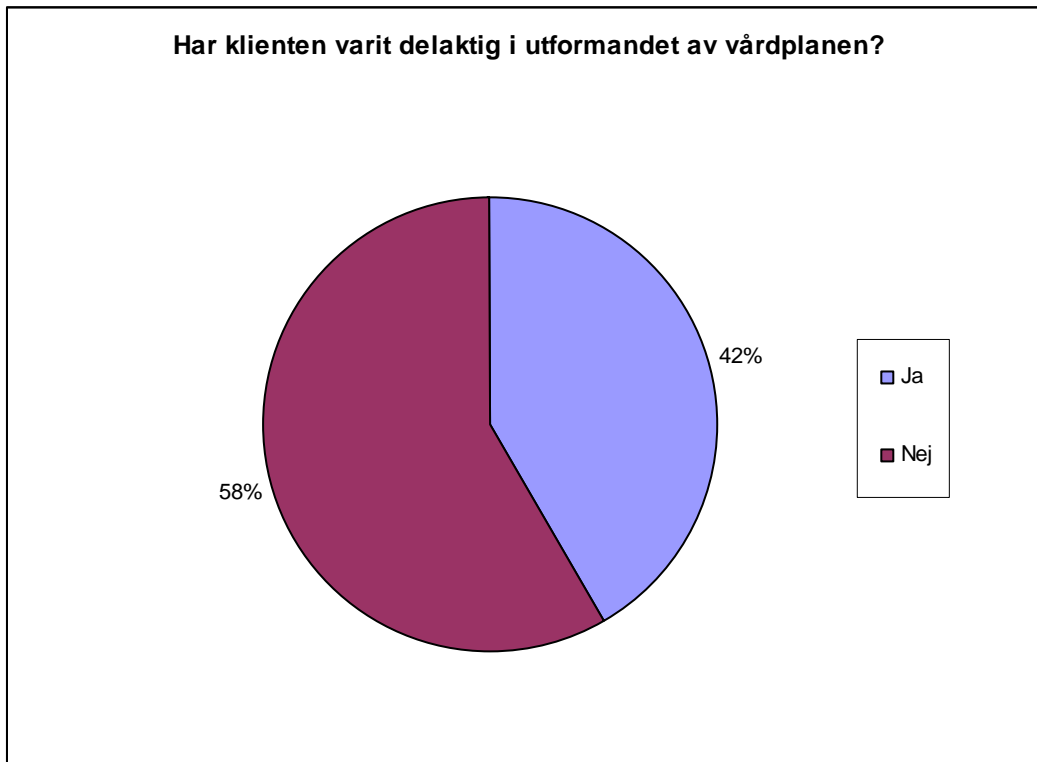
Vi har bedömt att alla vård/arbetsplaner innehåller mål som är uppföljningsbara. Främst gäller detta de kortsiktiga målen, de mål som vi ofta har bedömt vara medel för att uppnå de långsiktiga målen. Vid en given tidpunkt är det möjligt att bedöma om en klient lever ett drogfritt liv, men det är svårt att veta om detta gäller vid en senare tidpunkt. Vi anser att mål som "ett drogfritt liv" eller "god psykisk och fysisk hälsa" är mål som är svåra att följa upp. Ofta fanns det mål av båda slagen i utredningarna, både de som varit uppföljningsbara och de som inte varit uppföljningsbara. Då det har funnits mål av båda slagen har vi ändå gjort bedömningen att målen är uppföljningsbara och fyllt i analysmallen efter det.

Vidare såg vi att alla målformuleringar utom en var schablonmässigt utformade. Med schablonmässiga mål menar vi mål som kan härledas från socialtjänstens samhällsuppdrag till exempel "ett drogfritt liv" och "självständigt liv gentemot socialtjänsten", dessa mål anser vi också kan användas på vilken klient som helst och är inte anpassade speciellt efter klientens enskilda behov och förutsättningar. Detta gäller främst de långsiktiga målen. När det gäller de kortsiktiga målen ser vi att de främst handlar om regler som ska följas på boenden eller på behandlingshem. Om man tar i beräkning att insatsen är anpassad för klienten kanske man kan se dessa kortsiktiga mål som individuella. Vi anser dock att det snarare handlar om medel för att uppnå målen än om mål i sig. Vi har alltså konstaterat att i stort sett alla målformuleringar i arbetsplanen varit schablonmässiga. Vi har gjort bedömningen att även om målformuleringen är schablonmässig så kan själva vårdplanen vara individuell. Som exempel kan nämnas en klient vars mål uttrycktes som "ett drogfritt liv" som skulle få behandling med metadon för sitt heroinmissbruk och hålla kontinuerlig kontakt med en kurator på beroendekliniken, vilket vi bedömde var en individuell vårdplan med en schablonmässig målformulering. Enligt detta resonemang har vi bedömt att 4 vård/arbetsplaner varit individuella och resterande 8 schablonmässiga. Exempel på vårdplaner som vi bedömt var schablonmässiga är utformade på ett sätt som inte uttrycker klientens enskilda behov och skulle kunna appliceras på flertalet klienter.

Då det gäller uppföljning med vårdgivaren så kunde vi i utredningarna utläsa att den sker kontinuerligt i samtliga fall. Oftast angav man också ett tidsintervall, vanligtvis en gång i månaden. Med uppföljning menar vi kontakten mellan behandlingsenheten eller boendet och handläggaren angående behandlingsresultaten. Det är vanligare med muntlig uppföljning än skriftlig. Med muntlig uppföljning menar vi både telefonsamtal och möten. Med skriftlig uppföljning menar vi uppföljning per mail eller per brev. Vi har inte hittat något fall där uppföljningen endast är skriftligt men dock tvärtom. I två av tolv utredningar fick handläggarna uppföljningen skriftligt i form av månadsrapporter och som komplement till muntlig kommunikation. Vi kunde se skillnader på de båda stadsdelarna, i hur tydligt uppföljningen preciserades i utredningarna. I den stadsdelen där man tydligast preciserade hur uppföljningen skulle ske var det även vanligare med skriftliga månadsrapporter.

5.3 Delaktighet

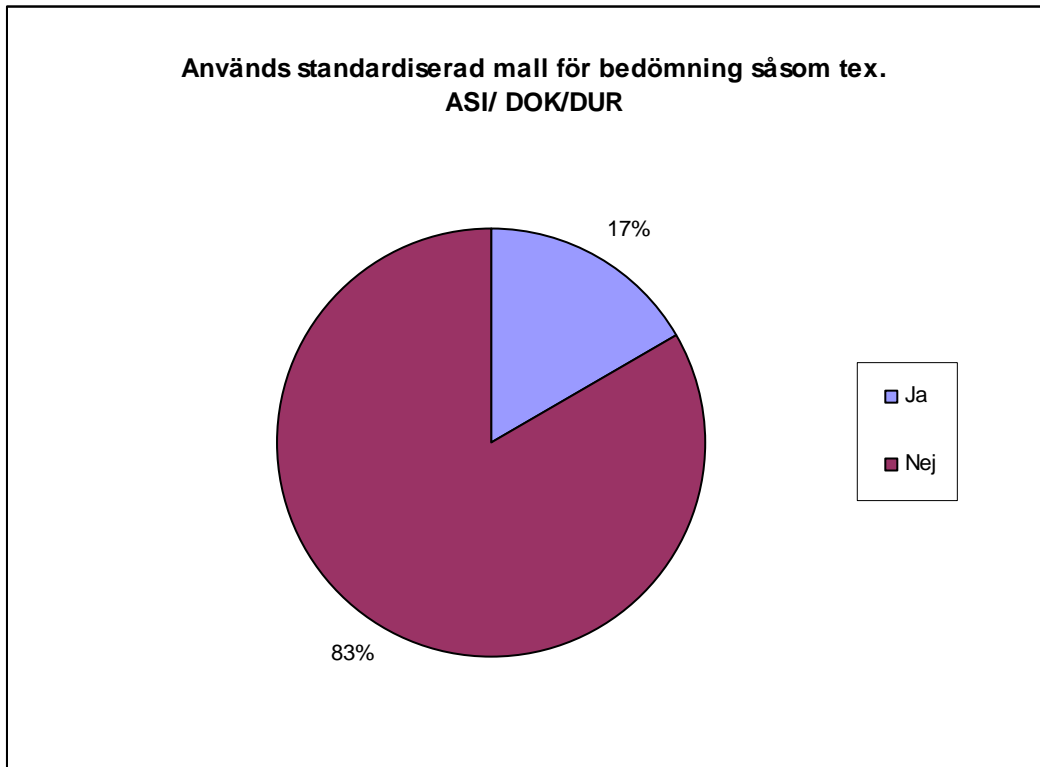
Diagram 2



Utifrån utredningarna har vi bedömt att knappt hälften av klienterna varit delaktiga i utformandet av vårdplanerna. Det var inte angett i någon av utredningarna huruvida klienten varit delaktig i utformningen av vård- eller arbetsplanen däremot kunde vi ibland utläsa att klienten önskade insatsen. Det var svårt att göra denna bedömning genom att bara titta på utredningen men om vi såg att man använt mycket av klientens egna ord och önskningsar så bedömde vi att klienten hade varit delaktig. Under rubriken där vi redovisar resultatet från de intervjuer vi gjorde finns också en tabell över hur vår bedömning gällande klientens delaktighet överrensstämmer med handläggarnas bedömning, se sidan 34. Den överrensstämmer bara i hälften av fallen. Detta visar på svårigheten att göra en sådan här bedömning utan att inhämta klientens syn på saken.

5.4 Standardisering

Diagram 3



En av de frågor vi ville ha svar på då vi studerade utredningarna var om det används någon standardiserad intervjumetod. Vi anser att om den standardiserade intervjumallen är ofullständig, bara påbörjad eller gjord för flera år sedan så används den inte på det strukturerade sätt som den är avsedd att göra. Därför har vi kryssat nej på frågan om ett standardiserat intervjuverktyg används om vi inte sett att man verkligen använt sig av resultaten från den i utredningarna. Däremot har vi bedömt att man använder sig av den om det pågått en standardiserad intervju under utredningen. Vi har endast i två utredningar kunnat se att man hänvisat eller refererat till resultat från standardiserade intervjuverktyg.

6 Resultat av intervjuer

I detta kapitel kommer vi att under olika teman presentera den information vi fick då vi intervjuade handläggarna.

6.1 Hur ser uppdraget till vårdgivaren ut?

En sak som vi skulle undersöka i utredningarna var hur uppdraget till vårdgivaren såg ut. Vi hittade inte något tydligt formulerat uppdrag i utredningarna. Därför lade vi till den frågan vid intervjuerna i den generella delen. Alla informanter uppgav att man sällan gjorde ett skriftligt uppdrag till vårdgivaren. Man uppger att man i stället försöker välja ett behandlingshem eller en insats som matchar klientens behov. En handläggare uppger att man alltid pratar med vårdgivaren om hur man vill att behandlingen ska se ut. Två handläggare uppger att man inte skriver något speciellt avtal då man utnyttjar vårdgivarens ”basutbud”, men om däremot klienten har övriga behov och man vill köpa en tilläggstjänst så gör man det med ett skriftligt avtal. Vi har inte hittat några sådana uppdrag i de utredningar vi studerat. En handläggare anser att det är annan sak med rena boenden, och uppger att hon då är mer uppdragsgivande och säger vad hon vill ha utfört. När det gäller boendeplaceringar är hon noggrannare med att specificera ett uppdrag då hon menar att boenden inte på samma sätt som behandlingshem har ett färdigt behandlingskoncept.

6.2 Vilken betydelse har handläggarens rätt till eget beslutsfattande för utformningen av utredningen och vårdplanen?

Alla informanter är i olika grad överens om att de utredningar som går till nämnden är mer utförliga. Olika åsikter som ges är att man lägger ner mer tid på dem för att nämnden ska få en hel bild, att det ska se snyggt och bra ut, att dom innehåller mer formalia och att man måste vara tydligare med att tala om behovet och varför det behövs behandling. En handläggare uppger att hon gör utförligare utredningar om det gäller ett avslag då det kan komma att överklagas. Handläggaren har då redan innan utredningen är gjord bestämt sig för vad beslutet ska bli vilket egentligen utredningen ska ge svar på. Frågan är då vem man skriver utredning för. Båda socialkontoren har samma grad av eget beslutsfattande men i praktiken tar handläggarna på det minsta socialkontoret fler egna beslut i de ärenden som inte går upp till nämnden.

6.3 Vilka faktorer styr handläggarens val av insats?

Gemensamt för alla handläggare är att man försöker att välja en insats som matchar klientens behov. Här har vi märkt en skillnad mellan de olika enheterna då det gäller att välja insatser som inte är upphandlade av Göteborgs stad. På den mindre enheten var det inte ovanligt att ansöka om en insats som inte var upphandlad om man ansåg att det matchade klientens behov. På den större enheten ansåg man att upphandlingen var en av de faktorer som styrde valet av insats. Här ansökte man endast i sällsynta undantagsfall om insatser som inte var upphandlade.

Förutom att matcha klientens behov så anges faktorer som missbrukets omfattning, typ av missbruk, ålder, hur etablerad man är i samhället, tidigare behandlingsinsatser, den psykiska

ohälsan eller om det rör sig habilitering eller rehabilitering vara sånt som också påverkar handläggarnas val av insats. Bara en handläggare uppger att ekonomi är en faktor som styr val av insats. Hon uttrycker också att man måste prioritera och menar att man inte ska ha mer vård än man behöver. Då det gäller att välja mellan olika behandlingshem angavs också att man valde utifrån egen och andras erfarenhet och upplevelse av vilka behandlingshem som har fungerat bra eller dåligt tidigare. På den mindre enheten uppgav man att man främst diskuterar olika insatser internt men att man ibland även snappar upp från handläggare på andra enheter. Man uppger att det finns vissa risker att utgå från tidigare erfarenheter då dessa kan bero på personliga tillfälligheter eller så kan förhållanden ha ändrats på till exempel ett behandlingshem. En handläggare berättar att hon sitter med i ett nystartat samverkansforum för missbrukshandläggare vars syfte är att utbyta erfarenheter om missbruksarbete.

6.4 I vilken mån har klienten medverkat i utformandet av vårdplanerna / arbetsplanerna och vad har handläggarna för uppfattning om klienters delaktighet?

Redan innan vi började samla in vår empiri så var vi frågande till hur vi skulle gå till väga för att få reda på hur mycket klienten har varit delaktig utan att faktiskt fråga klienten. Då vi satt med utredningarna upplevde vi att det var väldigt svårt att se huruvida klienten hade varit delaktig i utformningen av vård/arbetsplanen eller inte. När vi sedan intervjuade handläggarna om klientens delaktighet så märkte vi att vår bedömning inte alltid stämde överrens med handläggarens uppfattning. Till exempel tittade vi på en utredning gällande kontraktsvård i stället för ett fängelsestraff där vi bedömde att klientens delaktighet varit låg då vi inte fann några spår av klientens egna önsknings i utredningen. När vi sedan intervjuade handläggaren om detta uppgav hon att klienten varit väldigt delaktig och drivande för att få just den insatsen han sedan fick. Efter att ha jämfört vår bedömning av utredningarna med handläggarnas uppfattning angående klientens delaktighet fick vi fram det här resultatet:

Tabell 1

Klient nr:	Vår bedömning av klientens delaktighet.	Handläggarens utsagor av klientens delaktighet.
1	X	
2	X	X
3	X	X
4		
5	X	
6		X
7		X
8		
9		
10	X	X
11		X
12		X

X står för att klienten har varit delaktig.

Här kan man se att vi inte alltid har gjort samma bedömning. Delvis beror detta på att socialsekreteraren har mer information om klienten än vad som står i utredningen och i vård/arbetsplanen. Sen kan det också handla om att vård/arbetsplanen upprättades i samband med att insatsen initierades och klientens motivation och delaktighet har förändrats under insatsens gång. Det kan till exempel handla om en utredning gällande frivillig vård efter tvångsvård. En svårighet har också varit att vi har bedömt om klienterna har varit delaktiga i utformandet av vård/arbetsplanerna vilket vi sällan sett att de varit då dessa är så likformiga avseende utformning, mål och språkbruk. Vi har bedömt att man i huvudsak gör utredningarna rutinmässigt, nästan som efter en mall och vi kan då inte se att de skulle vara individuella eller att klienten skulle ha varit delaktig. Däremot har vi kunnat se att klienten har varit delaktig i planering av insatsen då den redan har varit ett faktum. Delaktighet kan se olika ut. I en del fall har klienten inte varit delaktig från början utan har inlett behandling under hot om tvång klientens delaktighet och motivation har dock förändrats under behandlingens gång. Därmed inte sagt att hot om tvång leder till motivation och delaktighet. Det är inget vi kan uttala oss om då vi valt bort att studera utredningar med tvångsinsatser. I vissa fall har klienten en önskan som samhället eller socialsekreteraren bedömer vara realistiskt i den nuvarande situationen till exempel att få ett vanligt jobb vilket gör att klienten går med på en arbetsmarknadsanpassad insats utan att egentligen vara delaktig i utformningen av den insatsen. Vid sådana tillfällen kan det vara svårt att bedöma om klienten har varit delaktig eller inte.

Alla handläggare är överens om att klientens delaktighet är väldigt viktig. De menar att delaktighet också pekar på motivation och att sannolikheten att lyckas är större om klienten själv tror på insatsen. En handläggare säger att en del försöker styra för mycket och en del bara sätter sig ner och väntar på att man ska bestämma åt dem. Hon anser att inget av det är bra. Flera menar att delaktigheten kan se olika ut och att det inte bara handlar om att låta klienten bestämma utan också att klienten och handläggaren kan utbyta idéer. En annan handläggare säger att med delaktiga klienter möter man mindre motstånd och klienten kanske snabbare kan finna sig tillrätta i ett nytt sammanhang.

Då det gäller klientens delaktighet i valet av insats så framkom under intervjuerna flera exempel på hur klienterna kämpat för en viss typ av behandling. Det kunde gälla familjehemsplacering, substitutionsbehandling (behandling med subutex eller metadon som substitution för heroin) eller ett visst boende. Alla handläggarna ansåg att klientens delaktighet var viktig, men flera av handläggarna påpekar att klientens delaktighet inte är detsamma som att helt låta klienten bestämma själv. En handläggare uttrycker att om hon bedömer att en insats som klienten önskar inte passar klientens behov så begår hon tjänstefel om hon bara går på klientens linje. Hon menar att hon är den som sitter inne med mest kunskap om olika behandlingsinsatser och att det är hennes jobb att förmedla den kunskapen till klienten. Hon säger också att det oftast brukar gå att "få med klienten på tåget" eftersom klientens ursprungliga önskan ofta är sprungen ur något rykte från en kompis. Hon tillägger dock att det inte alltid går att enas och då går ärendet till rätten om klienten överklagar. Handläggaren säger att det finns domar av bägge slagen, ibland går domslutet på klientens linje och ibland på nämndens.

Två handläggare lyfter fram att de brukar ha med sig klienterna upp i nämnden och en av dem menar att det har ett stort pedagogiskt värde dels för utskottet som behöver träffa personen bakom ärendet, men även för klienternas delaktighet. Klienten måste formulera varför och hur mycket den vill ha en insats. Det ökar också klientens förståelse för att det inte bara är att få

någoting utan att det är en lång process från det att man börjar en utredning tills att någon annan beslutar. En handläggare säger att hon brukar erbjuda klienterna att följa med till nämnden men att de väldigt sällan tackar ja till det erbjudandet. En åsikt som framkommit är att en klient anses delaktig då den är hjälpsökande.

6.5 Vad har handläggarna för kunskap och uppfattning om de nationella riktlinjerna gällande missbruks- och beroendevård?

Alla handläggarna har fått de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård i bokform. Länsstyrelsen anordnade en föreläsning om riktlinjerna som en handläggare deltog i och en annan fick avstå på grund av platsbrist. En handläggare trodde att hon kanske hade varit på en halvdagsutbildning i riktlinjerna men mindes inte riktigt, hon hade heller ingen kunskap om riktlinjerna. Den sista handläggaren uppger att hon har läst riktlinjerna och diskuterat dem med sina kolleger. Ingen av handläggarna säger att de har börjat implementera riktlinjerna i sitt dagliga arbete däremot berättar en av dem att de på hennes tidigare arbetsplats hade börjat jobba med hur man skulle få in riktlinjerna som ett verktyg i det dagliga arbetet.

På frågan om hur riktlinjerna stämmer överrens med handläggarnas egna professionella uppfattning uppgav en handläggare att hon inte kunde svara på den frågan. De övriga tre var positiva till att riktlinjerna kommit. En handläggare tycker att de stämmer med hennes uppfattning och att de pekar på komplexiteten då det inte finns några enkla svar vad som är rätt och fel. En annan handläggare tycker att de stämmer ganska bra med hennes erfarenhet och att det ger lite mer att hålla sig i. Hon upplever också att det är skönt att se att man inte gjort fel. Den sista menar att riktlinjerna är bra och tror att de kommer att underlätta samarbete mellan sjukvården och socialtjänsten. Hon menar också att det finns mycket kunskap och erfarenhet här i stan som inte alltid används på bästa sätt. Hon säger även att det behöver satsas mer på missbruksvården och att man kanske behöver jobba mer evidensbaserat och forska mer. Flera handläggare framhåller att det behövs mer forskning inom missbruksområdet.

6.6 Används standardiserad dokumentation i planering och uppföljning?

Frågan om huruvida handläggarna använder sig av någon standardiserad intervjumetod såsom ASI, DUR, DOK eller liknande hade vi med som en fråga i den mall vi utgick ifrån då vi studerade utredningarna. På det mindre socialkontoret hade vi tillgång till tidigare utredningar och löpande anteckningar gällande de klienter vars utredningar vi studerade. Därför kunde vi gå tillbaka och se om det hade gjorts någon standardiserad intervju. På det större socialkontoret där vi bara hade tillgång till de senaste utredningarna, var det svårt att utläsa om man tidigare hade använt sig av standardiserade intervjuer. Därför kompletterade vi vår generella intervju på det större socialkontoret med denna fråga. En handläggare berättade att de precis som hela Göteborgs stad skall använda sig av DUR i en grundutredning. Eftersom hennes klienter är nya för henne så vet hon inte om det är gjort sedan tidigare, hon säger också att det kan bli aktuellt för henne att göra om någon del av DUR- intervjun då klientens situation kan ha förändrats. Hon uppger även att hon tycker det är synd att de inte har ASI eftersom det används av sjukvård och kriminalvård. En annan handläggare uppger att hon använder både DUR och ASI men då använder hon sig bara av missbruksdelen av intervjuerna. Hon plockar lite från bägge och försöker använda valda delar i alla utredningar, i de tre utredningar som vi har studerat så uppger hon att hon har använt DUR i samtliga och

ASI i en. Alla handläggare har använt sig av DUR i någon form då det är rekommenderat av Göteborgs stad. Bara i två utredningar av de tolv vi har studerat har det funnits tydligt noterat om man har använt sig av en standardiserad intervjumall.

6.7 Hur arbetar man med uppföljning och återkoppling?

Med uppföljning menar vi kontakten mellan handläggare och vårdinstansen gällande behandlingsresultaten för den enskilde klienten. Alla handläggare uppgav att de hade kontinuerlig uppföljning, tidsintervallerna varierade från en gång i månaden till var tredje månad. Vanligast var dock ambitionen en gång i månaden även om det ibland uppkom hinder som gjorde att det blev mer sällan. Faktorer som handläggarna angav påverkar kontinuiteten och kvaliteten på uppföljningen är bland annat långt avstånd till behandlingsenheten, klienten själv, kontaktpersonen som är kopplad till insatsen eller behandlingshemmet/företagets rutiner för uppföljning. Alla de faktorer som handläggarna angett påverkar uppföljningen är faktorer som de själva inte kan påverka. Detta innebär att man lägger en stor del av ansvaret för uppföljningen på någon annan instans än sig själv.

Med återkoppling avser vi kontakten mellan socialsekreterare och klient gällande behandlingsresultat och klientens situation. Faktorer som handläggarna uppger påverkar återkopplingen är klientens delaktighet och vilja att göra sig hörd. I många fall är klienterna med på uppföljningsmötena och då sker återkoppling i samband med dem. Ofta är denna kontakt den enda kontakten socialsekreteraren har med klienten i några fall har man även kontinuerlig telefonkontakt. En handläggare uppger att det främst är med klienternas kontaktpersoner man har kontakt med och därigenom får reda på hur klienterna har det. Vi har sett att hur ofta återkoppling med klienten sker har även ett samband med hur villig klienten själv är att höra av sig och hålla kontakten. I vissa utredningar har man satt upp som mål att klienten ska hålla kontakt med sin handläggare.

7 Analys

I detta kapitel kommer vi att analysera våra resultat från både utredningarna och intervjuerna. Vi presenterar analysen under olika teman.

7.1 Utredningarnas utformande

Då vi studerade utredningarna noterade vi att på det mindre socialkontoret är utredningarna i allmänhet mer utförligt skrivna. Däremot såg vi då det gäller bägge enheterna att det fanns små skillnader mellan hur handläggarna på samma enhet utformade utredningarna. Vad detta beror på vet vi inte men vi tänker att det skulle kunna bero på graden av delegation eller på graden av arbetsbelastning. En annan anledning skulle kunna vara den kultur som råder på arbetsplatsen. En förklaring som Edvardsson tar upp i sin bok "Kritisk utredningsmetodik" är att det på en organisationskulturell nivå kan uppstå konformitetsföreställningar som innefattar en idé om att handläggarna bör arbeta på likartat sätt och att utredningar bör se likartade ut (Edvardsson 2003). Detta anser vi kan leda till att man blir sämre på att se klientens individuella behov och inte utformar utredningen efter dem. Vi tror att detta kan bottna i en osäkerhet inför utredningsarbete och då man inte utbildas inom området sker heller ingen kunskapsutveckling i utredningsmetodik. Ett sett som detta kanske skulle kunna förbättras på är att under socionomutbildningen satsa mer på utbildning inom utredningsmetodik eller så skulle man kunna ha återkommande diskussioner på arbetsplatserna om olika sätt att tänka kring utredningar. Ett tillfälle att ha dessa diskussioner skulle kunna vara under handledningstillfällen. En annan sak som vi funderat över när vi sammanställt den här uppsatsen är om det inte skulle kunna vara vettigt att ha en specialinriktning på socionomutbildningen i utredningsmetodik. Ett annat alternativ skulle vara, som det är på vissa ställen, att ha särskilda utredningsenheter inom socialtjänsten där man är specialister på utredningar.

De utredningar som vi tittat på som har varit uppe i nämnden är precis som handläggarna själva säger tydligare och innehåller mer formalia. Klientens behov av vård framgår tydligt och handläggarna uppger själva att de sällan får avslag på sina tjänsteutlåtanden. Det är alltså klientens biståndsbehov som tydliggörs. Enligt socialstyrelsen skall utredningen hållas objektiv och inte sträva efter ett visst resultat och man bör sträva efter att ge en relevant och allsidig bild med både positiva och negativa uppgifter om den enskildes situation (Socialstyrelsen 2006). Med utredning kan man mena både utredningsprocessen och den skrivna slutprodukten. Vi har enbart tittat på den skrivna utredningen och inte vad som har föregått den. I de flesta utredningar vi har studerat har vi fått uppfattningen om att man redan innan man skriver utredningen har bestämt sig för en insats och skriver utredningen därefter. Ibland har insatsen till och med påbörjats innan utredningen skrivits. Edvardsson menar "*att tillrättalägga utredningsarbete och utredningstexter så att man får igenom ett önskat beslut i nämnder och domstolar...är både olagligt och oetiskt*" (Edvardsson 2003:17). Att kartlägga klientens situation är inte det enda som styr hur utredningen utformas, utan även andra faktorer som till exempel nämnden eller om man planerar att ge ett avslag påverkar utformningen. Vi ställer oss frågan för vem och i vilket syfte man egentligen gör utredningen om beslutet om insatsen i praktiken redan är taget. Kanske kan man se det som ett sätt för

handläggarna att hantera en arbetssituation där man gör väldigt många utredningar och ibland flera för varje klient.

De utredningar vi har tagit del av är SoL ärenden och grundar sig i att någon ansöker om hjälp på grund av ett upplevt problem. Lisbeth Johnsson (1999) skriver att man då borde kunna förvänta sig att man i utredningen har dokumenterat problemets manifestationer och gjort en analys av troliga orsaker och inte bara beskriver klientens biståndsbehov. Vidare konstateras att detta sällan görs och även vi har sett att det främst är biståndsbehovet som tydliggörs i utredningarna och då extra tydligt i de utredningar som ska behandlas i nämnden. Vi har dock i vissa utredningarna uppmärksammat möjliga orsaker till klienters problem och biståndsbehov då man beskrivit klientens bakgrund. Eftersom nämnden bara ska avslå eller bifalla en ansökan så förstår vi att tjänsteutlåtandet är utformat som det är. Däremot är det inte bra om tjänsteutlåtandet är den enda utredningen. Enligt vår uppfattning har handläggarna god kännedom om klienternas situation, detta har framgått av intervjuerna. Det finns dock inte alltid dokumenterat i utredningen. Anledningen till detta skulle kunna vara att man anser att det är onödigt eller överflödigt information eller att man anser att det är för mycket jobb att göra utredningen så utförlig. Samtidigt så är det inte mening att icke relevant information ska stå med i utredningarna, det är en fin balansgång mellan för mycket och för lite information.

Utredningsarbetet kan användas som den första delen i en behandling och Johnsson (1999) menar det finns ett uttalat syfte att utredningen ska leda till förändring. I andra fall är syftet att man ska komma fram till om insatsen är nödvändig eller inte (Johnsson 1999). Vi tror att det borde gå att använda sig av standardiserade intervjuverktyg i bägge dessa typer av utredningsarbete. Vi upplever dock att dessa används mest för att man bör göra det. Det kanske påverkar i vilken riktning man arbetar med en klient men "hur" finns inte dokumenterat i utredningarna. Vår upplevelse är att mycket av utredningsprocessen inte finns dokumenterad. Som vi även tidigare påpekat verkar det i vissa fall vara så att utredningen görs efter att insatsen har påbörjats. Vi anser inte att det behöver betyda att insatsen är ogenomtänkt utan handläggaren har kanske redan från början en bra uppfattning om klienten och dess behov. Detta skulle kunna härledas till att samma klienter återkommer hela tiden och oftast har flera insatser samtidigt vilket innebär att handläggarna får göra flera utredningar på samma klient. Under intervjuerna framkom att i samtliga ärenden så har socialsekreterarna mycket mer information om klienten än vad som framkommer i utredningen.

Bernler och Johnsson som i mitten av 1990-talet gjorde en ingående studie av akter upprättade inom socialtjänsten och konstaterade att socialsekreterare förde "dubbel bokföring". Handläggarna använde en begränsad del av den information de hade fått om klienten i sina utredningar. De skrev endast det som var nödvändigt för att motivera ett beslut om en viss insats. I själva klientarbetet kunde handläggaren sen använda sig av all övrig information hon fått om klienten, denna information bevarades i socialsekreterarens huvud. Utifrån den informationen kunde hon göra andra analyser och bedömningar än de som framgick av utredningarna. Nackdelen med denna dubbla bokföring är att klienten kan identifiera sig med den begränsade bild som ges i utredningen. Det kan innebära att klientens ansvar för sin situation minskar och därmed chansen till förändring. *"När t.ex. en socialsekreterare bedömer att klienten måste komma till insikt om sin egen delaktighet i problemen för att dessa skall kunna förändras/lösas, men samtidigt i akten skriver att hon bedömer att det är ett behov av kontaktperson som föreligger, så är det de senare som klienten tar fasta på"* (Bernler/Johnsson 1999:74). Då vi jämförde informationen från utredningarna med den information vi fick från handläggarna kunde vi också konstatera att det förekom dubbel bokföring.

En tänkbar orsak till att utredningarna är knapphändiga tror vi är att samma klient kan ha flera ärenden pågående samtidigt, och då kan det vara svårt att veta vad som dokumenteras var. Det är ju tänkbart, fast knappast troligt, att det står mer om klientens resurser i utredningen om ekonomiskt bistånd än vad det gör i utredningen gällande behandling.

7.2 Klientens delaktighet

Alla handläggarna ansåg att klientens delaktighet var viktigt och en förutsättning för att kunna utföra ett bra arbete. Vad man la i begreppet delaktighet varierade dock mellan olika handläggare. En handläggare nämnde att vara hjälpsökande som ett tecken på delaktighet, en annan handläggare pratade mycket om att ta med klienterna till nämnden som ett bra sätt att upprätthålla delaktighet mellan klient och handläggare. Vi tänker att handläggarens resonemang om det pedagogiska värdet av att klienten följer med till nämndsammanträdet passar väl ihop med Antonowskys tankar om KASAM känsla av sammanhang. Genom att stärka klientens känsla av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet blir klienten mer delaktig och engagerad i det han gör.

Genom att endast läsa utredningarna var det svårt att bilda sig någon uppfattning om hur pass delaktig klienten varit i utredningen. Visserligen kan man tänka att i de ärenden vi har studerat så har utredningen alltid föregåtts av en ansökan från klienten. Med tanke på lagstiftningen och hur positiva samtliga handläggare var till klienternas delaktighet, så tycker vi ändå att det är anmärkningsvärt att det inte kunde återses i utredningarna. I en utredning till exempel ansökte och beviljades en klient ett boende. Då vi sedan intervjuade handläggaren berättade hon varit tillsammans med klienten på flera studiebesök på olika boenden som klienten tackat nej till, och att klienten verkligen trivdes på detta ställe som han slutligen valt. Den informationen fick vi dock inte genom att läsa utredningen, vilket vi kan tycka är olyckligt, särskilt med tanke på ifall den aktuella handledaren byter arbete och klienten får en ny handläggare som inte är insatt i ärendet.

7.3 Målsättning

De mål som finns angivna i SoL är alldeles för allmänt hållna för att kunna användas i utredningar som mål för insatser. I stället bör man ange mer konkreta mål för insatsen som blir tydliga för klienten. Målen bör vara realistiska och anpassade efter klientens behov. Ett mål som handlar om ett nyktert liv kan ligga väl långt fram i tiden och kännas mindre angeläget. Målen bör även formuleras tillsammans med klienten och vara uppföljningsbara (Socialstyrelsen 2006). Om klienten inte varit delaktig i vårdplaneringen och målformulering, vilket vi misstänker är fallet då målen är allt för schablonmässiga, är risken att målen inte känns meningsfulla för klienten och då är inte heller motivationen så stor. Genom att formulera mål som är individuella och möjliga att uppnå kan klientens känsla av hanterbarhet av sin livssituation stärkas och därmed också känslan av meningsfullhet (Antonowsky, 1991)

I flera utredningar och under intervjuerna med handläggarna fick vi information om enskilda klienters behov, situation och resurser som vi tänker att man skulle kunna lyfta fram tydligare i utredningarna. Genom att se till det som fungerar, det friska, kan man stärka klientens egna resurser (Antonowsky 1991). Exempel på detta kan vara kreativa intressen och förmågor eller behov av nytt och stärkt nätverk. Tidigare forskning har visat att missbrukare ofta har ett dåligt utvecklat nätverk, genom att koncentrera sig på nätverket tar man hela människan i beaktning och inte bara missbrukaren. Klienten kan ha hjälp av sitt nätverk med motivation

och förändring (Skårner 2007). En handläggare nämner ett sådant fall där en storebror har haft stor påverkan för klientens förändringsarbete. Denna information fick vi vid en intervju och gick inte att läsa i utredningen. Detta skulle kunna vara ett exempel som skulle kunna ligga till grund för en individuell målformulering där man sett till klientens resurser.

I praktiken fungerar det sällan att enbart arbeta efter en i förväg uppgjord målsättning då det ofta inträffar händelser som man inte kunnat förutse, därför kan det vara bra med täta uppföljningar då man kontinuerligt utvärderar behandlingen med avseende på mål och delmål som kanske behöver uppdateras, revideras eller kompletteras (Melin/Näsholm 1998). Vid dessa uppföljningar har handläggaren också möjlighet att bekräfta klienten i de delmål som uppnåtts. Då klienten är delaktig i att upprätta mål och delmål för sin behandling, ökar förutsättningarna för att målen blir begripliga, vilket skulle kunna öka klientens motivation att uppfylla målen. Då klienten lyckats på ett område ökar känslan av hanterbarhet och möjligheten att generalisera erfarenheten från det nya handlingsmönstret till en annan situation (Antonowsky 1991).

7.4 Uppföljning och återkoppling

Vår upplevelse av handläggarnas inställning till återkoppling och uppföljning är att hur väl det fungerar beror på den andra parten, det vill säga vårdgivaren eller klienten. Vi kunde visserligen se att i alla utredningar planerades det för kontinuerlig uppföljning med vårdgivaren, men det var inte alltid uttryckt vad som skulle följas upp. Eftersom det inte finns några uppdrag till vårdgivarna i utredningarna tänker vi att det blir extra svårt om en handläggare slutar och en annan tar vid under ett pågående ärende. Även om den nuvarande handläggaren har uppdraget klart för sig, så kan det bli problematiskt för andra att ta över uppföljningen och därmed utvärdera vården. När det gäller klienter som har eller har haft LVM står det i lagtexten att man ska *”aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han får personligt stöd eller behandling för att varaktigt komma ifrån sitt missbruk”* (Sveriges rikets lag 2005)). Även i SoL finns lagstadgat om uppföljning dock inte lika utförligt, men vi tycker att det borde vara lika viktigt att se till helheten oavsett om vården är frivillig eller under tvång.

7.5 Val av insats

Enligt de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård så rekommenderas olika typer av behandling för olika typer av missbruk (Socialstyrelsen 2007:a). Denna koppling kunde vi inte se i utredningarna däremot uppgav socialsekreterarna att de försökte matcha klientens behov. Vi kunde se att man hade valt behandlingshem med substitutionsbehandling (behandling med subutex eller metadon som substitution för heroin) som insats för heroinister men man angav inte varför denna behandling var det bästa valet trots att detta anges i de nationella riktlinjerna. Framförallt kan detta vara viktigt att påvisa i de utredningar som går upp till nämnden för att utgöra ett bättre beslutsunderlag.

Handläggarna angav att man valde insatser delvis utifrån egna och andras erfarenheter. Handläggarna anser att det finns vissa risker med att basera sina insatsval på tidigare erfarenheter och kollegiala diskussioner som exempel angav de att förhållanden snabbt kan förändras på en behandlingsenhet, både till det bättre och till det sämre. Vi tror ändå att det finns vinster att uppnå om detta kunskapsutbytande sker formellt och under organiserade former. Vi tror att det är viktigt med samverkansformer för missbrukshandläggare likt den en

handläggare vi intervjuat medverkar i. Enskilda handläggares attityder till missbruk tenderar att gå i arv på arbetsplatsen och styra deras val av insats. Därför är det bra om handläggare lokalt för en dialog om på vilka bedömningsgrunder deras val insats vilar på. Genom lokal dialog skapas förutsättningar för en lokal kunskapsuppbyggnad där man kan sträva mot en enhetlig syn på missbruk bedömningsbehov och insatsval. Detta kan vara väl så viktigt som centrala rekommendationer (Blomqvist/Wallander 2004).

Under intervjuerna märkte vi att handläggarna ibland gav uttryck för en osäkerhet inför sin egen kunskap och erfarenhet. När en handläggare berättade om sin kunskap till exempel inom ett visst drogmissbruksområde eller om ett visst behandlingshem avslutades meningen med att det inte behövde vara så utan det var bara handläggarens egen upplevelse. Det finns en risk när socialarbetare nedvärderar den egna kunskapen, kompetensen och erfarenheten och i stället väntar på att kunskapen ska komma utifrån i form av till exempel riktlinjer eller en ny metod. Detta gör att socialarbetarens egna resurser blir underordnade (Sandell 2005). En handläggare som är mycket positiv inställd till riktlinjerna för missbruks- och beroendevård, nämner också att det finns mycket kunskap och erfarenhet om missbruksarbete här i stan. Vi anser att det kan vara väl så viktigt, att satsa på att bygga upp en lokal kunskapsbank som att förlita sig till centralt upprättade riktlinjer.

7.6 Standardiserade mallar och nationella riktlinjer

Trots att alla handläggare någon gång gjort en standardiserad intervju med klienten så gjorde vi bedömningen att de i majoriteten av ärendena inte använder sig av dessa verktyg. För att vi skulle ha bedömt att handläggarna hade använt sig av till exempel ASI eller DOK så anser vi att de på något sätt skulle finnas spår av det i utredningen, vilket det oftast inte gjorde. Vi tänker att standardiserade intervjuverktyg skulle kunna vara ett sätt att säkert kartlägga en klients styrkor, svårigheter och behov. Vilket borde kunna vara en bra grund för att sedan arbeta fram en vårdplan med individuell målsättning och hänvisa den till den standardiserade intervjun.

Att följa de nationella riktlinjerna för missbruks och beroendevård tror vi kan bidra till högre grad av KASAM både hos klienter och hos handläggare. En salutogen verksamhet präglas av att arbetet är organiserat så att känslan av sammanhang stärks. Att ha väletablerade forum där man ständigt diskuterar och löpande utvärderar arbetet tror vi kan stärka känslan av begriplighet. Att arbeta utifrån vetenskapligt framtagna riktlinjer tror vi kan bidra till ökad känslan av hanterbarhet. Att fokusera på att stärka det friska hos klienterna tror vi kan skapa en känsla av meningsfullhet för både klienter och handläggarna.

För att hjälpa en klient på bästa sätt tror vi att man måste börja i klientens värld, bekräfta det friska och skapa en god relation. Genom att ställa frågor (kanske med hjälp av standardiserade mallar) och framförallt lyssna på klienten samt att hjälpa klienten att utvärdera och ompröva sina copingstrategier kan man öka klientens begriplighet. Genom att stärka klientens egna resurser och visa på olika sätt att möta svårigheter så kan man öka klientens känsla av att kunna hantera sin situation. Genom struktur och konkreta individuella mål menar vi att klientens känsla av meningsfullhet ökar. Därmed ökar klientens känsla av sammanhang.

8 Slutdiskussion

Avslutningsvis för vi en diskussion om de resultat vi fått fram och hur vi tänker att de kan användas. Vi lyfter också fram lite frågor som har väckts hos oss under arbetets gång, vissa frågor tänker vi skulle kunna ligga till grund för vidare forskning.

Det uppdrag som låg till grund för vår uppsats var att studera utredningar. Då vi påbörjade arbetet fick vi ta ställning till att termen utredning har en dubbel innebörd, dels den kartläggande processen och dels den skrivna slutprodukten. Som vi tidigare angett så är det bara den skrivna slutprodukten vi har studerat. Då vi intervjuade socialsekreterarna om utredningarna så framkom mycket mer information om klientens situation och utredningsprocessen än vad vi kunde läsa oss till. Detta handlade bland annat om klientens resurser och delaktighet, om man använt en standardiserad intervjumetod och uppdraget till vårdgivaren. Vi menar att dessa uppgifter tydligare borde framgå i en utredning. Inte minst med tanke på om en ny handläggare tar över ärenden.

Den första frågan vi ville ha svar på var hur uppdraget till vårdgivaren såg ut. Vi kunde konstatera att det i utredningarna inte fanns några formulerade uppdrag. Förklaringen till detta angav handläggarna var att olika behandlingsenheter erbjuder färdiga koncept som matchas med klientens behov. Det är just att matcha klientens behov som handläggarna uppgav var avgörande för deras val av insats. Vi menar att om uppdraget i stället hade specificerats så hade det blivit tydligare vilka behov handläggarna bedömt att klienten har. Det tror vi hade varit en fördel både för klienten och för andra inblandade i ärendet. Det hade även blivit enklare att följa upp hur vården uppfyller sitt syfte.

Handläggarna är eniga om att klientens delaktighet är avgörande för utredningsarbetet och behandlingsresultatet. Under intervjuerna får vi många levande berättelser om hur klienter varit delaktiga i utredningsarbetet. Som exempel kan nämnas hur klienter påverkar val av boende, eller följer med upp i nämnden. I den skrivna utredningen kunde vi dock inte utläsa dessa eller några liknande exempel på klientens delaktighet. Detta är ett exempel på den tidigare nämnda ”dubbla bokföringen” som handläggarna för, vilken vi tror ligger till grund för den diskrepans som finns mellan handläggarnas och vår bedömning av klientens delaktighet.

Då det gäller vård- arbetsplanerna så innehåller de oftast schablonmässiga mål såsom ”ett drogfritt liv” dessa mål bedömer vi vara svåra att följa upp. Andra vanliga mål är att klienten skall följa de regler som är upprättade på den aktuella vårdinstansen till exempel att lämna drogtester. Detta betraktar vi snarare som ett medel för att fullfölja behandlingen än som mål för klienten och vården. Vi saknar individuella mål, till exempel fick vi under intervjun med en handläggare reda på att en klient varit aktiv inom en viss idrott och drömde om att bli tränare för ungdomar som utövade denna idrott. Utifrån sådan här eller liknande information skulle man kunna utforma individuella målsättningar. Vi tror också att återkopplingen hade varit mer meningsfull om de mål man ska återkoppla till är mer individuellt utformade. Den vanligaste formen för återkoppling och uppföljning var att klienten och handläggaren och en kontaktperson från vårdinstansen hade gemensamma möten. I samtliga utredningarna angavs att uppföljning och återkoppling skulle ske kontinuerligt.

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård rekommenderas att man använder sig av standardiserade intervjuverktyg, vi gjorde bedömningen att det inte gjordes på det sätt det är avsett. Om man hade gjort en standardiserad intervju så använde man sig i utredningen inte av de resultat man fått fram. Vi anser att det är onödigt att handläggaren, som kanske lagt mycket tid på att genomföra en standardiserad intervju inte knyter resultaten från den till utredningen. Man skulle i utredningen kunna använda sig av resultaten som underlag för att formulera vård- arbetsplanen eller uppdraget till vårdgivaren.

Utredningar ska ligga till grund för bedömning och beslut. Vi har sett att man snarare skriver utredningen för att motivera de beslut som man redan innan utredningen skrivs ansett bör tas. Vi menar inte att själva besluten är ogrundade då handläggarna sitter inne med mycket kunskaper om klienten, men denna information finns inte dokumenterad i utredningarna. Vi har noterat att handläggarnas rätt till eget beslutsfattande styr hur framförallt utredningen men även vårdplanen utformas. De utredningar som skall upp till nämnden är utförligare och tydligare och ofta är också vård/arbetsplanen utförligare. Vilket får oss att fundera över vad syftet med utredningen är. Vi uppfattar det som att i praktiken är utredningens främsta syfte att motivera det beslut man i förväg tänkt ta eller föreslå för nämnd att ta.

Ingen av handläggarna uttryckte sig negativt om att använda standardiserade intervjuverktyg, men att de i så liten utsträckning verkligen använder sig av dessa så som de är avsett att göra tolkar vi ändå som handläggarna inte anser att de fyller sin funktion. Som socionom har man under utbildningen tillägnat sig en bred kunskap om olika sätt att tänka och arbeta inom socialt arbete. Man läser om bemötande, motivation och relationer vilket vi tror är avgörande och viktigt. Kanske upplever man att dessa färdigheter inte kommer till sin fulla rätt då man använder standardiserade intervjumetoder. Eller så kanske handläggarna upplever att tiden man måste lägga på de standardiserade intervjuerna inte uppväger den information man kan inhämta. Därmed kan vi också förstå det motstånd som verkar finnas (men inte uttalas) mot att använda sig av standardiserade utredningsverktyg. Då det är svårt att forska på dynamiska psykosociala processer, men lättare på kognitiva och biologiska metoder blir det också den typen av standardiserade manualbaserade metoder som rekommenderas. Som vi tidigare nämnt så tror vi att det standardiserade manualbaserade arbetet skulle kunna utgöra en bra grund för att bygga det individuella behandlingsarbetet på. Till exempel skulle kunna hjälpa handläggarna att välja rätt insats för klienten. Vilket kanske redan görs idag utan att dokumenteras i utredningen, alla handläggare uppger att matcha klientens behov är något som styr deras val av insats.

Vår studie har inte utmynnat i ett svar på hur man bör arbeta med utredningar och vård- arbetsplaner. Vi har uppmärksammat att det finns ett glapp mellan hur utredningarna ser ut i verkligheten och hur socialstyrelsen och andra experter menar att utredningarna skall utformas. Vi hoppas att våra resultat kan väcka intressanta diskussioner på socialkontoren. En frågeställning som väckts hos oss under arbetets gång är ifall det kan vara så att socialstyrelsens rekommendationer ligger för långt ifrån det sociala arbetets verklighet? Som exempel kan nämnas att alla handläggarna är positivt inställda till har på något sätt tagit del av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård. Ingen har dock aktivt börjat implementera dem i sitt dagliga arbete.

I skrivande stund rapporterar SVT:s nyheter om den höga sjukskrivningsstatistiken bland landets socialsekreterare. Under 2006 var en dryg femtedel av socialsekreterarna sjukskrivna i över tre månader. Från fackens sida uppmanas arbetsgivarna att se över socialsekreterarnas arbetsvillkor. Det tycker vi är en bra åtgärd, men vi kan inte låta bli att fundera över om det

finns fler faktorer som bidrar till ohälsan bland socialsekreterare. Kerstin Wigsell, tidigare chef för socialstyrelsen är involverad i att utveckla socialtjänsten till en evidensbaserad praktik och ”hon kritiserar den bristande samordningen som finns mellan forskning, praktik, utbildning och implementering, något som knappast gynnar kunskapsutvecklingen” (Larsson 2008). Trots att vår studie inte varit så omfattande så har vi också sett att samordningen mellan utbildning, forskning, praktik och implementering brister då det gäller utredningsarbetet, och vi tänker att det kanske inte bara påverkar kunskapsutvecklingen utan även socialsekreterarnas känsla av sammanhang/hälsa.

Då denna uppsats är en pilotstudie med begränsad omfattning så blir också dess användningsområde också begränsat. Vi hoppas dock att den kan fungera som en pusselbit som läggs till ett större pussel. Förhoppningsvis kan vår studie användas som ett komplement till en större utvärdering av utredningar i Göteborgs Stad, vilket behövs för kvalitetsutveckling inom området.

Denna uppsats har gett oss uppslag till fortsatt forskning. I en liknande större studie hade man med kunnat involvera klienterna för att ta del av deras upplevelser av delaktighet och utredningsarbete. Det hade också varit intressant att titta på hela utredningsprocessen och inte bara den skrivna slutprodukten. I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård poängterar man vikten av samverkan mellan olika instanser vilket skulle kunna utgöra ännu ett forskningsområde.

Litteraturlista

Andreasson, Sven/ Berglund, Mats/ Bergmark, Anders/ Blomqvist, Jan/ Lindström, Lars/ Oscarsson, Lars/ Ågren, Gunnar/ Öjehagen, Agneta (2000) *Behandling av alkoholproblem en kunskapsöversikt*. Liber: Stockholm

Antonovsky Aaron (1991): *Hälsans mysterium*. Natur och Kultur: Stockholm

Bergman, Susanne/Blomqvist, Camilla (2004) *Uppskattande samtalskonst, om att skapa möjligheter i samtalets värld*. Mareld: Stockholm

Blomqvist, Jan/Wallander, Lisa (2004): *Åt var och en vad hon behöver? En vinjettstudie av socialarbetares bedömningar och val av insatser vid missbruksproblem*. FOU 2004:8

Blomqvist, Jan/Wallander, Lisa (2005): *Vad styr vårdvalen? En faktoriell survey av faktorer som predicerar val av insats inom socialtjänstens missbruksvård*. FOU 2005: 3

Bernler, Gunnar/Cajvert, Lilja/Johnsson, Lisbeth/Lindgren, Hans (red) (1999): *Psykosocialt arbete idéer och metoder*. Natur och Kultur: Stockholm

Bernler, Gunnar (1999): Om strukturering. I *Psykosocialt arbete idéer och metoder*. Bernler, Gunnar/Cajvert, Lilja/Johnsson, Lisbeth/Lindgren, Hans. Natur och Kultur: Stockholm

Dunér, Anna/ Nordström, Monica (2005): *Biståndshandläggningens villkor och dilemman – inom äldre- och handikappsomsorg*. Studentlitteratur: Lund

Edvardsson Bo (2003): *Kritisk utredningsmetodik. Begrepp, principer och felkällor*. Liber: Stockholm.

Gilje, Nils/Grimen, Harald (1995): *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Göteborg: Daidalos

Johansson, Katarina/Wirbing Peter (2005) *Riskbruk och Missbruk*. Natur och Kultur: Stockholm

Johnsson, Lisbeth (1999): Den psykosociala utredningen. . I boken *Psykosocialt arbete idéer och metoder*. Bernler, Gunnar/Cajvert, Lilja/Johnsson, Lisbeth/Lindgren, Hans. Natur och Kultur: Stockholm

Kvale, Steinar (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur: Lund

Körner, Svante/Wahlgren, Lars (2002): *Praktisk statistik*. Studentlitteratur: Lund

Larsson, Sam/Lilja, John/Mannheimer, Katarina (red)(2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Studentlitteratur: Lund

Madsen, Bent (2001) *Socialpedagogik*. Studentlitteratur: Lund

Meeuwisse, Anna/ Sunesson, Sune/ Swärd, Hans (2004): *Socialt arbete – en grundbok*. Natur och Kultur: Falköping

Melin, Ann-Gerd/ Näsholm, Christina (1998) *Behandlingsplanering vid missbruk*. Studentlitteratur: Lund

Payne, Malcolm (2002) *Modern teoribildning i socialt arbete*: Natur och Kultur: Stockholm

Petitt, Bill/Olson, Hardy (1995): *Om svar anhålles: en bok om interaktionistiskt förändringsarbete: teori och analys*. Mareld: Stockholm

Skärner, Anette (2001): *Skilda världar En studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk*. Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete. Skriftserie 2001:5

Socialstyrelsen (2006): *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Artikel nr. 2006-101-4

Socialstyrelsen (2007a): *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Artikel nr. 2007-102-1

Socialstyrelsen/SKL (2007b): *Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer o socialtjänsten*. Artikel nr. 2007-131-24

Starke Mikaela (2003): *Att bli tonåring – ett föräldraperspektiv*. Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete. Skriftserie 2003:5

Svenning, C (2003): *Metodboken: Samhällsvetenskaplig metod och metodutveckling: klassiska och nya metoder i informationssamhället*. Lorentz Förlag: Eslöv

Svensson, Bengt (2003): *Knarkare och plitar – tvångsvården inifrån*. Carlssons bokförlag: Stockholm

Sveriges rikets lag (2005), Nordsteds juridik AB: Stockholm

Thurén, Torsten (2002): *Vetenskapsteori för nybörjare*. Liber: Stockholm

Widerberg, Karin (2002): *Kvalitativ forskning i praktiken*. Studentlitteratur: Lund

Ågren, Gunnar (2000): Några huvuddrag i den svenska alkoholpolitiken. I boken ”*Behandling av alkoholproblem*”. Andreasson, Sven/ Berglund, Mats/ Bergmark, Anders/ Blomqvist, Jan/ Lindström, Lars/ Oscarsson, Lars/ Ågren, Gunnar/ Öjehagen, Agneta. Liber: Stockholm

Elektroniska källor, Internet:

<http://www.codex.uu.se/oversikter/humsam/humsam.html> 7/4-08

<http://www.goteborg.se/prod/sk/dur/dalis2.nsf/vyPublicerade/18C461B62CD21CB4C1256BDE003F1E5E?OpenDocument> 20/4-08

http://www.socialstyrelsen.se/IMS/ASI/Fordelar_m_ASI.htm 13/2-08:a

<http://www.socialstyrelsen.se/IMS/ASI/Index.htm> 6/2-08:b

<http://www.stat-inst.se/zino.aspx?articleID=49> 20/4-08

Tidskrifter:

Larsson, Maria (2008): *Socialtjänsten satsar på långsiktighet*. Publicerat i Akademikern nr.4 2008.

Sandell, Göran (2005): *Kunskapsbaserad socialtjänst*. Publicerat i Socionomen nr.7 2005



Utvärdering av vårdplaner i utredningar om missbrukarvård inom IFO i Göteborg.

En kartläggning och analys av kvaliteten på socialkontorens utredningar och vårdplaner i missbruksärenden. Kartläggningen är ett led i att utveckla kunskapsbaserade metoder i arbetet med missbrukare inom Göteborgs stad. Ett slumpmässigt urval av akter utgör underlag för studien. Särskild vikt läggs på att undersöka i vilken utsträckning vårdplanerna innehåller uppföljningsbara mål som tar sikte på att avhjälpa brister i den enskilde klientens livssituation. Det är också av intresse att ta reda på hur återkoppling/dialogen fungerar mellan handläggare på socialkontoren och vårdgivaren.

Webbsida	http://www.goteborg.se
Ytterligare webbsida	
Dokument	Info till IFO om kartläggningen.doc
Omfattning	15 hp (tidigare 10 poäng)
Ämnesområden	Samhälls- och beteendevetenskap
Geografiskt område	Västra Götaland
Genomförandeperiod	2008
Förfalldatum (YY-MM-DD)	2008-07-04
Uppdragsgivare	
Organisationsnummer	212000-1355
Namn	Göteborgs stad stadskansliet Valfärd
Bransch	
Antal anställda	
Ingår i en större organisation	Ja

Kontaktperson 1

Namn	Marco Fredin
Avdelning	
Postadress	Göteborgs stad Stadskansliet
Postnummer	404 82
Ort	Göteborg
Telefon 1	031-368 00 77
Telefon 2	
E-postadress	marco.fredin@stadshuset.goteborg.se

Lärosäte som handlägger förslaget	Göteborgs universitet
Senast uppdaterad	2008-01-09

Tipsa en vän

	Akt 1	Akt 2	Akt 3	Akt 4	Akt 5	Akt 6	Akt 7	Akt 8	Akt 9	Akt 10	Akt 11	Akt 12	Alt.
Används standardiserad mall för bedömning såsom tex. ASI/ DOK/DUR													J/N
Finns det i vård/arbetsplanen en tydlig måltformulering?													J/N
Är målet för vård/arbetsplanen individuellt eller schablonmässigt utformat?													I/S
Är arbetsplanen eller vårdplanen individuellt eller schablonmässigt utformat?													I/S
Är målet för vård/arbetsplanen uppföljningsbara?													J/N
Sker återkoppling/uppföljning muntlig eller skriftligt ?													M/S
Sker återkoppling/uppföljning kontinuerligt eller efter avslutad insats?													K/E
Har klienten varit delaktig i utformandet av vårdplanen?													J/N
Framgår det ifall handläggaren haft rätt till eget beslutsfattande i ärendet?													J/N
Har handläggaren fattat beslut i ärendet själv?													J/N
Om beslutsfattandet gått vidare till högre instans är det till chef eller nämnd?													C/N

HALVSTRUKTURERAD INTERVJUMALL (Ett ex/akt)

Hur ser uppdraget till vårdgivare ut?

Vårdplaner individuella/schablonmässiga?

Uppföljning/återkoppling?

Klientens delaktighet?

Övrigt?

GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete



Information till berörda socialsekreterare

Vi, Anna och Maria går sjunde och sista terminen på socionomprogrammet och håller på att skriva vår C-uppsats. På uppdrag från stadskansliet kommer vi att göra en pilotstudie där vi studerar vårdplaner inom missbruksvården. I första hand är vi intresserade av frågor som rör val av insats, klientens delaktighet och hur målen för vårdplanerna utformas och följs upp. Vi är också intresserade av era erfarenheter och tankar om missbruksarbete och de nya nationella riktlinjerna.

Tack för att ni ställer upp och låter oss ta del av era utredningar och intervjuer. Det är ni som bestämmer över er medverkan. Ni har rätt att avstå från att svara på intervjufrågorna och att avbryta intervjun när ni vill utan att lämna någon anledning. Vi vill informera om hur vi kommer att använda oss av de uppgifter vi får från er.

Vi är tacksamma om vi får använda bandspelare under intervjun, det underlättar vårt arbete, då vi slipper anteckna. När vi skrivit rent materialet, kommer kassetbandet att raderas. Vi kommer att redovisa vårt insamlade material under vissa teman och inte utredning för utredning. I uppsatsen kommer det inte att förekomma några namn eller andra uppgifter som gör att varken ni, era klienter eller er stadsdelsnämnd kan identifieras av någon utomstående. Det är endast vi som förfogar över vårt insamlade material, vilket vi enbart kommer att använda till vår uppsats. Då uppsatsen är klar ser vi till att ni får varsitt exemplar.

Om ni har frågor inför eller efter intervjun, får ni gärna kontakta oss.

Anna Bolis

Maria Bolinder