

Med brukaren i centrum?

En utvärdering av Södermalms beroendeteam

Anders Kassman

Ersta Sköndal högskola
Stockholm, 2006

Publicerad av Enheten för forskning om det civila samhället,
Ersta Sköndal högskola
Copyright © 2009 Anders Kassman
URN:NBN:se-2009-49
Produktion: Lena Blomquist

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
1. INLEDNING	6
Bakgrund	6
Södermalms beroendeteam	7
Personal	9
2. SYFTE OCH METOD	11
Uppifrån- och nerifrånperspektiv	12
Syfte och frågeställningar	12
Klientintervjuer	13
Personalintervjuer	13
Brukarundersökningar	14
Resultatuppföljning med hjälp av ASI-formulär	14
Etiska överväganden	15
Disposition	15
3. ATT BEDRIVA SOCIALT ARBETE FÖR MISSBRUKARE	16
Samverkan och specialisering	16
Att genomföra det planerade	17
Evidensbaserat socialt arbete	19
Brukarmedverkan	20
Metoder inom missbruks- och beroendevården	21
4. NATIONELLA RIKTLINJER FÖR MISSBRUKS- OCH BEROENDEVÅRDEN	24
Vårdprocessen	25
5. VAD GÖR SÖDERMALMS BEROENDETEAM?	29
Sexveckorsprogram	29
Mentalskötare	30
Sjuksköterska	31
Psykoaterapi	33
Budget- och skuldrådgivning	33
Uppsökare	34
Behandlande socialsekreterare	35
Brukaren i centrum	38
Samverkan	40
Specialisering	43
Nya klienter och målgrupper	47
Besparing	52
Sbt i förhållande till Katarina-Sofia och Maria-Gamla stan	53
Klientintervjuer	56
Man vars fru missbrukar alkohol. Aktuell juni 2005-december 2005	57

Flyttkarl med ryggproblem och ett långvarigt drickande bakom sig. Aktuell maj 2005-maj 2006	57
Sjukskriven kvinna med många olika problem. Aktuell mars 2005-maj 2006.	58
Gammal värsting med behandlingskrav. Aktuell sedan mars 2005 och fortfarande pågående	58
Mamma till två heroinister. Aktuell mars 2005-juni 2005	59
Ung kvinna med psykiska problem och långvarigt narkotikamissbruk. Aktuell sedan mars 2005 och fortsatt pågående	59
Man som söker skyddat arbete. Aktuell sedan mars 2005 och fortsatt pågående	60
HIV-smittad före detta missbrukare med stora skulder. Aktuell sedan maj 2005 och fortsatt pågående	61
Kvinnlig konstnärssjäl med alkoholproblem. Aktuell augusti 2005-maj 2006	61
De intervjuades problembild	62
Tidigare erfarenheter av vård och behandling	64
Första kontakten med Sbt	65
Upplevelsen av behandlingen vid Sbt	65
Uppfattningar om framtiden	68
Brukarundersökningar	68
Vad säger undersökningarna om klienternas möte med Sbt?	70
7. DISKUSSION	72
Södermalms beroendeteams olika uppgifter i vårdprocessen	73
De behandlande socialsekreterarna	75
En lärande organisation	76
Besparingsåtgärd	76
Med brukaren i centrum	77
REFERENSER	78
Bilaga 1. Enkät till dem som planerade Södermalms beroendeteam	80
Bilaga 2. Intervjuguide - klienter Södermalms beroendeteam	83
Bilaga 3. Intervjuguide - personal Södermalms beroendeteam	87
Bilaga 4: Brukarenkät 2005	90
Bilaga 5: Brukarenkät 2006	92
PUBLIKATIONER FRÅN ENHETEN FÖR FORSKNING OM DET CIVILA SAMÄLLET	93
Publikationer i urval	93
Skrift- och bokserie i urval	99
Arbetsrapportserie i urval	100
Metodbokserie	100

Sammanfattning

Södermalms beroendeteam är näst efter Maria beroendecentrum Stockholms läns största öppenvårdsmottagning för missbruksvård. Verksamheten kom i gång i mars 2005 och sker i samarbete mellan socialtjänsten, Maria beroendecentrum och psykiatri Södra. Målen för verksamheten är att sätta brukaren i centrum, att samverka, att bedriva specialiserad öppenvård, att nå nya målgrupper och att minska kostnaderna för främst mer ingripande vård och behandling. Verksamheten har utvärderats med hjälp av intervjuer med personal och klienter samt ett par brukarundersökningar. Undersökningen visar att klienterna är mycket nöjda med bemötandet från Sbt men att det också finns vissa frågetecken framförallt kring de behandlande socialsekreterarnas uppgifter i vårdprocessen. Relationen mellan Södermalms beroendeteam och de samverkande parternas ordinarie organisationer bör förtydligas. De behandlande socialsekreterarnas uppgifter vid Sbt bör klargöras och dokumentationsrutinerna bör ses över så att Södermalms beroendeteam får bättre förutsättningar att utvecklas vidare.

1. Inledning

Bakgrund

Runt om i landet har det vuxit fram beroendemottagningar för öppenvård av alkohol- och/ eller narkotikamissbrukare. I en undersökning 2003 bland landets kommuner hade 65 procent av de större och 40 procent av de mindre kommunerna specialiserade enheter för missbruksvård (Socialstyrelsen 2003). I januari 1998 antog Stockholms läns landsting och kommunerna i länet en gemensam policy för samverkan i missbrukar- och beroendevården (Kommunförbundet Stockholms län och Hälso- och sjukvårdsnämnden 1998). I Stockholms stads tobaks- alkohol- och narkotikapolitiska program (STAN-programmet) anges det som en prioriterad inriktning att det i alla stadsdelar skall finnas lokala missbruksmottagningar i samarbete med landstingets beroendevård (Stockholms stad 2004). I en enkätundersökning genomförd i oktober 2005 redovisade nästan alla kommuner och stadsdelar i Stockholms län att de hade integrerade beroendemottagningar. Sammantaget fanns det 36 gemensamma mottagningar för vuxna missbrukare i Stockholms län. Mottagningarnas storlek, personaltäthet och antalet patienter/klienter varierade kraftigt. I vissa fall fanns socialtjänstens hela missbruksvård, inklusive myndighetsutövningen, förlagd till den gemensamma mottagningen. De flesta mottagningarnas vårdinsatser visade sig vara koncentrerade kring avgiftning, medicinska eller psykiatriska bedömningar och utredningar, återfallsprevention samt farmakologiska behandlingar. Det mest prioriterade utvecklingsområdet var att stärka samverkan med psykiatrin. Södermalms beroendeteam ingick i enkätundersökningen och redovisade, näst efter Maria beroendecentrum AB, det största antalet klienter med pågående insatser från både socialtjänst och beroendevård (Kommunförbundet Stockholms län och Stockholms läns landsting 2006).

Flera av de olika öppenvårdsmottagningar som vuxit fram under senare år finns beskrivna i olika samlingar av ”goda exempel” som ges ut av finansiärer eller andra. Sådana beskrivningar finns i ”Steget före” utgiven av Länsstyrelserna i Skåne, Stockholms och Västra Götalands län (2005) och ”Att bryta missbruk” utgiven av Sveriges kommuner och landsting (2005). I beskrivningarna framkommer mycket som de olika enheterna har gemensamt men även att de skiljer sig åt på vissa punkter. Mottagningarna har ofta ett snävt områdesbegränsat upptagningsområde, de utgör ofta ganska små enheter som ligger i egna lokaler, de utgör samarbetsprojekt och involverar oftast socialtjänst och landsting. Många är relativt nystartade. Ofta har dessa öppenvårdsmottagningar olika relativt väl avgränsade prioriterade målgrupper vilket gör att de skiljer sig åt en del i arbetssätt och även vilka samarbetspartners som är involverade. Många öppenvårdsmottagningar drivs som mer eller mindre kortlivade utvecklingsprojekt.

I inledningen till den senare av de båda nämnda samlingarna av ”goda exempel” beskriver den journalist som skrivit rapporten sina sammanfattade intryck av de nio nedslag i den öppna vården för missbrukare som han gjort bland annat på följande vis:

Tanken på att människor med drogproblem ska vistas på institutioner, vid sidan av samhället, håller på att tappa greppet i det vårdpolitiska landskapet./... /Borta är tiden av metodflum och dagsländor i rehabiliteringssverige. Nu ställs krav på evidensbaserade metoder, på kalla fakta om hur verksamt ett visst arbetssätt är. Krav på genomtänkta strukturer och målrelaterade metoder växer nu fram med stor styrka. Samtidigt växer medvetenheten om att de som fastnar i alkohol och droger är olika, att varje individ har egna förutsättningar och en egen historia. Behandling och bemötande måste anpassas till var och en av de hjälpbehövande (Sveriges Kommuner och Landsting 2005, s. 5-6).

På några få rader fångas den tidsanda som Södermalms beroendeteam befinner sig i. Kursändringen mot öppnare vårdformer i missbruksvården är visserligen inte helt ny men den har onekligen fått en ny skjuts framåt på senare tid. Bland annat som en följd av slutsatserna i omfattande arbeten som t.ex. SBU-rapporten¹ och Socialstyrelsens olika insatser som nu senast resulterat i visserligen än så länge preliminära men ändå relativt tydligt formulerade riktlinjer för missbruksvården (SBU 2001, Socialstyrelsen 2006). I båda dessa rapporter framställs öppenvård i många fall som ett fullgott alternativ till institutionsvård.

Socialstyrelsen har även på olika vis försökt att arbeta för en kunskaps- eller evidensbaserad socialtjänst där olika beprövade, strukturerade metoder får ett ökat genomslag (Socialstyrelsen 2004). Samma myndighet har även redovisat en strävan att kombinera detta angreppssätt med en ambition om en tydligare brukarmedverkan (Socialstyrelsen 2003b).

Södermalms beroendeteam

De första initiativen till Södermalms beroendeteam (Sbt) togs av de båda verksamhetscheferna för social omsorg inom Katarina-Sofias och Maria-Gamla stans stadsdelar i december 2003. Sommaren 2004 involverades hälso- och sjukvården i projektet genom samtal med hälso- och sjukvårdsdirektören vid Stockholms läns landstings beställaravdelning. I juni samma år anställdes en projektledare och i augusti 2004 ansökte man om stöd från Kompetensfonden för projektet. I ansökan till kompetensfonden liksom i projektledarens tidiga planer för verksamheten framgår några viktiga beståndsdelar i den nya verksamheten som man i detta tidiga uppbyggnadsskede kallade ”Samverkanscentret” (Lahovary 2004, Stockholms stad 2004b).

1 SBU = Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU:s uppdrag är att ta fram ett opartiskt och vetenskapligt baserat beslutsunderlag. SBU beskriver vilka metoder som sammantaget gör störst nytta och minst skada och pekar på bästa sättet att hushålla med vårdens resurser. SBU ska också identifiera metoder som används men som inte gör nytta, inte har studerats eller som inte är kostnadseffektiva.

Som underlag för den föreliggande utvärderingen skickades i februari 2005 en enkät ut till dem som planerade verksamheten (bilaga 1). Projektets olika beståndsdelar kan utifrån dessa källor beskrivas med följande rubriker:

- brukaren i centrum
- samverkan
- specialisering
- nya målgrupper
- besparingsåtgärder

Att brukaren ska stå i centrum återkommer många gånger i de tidiga beskrivningarna av Sbt. Detta ska ske genom att verksamheten är belägen i lokaler som är lättillgängliga för de sökande och som upplevs vara mindre stigmatiserande att närma sig. När olika personer kontaktar Sbt ska de få stöd direkt. Det ska inte finnas några onödiga väntetider. Vid Sbt ska det också finnas ett ”smörgåsbord” (Stockholm stad 2004b, s. 3) av aktiviteter och behandlingar som den enskilde själv ska kunna välja från. De utredningar av de sökandes hjälpbehov som genomförs ska ske i nära dialog med de sökande. Dessutom ska brukarna kunna få ta del av professionell och fungerande behandling i sin hemmiljö. Är man i behov av behandling från flera olika håll på grund av samsjuklighet, till exempel för att man lider av både psykiska problem och beroende, så ska man inte behöva söka sig till olika vårdgivare. Så mycket som möjligt av det som efterfrågas ska finnas under ett och samma tak.

Två stadsdelar ska samverka med landstinget för att nå en av samhällets mest utsatta grupper som annars riskerar att hamna mellan stolarna i olika stödsystem. Det handlar om de personer som socialtjänsten har svårt att hantera inom sin organisation eftersom de lider av omfattande psykiska funktionshinder och som även psykvården har problem att placera eftersom de har ett pågående missbruk. Sbt ska enligt planerna vara särskilt öppet för att ta emot denna grupp, som ibland även går under beteckningen ”dubbeldiagnoser”.

Personalen vid Sbt ska vara specialister på att ta emot, utreda och behandla sökande med beroendeproblem. Eftersom många som är beroende av alkohol eller narkotika ofta har flera andra typer av problem ska personalen ha goda möjligheter att utreda deras situation och om det är nödvändigt kunna hänvisa dem till andra tillgängliga vårdalternativ om detta bedöms vara nödvändigt. En stor del av de sökande ska dock kunna tas emot under ett och samma tak och personalen ska kunna använda olika behandlingar som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Bland annat nämns motiverande intervjuer (MI) och kognitiv beteendeterapi (KBT) som viktiga behandlingsmetoder och Addiction Severity Index (ASI) som ett viktigt utredningsinstrument. Dessutom ska verksamheten rymma budget- och skuldrådgivning eftersom skulder ofta är ett av de största hindren för återgång i arbete.

Sbt ska vara öppet för alla dem som normalt söker sig till missbruksvården men särskilt syftar Sbt till att nå personer med samtidiga psykiska funktionshinder och missbruk. Dessas vårdbehov har man tidigare inte riktigt kunnat möta inom vare sig socialtjänst eller psykiatri. En andra målgrupp är de som befinner sig i ett stödbehov när de återvänder från institutionsvård. Avsikten är att Sbt ska underlätta övergången från den ofta isolerade situation som institutionsvården innebär till den mindre ordnade stadsmiljön. Dessutom ska tidiga upptäckter av missbruk bland unga på olika vis prioriteras.

Tidiga åtgärder är ofta mindre ingripande i den enskildes liv och därför att föredra även av ekonomiska skäl. De ekonomiska målsättningarna beskrivs som relativt betydelsefulla för tillkomsten av Sbt. De viktigaste målen är att minska kostnaderna för extern vård och behandling, främst i form av ett minskat antal LVM-placeringar, att minska kostnaderna för utredningsverksamheten samt att på lång sikt minska bidragsberoendet i målgruppen. Sbt beskrivs framförallt som en satsning på att samla missbruks- och beroendevården under ett och samma tak för att på sått effektivisera verksamheten, satsa på verk samma metoder i egen regi och på detta sätt kunna bidra till minskade såväl mänskliga som ekonomiska kostnader på lite längre sikt.

Under hösten 2004 ledde den nyrekryterade projektledaren det praktiska förberedelsearbetet som i ordningsställning av lokaler, inköp av möbler, rekrytering och kompetensutveckling av personal och så vidare. Beroendeteamet invigdes den 18 februari 2005 och de första patienterna och klienterna² togs emot i början av mars. Mottagningen är placerad centralt på Södermalm i Stockholm utan direkt anslutning till någon av samverkansparternas lokaler eller i samband med annan beroendevård. Lokalerna rymmer reception, besöksrum, behandlingsrum med enklare sjukvårdsutrustning och kontorsrum för personalen. De sökande kan vända sig direkt via telefon eller besök till beroendeteamet alternativt remitteras via stadsdelarna, Maria beroendecentrum, södra psykiatri eller annan instans. En gång i veckan är dessutom mottagningen kvällsöppen efter tidsbeställning.

Personal

Projektledaren är anställd av Katarina-Sofia stadsdelsförvaltning. Verksamheten vid Sbt rymmer sex socialsekreterare och två fältförlagda socialsekreterare som sökt sig till tjänsterna vid beroendeteamet från sina tidigare anställningar inom respektive stadsdel, fem från Maria-Gamla Stan och tre från Katarina-Sofia. Utöver dessa socialsekreterare som rekryterats från stadsdelarna har ytterligare tre tjänster tillsatts. En behandlare som främst arbetar med tolvstegsprogram, en behandlare med psykoterapeutisk inriktning och en jurist som arbetar med skuld- och budgetrådgivning. Maria beroendecentrum AB bidrar med en sjuksköterska på heltid som även han tidigare jobbat inom liknande samverkansprojekt och en beroendeläkare som arbetar cirka sex timmar och har två konsulttimmar/vecka. Landstinget bidrar med en psykiater med tre timmar/vecka och två mentalskötare som delar på 75 procent av en heltidstjänst. Samtliga socialsekreterare genomgick under hösten 2004 ASI-utbildning (Addiction Severity Index) och under våren 2005 utbildades

² I huvudsak används benämningen klient på besökarna till Södermalms beroendeteam i rapporten. På vissa ställen har jag även använt beteckningarna brukare, patient och patient/klient där detta tycks passa bättre.

de i användandet av motiverande intervjuer (MI) och CRA (Community Reinforcement Approach) och under 2006 i Kognitiv beteendeterapi (KBT).

2. Syfte och metod

Utvärderingsforskningen har expanderat och utvecklats kraftigt under andra halvan av 1900-talet och det tidiga 2000-talet. I tidigare utvärderingar inom särskilt det pedagogiska området ägnade man sig så gott som uteslutande åt effektmätningar. Dessa utvecklades så att man kom att använda finare och finare tekniker för att mäta till exempel elevers prestationer genom test av olika slag. I den andra generationens utvärderingar rörde sig forskningen mer mot att försöka beskriva vad det var som ledde till de uppmätta resultaten. Inom den tredje generationens utvärderingar strävade forskningen efter att värdera om det utvärderade programmet lyckades nå de resultat som eftersträvades. Man jämförde mål och uppnådda resultat och värderade på så sätt om programmet var effektivt eller inte. Alla dessa tre utvärderingsgenerationer byggde på relationen mellan mål och resultat och metoderna förfinades hela tiden. De begränsades dock samtliga till att studera det genomförda programmet ur en given intressents synvinkel, nämligen beställarnas eller beslutsfattarnas, eftersom det ofta är de som beställer utvärderingarna som även sätter målen för verksamheten. Men ett program har även andra intressenter och dessa försöker man på olika vis beakta inom den fjärde generationens utvärderingar (Guba och Lincoln 1989). När det gäller Södermalms beroendeteam är de olika intressenterna följande:

Användare och utförare (agents), det är de som på olika sätt är inblandade i genomförandet och beställandet av utvärderingen. För denna utvärdering är det främst projektets ledningsgrupp, jag själv (utvärderaren) och Kompetensfonden.

Förmånstagarna (beneficiaries), är de som på olika vis kan dra nytta av utvärderingen. I första hand är detta projektets målgrupp; klienterna/patienterna/brukarna men i andra hand även de som står i direkt kontakt med målgruppen, det vill säga personalen vid Sbt.

De försummade (victims), utgörs av dem som riskerar att påverkas negativt av utvärderingen. Det kan till exempel handla om olika förbisedda grupper vars intressen inte beaktas av olika anledningar. Till exempel kan de utgöras av missbrukare som får sämre möjligheter att få den vård de efterfrågar, personal som gärna skulle vilja jobba inom Sbt men inte får tillfälle till det osv.

Inom den fjärde generationens utvärdering bör man sträva efter att beakta alla dessa olika intressenters perspektiv. Inom utvärderingen av Södermalms beroendeteam har jag främst koncentrerat mig på att belysa följande intressenters uppfattningar om Södermalms beroendeteam: beställarna, personalen och brukarna. Till viss del har jag även samlat information från den reguljära socialtjänsten på Södermalm.

Uppifrån- och nerifrånperspektiv

Ibland beskrivs utvärderingar även utifrån att de antingen utgår från ett uppifrån- eller ett nerifrånperspektiv (Sannerstedt 2001). Ett uppifrånperspektiv innebär att man utgår från programmets formulerade mål och försöker följa hur de sipprar igenom organisationen och kommer att få större eller mindre genomslag i den faktiska verksamheten. I ett underifrånperspektiv är utgångspunkten istället den faktiskt genomförda verksamheten och man försöker med utgångspunkt i en beskrivning av denna analysera vad som format och påverkat den. I denna utvärdering har jag försökt att kombinera båda dessa angreppssätt. De delar som utgör det tydligaste inslaget av ett ovanifrånperspektiv är de delar där jag försökt att analysera de olika målsättningar som finns uttalade i verksamhetens olika måldokument och utifrån dessa försökt skissera Sbt:s programteori (Vedung 1998). Jag har i dessa delar försökt att sätta mig in i hur man i planeringsstadiet tänkte sig att verksamheten skulle ske och vilket stöd dessa tankar får i den befintliga forskningen och sedan försökt följa hur dessa idéer kommit att genomföras i praktiken.

Den del som har det tydligaste underifrånperspektivet är den som baseras på intervjuer med ett urval klienter. I denna del försöker jag tolka de intervjuades berättelser för att se hur de ser på vad som varit viktigast utifrån deras synvinkel. Med ett sådant angreppssätt blir det mindre viktigt vem som utför vad och om det sker på ett professionellt sätt eller inte. Med detta angreppssätt är det själva utfallet så som det tolkas av klienten/patienten/brukaren som står i blickpunkten.

Syfte och frågeställningar

Södermalms beroendeteam är ett utvecklingsprojekt med samverkan mellan två stadsdelar, Maria beroendecentrum AB och landstingets södra psykiatri i Stockholm. Verksamheten har vissa föregångare i liknande öppenvårdsmottagningar i såväl Sverige som utomlands. Utvärderingen följer det första året av beroendeteamets verksamhet som efter 2006 planeras få en permanent plats i vårdutbudet. Vi får räkna med att projektet har vissa startproblem som det är viktigt att skilja från dess mer långsiktiga verksamhet. Utvärderingen är formativ, processinriktad och syftar till att belysa hur verksamheten vid Södermalms beroendeteam kommit att utvecklas under dess första verksamhetsår. I undersökningen belyses hur Sbt lyckas leva upp till projektets målsättningar, så som de formulerades i rapportens inledning, samt i vilka delar verksamheten får stöd i aktuell behandlingsforskning (uppifrånperspektiv). Dessutom belyses hur ett urval klienter som genomgått behandlingen vid Sbt upplever verksamheten (nerifrånperspektiv).

Arbetet vid Sbt beskrivs framförallt med hjälp av intervjuer och forskningsläget belyses bland annat med hjälp av Socialstyrelsen nyligen publicerade nationella riktlinjer för beroende- och missbruksvården. Materialet analyseras med utgångspunkt i de rubriker som nämndes i inledningen av denna rapport: Hur lyckas Sbt att sätta brukaren i centrum? Hur ser samverkan ut inom projektet? Är Sbt ett specialiseringsprojekt? Vilka nya målgrupper når man? Är Sbt en besparingsåtgärd?

Klienternas upplevelse av Sbt beskrivs utifrån följande frågeställningar: Hur upplever de intervjuade sina problem? Vilka tidigare erfarenheter har de av vård och behandling? Hur kom de i kontakt med Sbt? Hur upplevde de behandlingen vid Sbt? Hur uppfattade de sin framtid?

Klientintervjuer

För att analysera verksamheten ur ett nerifrånperspektiv genomfördes en intervjuundersökning bland ett mindre urval av nio klienter/patienter. Två av dessa var inte aktuella vid Sbt på grund av egna missbruksproblem utan de gick på behandling som anhöriga. Jag bad socialsekreterarna och Sbt:s sjuksköterska att leta efter ”lyckade fall”: Personer som genomgått behandlingen med lyckat resultat, som var villiga att intervjuas och som personalen bedömde skulle ge en någorlunda rättvisande och fyllig beskrivning av sina problem och tiden vid Sbt. Urvalet av klienter är med andra ord strategiskt snarare än slumpmässigt (Patton 1998). Min erfarenhet från intervjuer bland andra grupper som är föremål för behandling på grund av sociala problem sa mig dels att det är mycket svårt att åstadkomma någon form av slumpmässighet i sådana urval, dels har många svårt att berätta om sig själva i en intervjusituation. De klienter som intervjuats i denna undersökning är intressanta eftersom de genomgått hela vårdprocessen från de första kontakterna med Södermalms beroendeteam till att de avslutades med ett lyckat resultat. Deras erfarenheter täcker hela vårdprocessen och intervjuerna kan ge en bild av hur brukarna upplever processens olika moment. Ytterligare en anledning att välja ut lyckade fall var att förmå personalen att tänka över vad det innebär att en klient utgör ett lyckat fall. Dessutom innebar detta en möjlighet att kunna referera till just denna specifika person vid intervjuerna med personalen så att alltför generella och svävande resonemang kunde undvikas.

Ett problem med detta urval är naturligtvis att vi får en färgad bild av behandlingen vid Sbt. Intervjuerna ger exempel på vilken typ av klienter som Sbt kan arbeta med och hur dessa personer uppfattar behandlingen men de ger ingen generell bild av verksamheten som helhet. Klientintervjuerna genomfördes under november-december 2005 och pågick under cirka en timmes tid vardera (se bilaga 2 för intervjumall). Som komplement till intervjuerna samlades den dokumentation in som deras tid vid Sbt genererat. Knappt ett halvår efter intervjuerna med klienterna så intervjuades personalen vid Sbt om hur de uppfattade dessa klienter och vad som hade hänt sedan sist. Slutligen gjordes en förfrågan i september 2006 om hur det hade gått för klienterna sedan senaste intervjutillfället. På så sätt kunde klienterna följas under ett knappt års tid.

Personalintervjuer

Personalen intervjuades under mars-april 2006 om sina erfarenheter av de aktuella fallen och vad de uppfattade vara viktiga inslag i behandlingen i just dessa konkreta fall. Dessutom intervjuades personalen om hur de såg på den nya organisationens verksamhet

i stort, vilken roll de hade gentemot klienter, de samverkande stadsdelarna och andra aktörer. Jag intervjuade fem av sex socialsekreterare samt den sjuksköterska som arbetar vid Sbt. Utöver detta så intervjuades de som ansvarar för de olika behandlingsprogram och andra tjänster som de intervjuade klienterna deltog i. Jag intervjuade behandlare, uppsökare, mentalskötare, budget- och skuldrådgivare samt uppsökare. För att undersöka hur samverkan och arbetsfördelningen mellan den reguljära organisationen vid stadsdelarna och Sbt fungerade intervjuades två socialsekreterare som arbetade kvar vid stadsdelarnas vuxensektioner samt deras närmaste chefer. Från dessa fick jag även en del uppgifter om kostnader samt ärendestatistik. Sammantaget genomfördes 16 personaltvjuer som var och en pågick under cirka en timmes tid. Många tyckte det var lång tid att prata om dessa frågor och materialet blev även relativt omfattande att analysera. Trots detta så avspeglar det enbart ett relativt skarpt avgränsat utsnitt av en verksamhet som befinner sig i utveckling och som hanterar många olika klienter/patienter i olika missbruks- eller beroendefaser. Förhoppningen är likväl att materialet ska ge en bild av det vardagliga arbetet vid Sbt som kan användas för att diskutera hur verksamheten kan utvecklas vidare (intervjumallen finns i bilaga 3).

Brukarundersökningar

Eftersom en viktig del i verksamheten är att sätta den sökande individen i centrum är det viktigt att regelbundet fråga brukarna om deras uppfattning om bemötandet från Sbt. För detta ändamål utarbetades en enkel brukarenkät om cirka en A4-sida med frågor om bemötandet och behandlingsutbudet vid beroendeteamet. Brukarundersökningen genomfördes under en månad hösten 2005 och upprepades med en reviderad enkät under våren 2006 (bilaga 4 och 5).

Resultatuppföljning med hjälp av ASI-formulär

Alla som blir aktuella för öppenvård hos Södermalms beroendeteam skulle enligt målsättningarna tillsammans med personalen fylla i ett ASI-formulär. Undersökningen var tänkt att upprepas med hjälp av ett mindre omfattande formulär med sex månaders intervall. I de fall där tidigare redan ifyllda ASI-formulär fanns skulle dessa rekvireras från de tidigare vårdgivarna. ASI är ett beprövat instrument som ger en god uppfattning om klientens missbruksbild och förhållanden inom flera olika relevanta livsområden. Uppföljningarna ger möjligheter att följa förändringar över tid på grupp- och individnivå (Socialstyrelsen 2003b). En förutsättning för att detta skall vara möjligt är dock att bortfallet minimeras, såväl när det gäller den initiala undersökningen som uppföljningar. Klienterna bör redan vid det första undersökningstillfället tillfrågas om de ställer upp på uppföljningsintervjuer. Tyvärr har de tidiga målsättningarna inte kunnat uppfyllas. Sammanlagt har 84 ASI-intervjuer gjorts och enbart i fyra av dessa fall har uppföljningsintervjuer genomförts. Av denna anledning har inte detta underlag varit möjligt att använda i utvärderingssyfte. Detta är en fråga som vi får anledning att återkomma till i diskussionen längre fram.

Etiska överväganden

Samtliga intervjuer i denna rapport skedde på frivillig basis. De klienter som intervjuades tillfrågades av sina socialsekreterare om de var villiga att delta i undersökningen. Intervjuerna spelades in på band och valda delar skrevs ut av mig själv i samband med analysen. Vid intervjuerna frågade jag även om tillstånd att ta del av det material i form av journalanteckningar och liknande om deras person som fanns vid Sbt. Samtliga gav sådant tillstånd. Allt material har förvarats på betryggande sätt och avidentifierats så att det inte ska vara möjligt för en utomstående att känna igen enskilda personer. De intervjuade har fått möjlighet att läsa igenom de sammanställningar av intervjuerna som jag gjort och påpeka eventuella otydligheter i transkriberingen av citaten. De intervjuade klienterna fick två trisslotter var som tack för att de ställde upp på intervjuerna.

Även intervjuerna med personalen var frivilliga, varade cirka en timme per person och spelades in på bandspelare. Dessa intervjuer var dock inte anonyma. När det har varit möjligt, och det har varit fråga om olika känsliga områden, så har jag dock försökt att avidentifiera de intervjuade. Jag har till exempel ändrat kön på några av de intervjuade och inte redovisat sådana delar av intervjuerna som gjort att man lätt kunnat identifiera enskilda personer. Jag har dock försökt att ändå låta sådana spörsmål som kan vara känsliga framträda i materialet så att inte viktiga frågor i onödan censureras av felriktad hänsyn till olika intervjupersoner. De intervjuade var samtliga medvetna om att intervjuerna skeddes som ett led i utvärderingen av Sbt och spelades in på bandspelare. De berättade ändå relativt öppenhjärtligt om projektet. Efter det att en första delrapport redovisades för personalen uttryckte de en vilja att läsa igenom de citat som skulle komma med i slutrapporten för att förtydliga vissa uttalanden som de uppfattade svåra att förstå. Därför överlämnades rapporten i sin helhet till personalen vid Sbt så att de hade möjlighet att förtydliga språket utan att för den sakens skull ändra innehållet.

Disposition

Nästa kapitel är ett teorikapitel där innebörden av forskningen kring samverkan, specialisering, implementering, evidensbaserat socialt arbete, brukarmedverkan och olika metoder inom socialt arbete diskuteras. I kapitel fyra sammanfattas de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården med särskilt fokus på de delar som är relevanta för Södermalms beroendeteam. I de två följande kapitlen, fem och sex, redovisas de empiriska resultaten från undersökningarna bland personal och klienter vid Sbt. I rapportens sista kapitel försöker jag diskutera undersökningens resultat och ge förslag till områden som Sbt bör arbeta vidare med för att utveckla verksamheten.

3. Att bedriva socialt arbete för missbrukare

Det är inte helt lätt att avgöra vilken inriktning det sociala arbetet för missbrukare bör ha eller vilken behandling som kan vara lämplig vid vilket tillfälle. I detta kapitel diskuteras en del av den tidigare forskning som har särskild relevans när det gäller planerandet av Sbt och verksamhetens genomförande.

Samverkan och specialisering

Tillskapandet av särskilda beroendeenheter eller missbruksteam kan på samma gång ses som ett uttryck för specialisering och som en strävan mot ökad samverkan. Längre fungerade strävan mot en helhetssyn på den enskildes situation som en ledstjärna för socialtjänsten. Helhetssynen var ett viktigt mål att sträva mot i förarbetena till socialtjänstlagen. Specialisering sågs då som ett uttryck för ett alltför ensidigt och perspektivlöst sätt att ta sig an sociala problem. I takt med att tankarna om ett radikalt, områdesbaserat, samhällsförändrande socialt arbete har avmattats så har även motståndet mot specialisering minskat. Anders Bergmark och Tommy Lundström har studerat kommunernas organisering av det sociala arbetet i början av 2000-talet och drar slutsatsen att specialisering är en långsiktig trend som enbart bröts under en kort period av generaliststrävanden vid tiden för skapandet av den nya socialtjänstlagen under 1970- och tidiga 1980-talen. De har dock svårt att avgöra vilka effekter den senaste tidens specialiseringssträvanden fått för klienten. Å ena sidan menar de att det borde innebära större problem för den enskilde klienten att hitta rätt i vårdutbudet, å andra sidan skall detta vägas mot den större expertis de möter när de väl hittat fram. Av 100 tillfrågade kommuner hade 78 en specialiserad missbruksenhet i undersökningen som genomfördes 2001-2002 (Bergmark och Lundström 2005).

Samma forskare har även analyserat sitt material för att utröna i vilken mån samverkan sker inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. För missbruksvården är den vanligaste typen av samverkan regelbundna möten avseende gemensamma individärenden. De viktigaste samverkansparterna är sådana som har med klienternas försörjning att göra som försäkringskassan och arbetsförmedling, men samverkan med psykiatri är också vanligt förekommande (Bergmark och Lundström 2005b).

För att analysera olika samverkansformer använder många en analysram som återfinns hos Berth Danermark och Christian Kullberg i en analys av ett samverkansprojekt mellan socialtjänsten, psykiatri och försäkringskassan som arbetade med så kallade dubbeldiagnoser (Danermark och Kullberg 1999). De menar att samverkan är en nödvändighet i dagens välfärdssamhälle och de hänvisar till Ann Boklund (1995) när de beskriver olika samarbetsformer. Samarbete kan enligt detta synsätt ske på olika vis och graderas på en skala från koordination (samordning), via kollaboration (samverkan), till integration (sammansmältning):

Den ena ytterligheten, koordination, förutsätter ett förhållningssätt som innebär att verksamhetsgränser bevaras och att ärenden remitteras mellan deltagarna. Samarbetet blir därmed av procedurkaraktär. En myndighet lämnar över ett ärende till den andra, när de utfört det som faller inom ramen för deras fastställda ansvar. Den andra ytterligheten, integration, innebär att strävan är att alla deltagare skall lära sig allas uppgifter. De skall bli en typ av generalister. Förhållningssättet innebär med andra ord att olikheter mellan deltagare skall söka minimeras. Samarbetets innehåll kan därmed karaktäriseras som gränsöverskridande, transitionellt och behovsorienterat. Mellanformen för samarbete, kollaboration, karaktäriseras som ett möte mellan specialister kring ett problemområde med bevarad respekt för varandras skilda kompetenser och olikheter. Innehållet i även denna typ av samarbete betecknas som gränsöverskridande och behovsorienterat (Danermark och Kullberg 1999, s. 163).

Det var mellanformen av samarbete, samverkan (kollaboration), som i det av Kullberg och Danermark studerade projektet, liksom i de flesta andra fall, visade sig mest framgångsrikt. De samverkande parterna bör behålla sin professionella inriktning och respektera varandras specialistkompetens samtidigt som de orienterar sitt arbete mot att tillgodose klienternas behov. Att sträva efter en högre grad av samarbete leder enligt erfarenheterna till större komplikationer än vinster. Samverkansparternas skilda yrkeskompetens och skolning gör det alltför svårt att sträva mot en gemensam grundsyn, vilket ett sådant nära samarbete kräver (Danermark och Kullberg 1999).

Att genomföra det planerade

Bo Rothstein ställer frågan om vad staten bör göra i en uppmärksam bok (Rothstein 2002). Förutom den mer spekulativa frågan om vad staten *bör* göra analyserar Rothstein även forskningen om vad staten *kan* göra. Som ett led i denna analys ritar Rothstein upp en enkel men talande fyrfältstabell som belyser olika dimensioner i offentlig politik.

Tabell 1. Dimensioner i offentlig politik

		Operativa förhållanden	
		Statiska	Dynamiska
Typ av insatser	Reglerande	Generella barnbidrag, folkpensioner	Civilrätt
	Interventionistiska	Behovsprövade bostadsbidrag, Älgjakt	Kurativ socialvård, aktiv arbetsmarknadspolitik

(Källa: Rothstein 2002, s 95)

Rothstein menar att en sammanfattande analys av den rätt så omfattande implementeringsforskningen säger att det är den typ av program eller åtgärder som befinner sig i den nedre högre rutan som är svårast att genomföra. Där befinner sig åtgärder eller program som kan beskrivas som dynamiskt interventionistiska och det är där som Södermalms beroendeteam hör hemma. Dessa åtgärder syftar till att försöka påverka enskilda medborgares beteende i en dynamisk process. Kunskapsläget om vad som fungerar är ofta

osäkert och variationerna i åtgärder stort. Program av denna typ kräver därför ett stort handlingsutrymme för personalen som skall genomföra dem och detta medför i sin tur att de ofta formuleras oprecist av beslutande organ. Eftersom fältpersonalen i människobehandlande organisationer, som socialtjänsten, behöver stort handlingsutrymme för att anpassa lämpliga åtgärder till en komplex och skiftande verklighet tvingas beslutsfattare, som arbetar på en mer generell nivå, att formulera mer allmänna mål än de egentligen skulle vilja. Ju mer komplicerat verksamhetsområde och ju större krav på anpassning till den individuella situationen desto oprecisare blir paradoxalt nog olika måldokument. Detta leder till oklarheter och konflikter om programmets inriktning och därmed följer implementeringsproblemen (Rothstein 2002).

Rothstein resonerar på liknande vis kring organiseringen av den offentliga verksamheten. Ju mer varierande arbetsuppgifter och ju mindre standardiserade insatser som finns tillgängliga ju mer autonom bör den organisation som skall ta hand om uppdraget vara. Även här ritar han upp en fyrfältstabell. I denna tabells nedre högra hörn återfinns olika kunskaps- och utredningsorganisationer. Dessa utmärks av att de har varierande uppgifter som till stor del saknar standardiserade lösningar. Bland dem med varierande arbetsuppgifter men ett större utbud av standardiserade lösningar, vilka Rothstein benämner professionella organisationer, befinner sig till exempel sjukvården. Sjukvården utmärks av att personalen möter många olika typer av fall och för att hantera detta har man utvecklat olika rutiner för att hantera och sortera patienterna till olika delar av organisationen. När man väl har tagit reda på vilken sjukdom man står inför så finns professionellt utvecklade rutiner för att ta hand om situationen. Samtidigt menar Rothstein att mycket tyder på att det är den nedre högra rutan som i framtiden kommer att växa i och med den snabba kunskapsmässiga och tekniska utvecklingen. Där befinner sig autonoma organisationer som hela tiden utvecklas och förnyar sina arbetsrutiner genom att hålla sig ajour med forskningsläget och den tekniska utvecklingen och som samtidigt besitter förmågan att lära sig själva av sina misstag och framgångar. Läroprocessen måste finnas integrerad i denna typ av en organisations uppbyggnad för att organisationen hela tiden skall kunna utvecklas och lära nytt (Rothstein 2002). I denna uppdelning är det inte lika tydligt var Södermalms beroendeteam befinner sig utan det blir en fråga att återkomma till längre fram.

Tabell 2. Typ av uppgifter och typ av insatsteknik för organisationsformen

		Uppgifter	
		Uniforma	Varierande
Insatsteknik	Standardiserade	Byråkratisk organisation	Professionell organisation
	Icke standardiserade	Kader- eller managementorganisation	Kunskaps- och utredningsorganisation

(Källa: Rothstein 2002, s 109)

Evidensbaserat socialt arbete

Socialt arbete är som *forskningsämne* mycket ungt. Och även om det råder en livlig diskussion om hur gammal *professionen* "socialt arbete" är så har det länge funnits många som sysslat med socialt arbete, avlönat eller oavlönat. Man skulle kanske kunna säga att praktiken, åtminstone ur denna synvinkel, har föregått teorin. Förhållandet med en stor yrkeskår och en mindre forskningsmiljö gör att efterfrågan på praktiskt användbar kunskap är större än forskarna ser möjligheter att möta. Avsaknaden av traditioner för koppling mellan praktik och forskning och vice versa har även fört med sig antaganden om en särskild "tyst kunskap" som socialarbetarna besitter men som inte låter sig formuleras i ord (se t. ex. Kalman 2006 för en diskussion om detta begrepp).

Utöver tillskapandet av den universitets- och högskolebaserade forskningen har ett större antal FoU-enheter växt fram och på senare år har Socialstyrelsen och till dem knutna institut (IMS) och centrubildningar (CUS) tillkommit för att försöka bidra till en kunskapsbaserad socialtjänst. I slutrapporten för det så kallade KUBAS-projektet som pågick 2001-2003 skriver socialstyrelsen apropå idén med en kunskapsbaserad socialtjänst:

Det är i själva verket en fråga om att organisera det sociala arbetet så att kunskapsutvecklingen integreras i den sociala praktiken. Detta är inget magiskt eller märkligt projekt men det kräver en uppbyggnad av organisationer där ett kunskapsinriktat socialt arbete premieras och får ett tidsmässigt utrymme. Att befrämja en kunskapsutveckling inom socialtjänsten är till väsentlig del en fråga om att leda verksamheten så att den underlättar en professionell utveckling (Socialstyrelsen 2003).

Aaron Rosen som är en amerikansk professor emeritus i socialt arbete är en av dem som länge argumenterat för ett evidensbaserat socialt arbete. Han menar att en evidensbaserad socialtjänst måste organiseras så att det finns mekanismer för att ta fram och sprida kunskaper om beprövade och effektiva åtgärder och att även att följande fyra punkter bör tillgodoses:

- Behandling ska betraktas som en uttalad, systematisk och rationell problemlösningsprocess.
- Det behövs bra redskap för att finna evidensbaserade metoder som passar i den aktuella situationen.
- Metodvalet måste anpassas efter varje individs behov med hjälp av socionomens yrkeserfarenhet.
- De verksamma socionomerna måste själva utvärdera och utveckla sin verksamhet så att den anpassas till de lokala förutsättningarna (Rosen 2006 s 239).

Evidensbasering förknippas annars ofta med framtagandet av täckande kunskapsöversikter där ett omfattande arbete läggs ner på att söka upp och evidensgradera utvärderingsresultat i tjocka volymer. Resultaten från dessa kunskapsöversikter ges sedan ut och sprids till de verksamma socialarbetarna. I Rosens artikel, liksom i flera andra inom genren, är det tydligt att denna verksamhet ges en betydande vikt men det är samtidigt uppenbart så att man inte ser detta som den enda beståndsdel i en evidensbaserad praktik. Det anses också viktigt hur det dagliga sociala arbetet organiseras och engagerar sig i kunskapsproduktionen. Evidensbasering skall i huvudsak ses som ett ambitiöst försök att närma forskning och praktik varandra och där de olika delarna är intimt sammankopplade.

Brukarmedverkan

I Socialtjänstlagens tredje kapitel, femte paragrafen står det att "... insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne..." (Sol. kap. 3 § 5). Statsvetarna Magnus Dahlberg och Evert Vedung diskuterar sex olika argument för brukarmedverkan i den offentliga verksamheten (Dahlberg och Vedung 2001). Särskilt lyfter de fram att brukarmedverkan behövs för att förbättra och effektivisera verksamheten, för att anpassa den bättre till brukarnas intressen och att legitimitera olika åtgärder. Liknande argument diskuteras även av Socialstyrelsen i en rapport om brukarmedverkan i socialtjänstens kunskapsutveckling (Socialstyrelsen 2003c). I bägge dessa rapporter diskuteras förhållandena mellan enskilda brukare, professionella aktörer och lagstiftaren. Eftersom Socialstyrelsens rapport är mer inriktad mot socialtjänsten och kunskapsutvecklingen inom detta fält håller sig deras diskussion närmare ämnet för denna rapport. En viktig synpunkt som lyfts fram i Socialstyrelsens rapport är följande:

Brukarna har (också) bättre förutsättningar att se resultatet av vård- och omsorgsgivarnas samlade insatser. Förvaltningen mäter ofta kvalitet och måluppfyllelse i sin egen verksamhet utan att ta hänsyn till hur den integrerar med annan verksamhet. Den som får ta del av insatserna ser istället dessa som ett 'paket', och man kan därför värdera det samlade resultatet (Socialstyrelsen 2003, min parentes).

Samtidigt som Socialstyrelsen också diskuterar en del svårigheter med att tillgodogöra sig den information och de upplevelser som brukarna erfar och kan bidra med, så menar de att detta är ett viktigt utvecklingsområde för socialtjänsten som helhet att arbeta vidare med. Särskilt poängteras att det behövs förbättrade metoder för att mer systematiskt ta till vara brukares uppfattningar och erfarenheter som en kontinuerlig del av socialtjänstens kvalitetsarbete. Det behövs också nya instrument som bidrar till en dialog mellan brukare, professionella och beslutsfattare. Dessa utvecklingsbehov kan kanske ses som uttryck för önskemål om dels ett mer systematiskt tillvaratagande av olika målgruppers erfarenheter i utvärderingar och liknande kunskapsproduktion och dels som en strävan mot en mer utvecklingsinriktad dialog mellan olika enskilda individer som berörs av socialtjänsten antingen därför att de är brukare, att de är yrkesverksamma eller att de fattar beslut om verksamheten.

Metoder inom missbruks- och beroendevården

En sida av strävan mot en evidensbaserad socialtjänst är att de olika kunskapsöversikter som genomförts har lyft fram olika arbetsmetoder eller program som visat goda resultat i kontrollerade experiment. Många av dessa experiment har genomförts i USA och de metoder som rekommenderas benämns ofta genom hänvisning till olika förkortningar. Vi har fått vänja oss vid en rad förkortningar som bland annat: KBT, CRA, MI, ASI och ACT. Gemensamt för de olika metoderna är att de är högt strukturerade och ofta manualbaserade. Detta hänger till stor del samman med att de skall vara möjliga att utvärdera med hjälp av kontrollerade experiment. Grundidén i ett kontrollerat experiment är ju att konstanthålla så många som möjligt av alla andra faktorer och enbart variera det utvärderade programmet för att kunna härleda resultaten till detta. Detta innebär att programmet måste vara så strukturerat som möjligt för att kunna mäta dess effekter och sedan vara möjligt att återanvända på annat håll. Det finns mycket skrivet om dessa olika program men jag vill här bara ge en kort introduktion till några av dem som nämnts i samband med utvärderingen av Södermalms beroendeteam.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) utgörs av många olika terapiformer med stora likheter. Inom dessa terapiformer är man inte lika upptagen av det förflutna som inom många andra psykoterapiformer utan här läggs tonvikten på samspelet mellan individen och omgivningen här och nu. Terapin är starkt strukturerad och ofta betydligt kortare än annan terapi, man går vanligtvis 15-20 sessioner en gång i veckan antingen ensam eller i grupp. Terapin karaktäriseras av att terapeuten är mycket aktiv, att ett förtroendefullt samarbete mellan klient och terapeut betonas och att konfrontationer undviks. Viktiga terapiinslag är till exempel social färdighetsträning, självkontroll och konsekvenspedagogik. På senare tid har även återfallsprevention fått en betydande roll inom arbetet med missbrukare (www.kbt.nu 2006-11-14)

CRA (Community Reinforcement Approach) är en form av kognitiv beteendeterapi som syftar till att förstärka nyktert beteende men där även klientens boende, arbete och sysselsättning behandlas. CRA används framförallt bland starkt marginaliserade grupper som har ett mycket långt gånget missbruk och där prognosen anses dålig. CRA bygger på att behandlare och klient tillsammans utnyttjar olika utprovade instrument och bedömningsformulär för att kartlägga situationen och utarbeta en individuell handlingsplan. I handlingsplanen nedtecknas olika mål som klienten själv strävar mot. Efter detta diskuteras behandlare och klient tillsammans hur de olika målen skall uppnås (Wirbing 2002).

Motiverande samtal eller motiverande intervjuer (MI) räknas också in under KBT-familjen och syftar till att hjälpa klienten att se sina problem och vilka möjliga lösningar som finns. Utvärderingar har visat på effekter av enbart ett fåtal samtal av denna typ bland klienter med ett riskabelt bruk av alkohol. Metoden bygger på ett empatiskt förhållningssätt där klienten själv får utveckla sina argument för och emot sitt missbruk. Efterhand upprättas en förändringsplan där klientens mål anges och vilka mått och steg som klienten själv skall ta för att uppnå målen. En viktig beståndsdel i det motiverande samtalet är

att behandlaren lär sig att undvika konfrontation med klienten. Det är klienten som måste motivera sig själv, behandlaren kan fånga upp och förstärka de tecken som klienten själv ger uttryck för men får aldrig ifrågasätta klientens val (Wirbing 2002).

Alla de olika kognitiva beteendeterapierna utmärks av strukturerade metoder, korta program och att samspelet mellan den enskilde behandlaren och klienten betonas. Ett annorlunda angreppssätt som nämnts inom ramen för utvärderingen av Södermalms beroendeteam är ”Case management”. Case management nämns oftast i samband med psykiatrireformen (Nationell psykiatrisamordning 2006, Markström 2003) men används även för missbruksvård i kanske framförallt USA och Canada (Noel 2006, Ashery 1992, Graham och Timney 1995). Grundtanken inom Case management är att ordna insatserna efter individen och inte tvärtom. En Case manager har ambitionen att stå för samordning, kontinuitet, tillgänglighet, flexibilitet och individuell planering av vården för personer som har behov av många olika insatser från flera olika aktörer parallellt och ofta under mycket lång tid (Markström 2003). Det finns många olika modeller av Case management och de som har visat sig mest effektiva, och alltså uppvisar god evidens, är de mer intensiva formerna (Markström 2003). När det gäller personer med allvarliga psykiska sjukdomar och funktionshinder nämns bland annat de följande komponenterna som särskilt viktiga:

- Verksamheten skall vara uppsökande
- Verksamheten skall ha en hög intensitet och erbjuda insatser efter behov
- Verksamheten skall vara teambaserad och personalgruppen multidisciplinär
- Arbetet skall genomföras i nära samarbete med personens egna stödsystem som familj, vänner, andra vårdgivare osv.
- Varje Case manager skall ha ett litet antal klienter, cirka tio stycken
- Case managern skall ansvara för planering och uppföljning av olika insatser
- Case managern skall utgöra ombudsman för personen och bevaka dennes olika intressen
- Case managern skall lokalisera och hålla kontakten med olika vårdgivare som är aktuella för personen
- Case managern skall se till att personens nätverk och egna stödsystem samlas och används som en resurs (Nationell psykiatrisamordning 2006).

ASI (Addiction Severity Index) är ingen behandlingsmetod utan en strukturerad utvärderings- och klientbedömningsmetod som fått stor spridning i såväl Sverige som internationellt. ASI består av ett formulär för mer omfattande dokumentation och ett för uppföljning. Intervjun innehåller många frågor om alkohol och droger men även om arbete, kriminalitet, umgänge och psykisk hälsa. Den grundläggande tanken med ASI är att formuläret skall användas för att dokumentera hur klientens missbruk och livssituation gestaltade sig perioden före det att några insatser genomfördes. Syftet är både att

underlätta vid valet av behandling och framförallt att utgöra basinformation för senare uppföljningar. En studie av implementeringen av ASI i Sverige visar dock att ASI-materialet i stort sett uteslutande används i klientarbetet och nästan inte alls för uppföljningar och utvärderingar (Engström och Armelius 2005).

4. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården

Under våren 2006 publicerade Socialstyrelsen för första gången nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2006). Utvecklingen av riktlinjerna är ett led i försöken att effektivisera missbruksvården och ge en gemensam grund för såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård att stå på när de samverkar kring dessa frågor. Riktlinjerna är preliminära i den version som föreligger. De har utarbetats i nära samarbete med olika expertgrupper som sammanställt ett mycket brett kunskapsunderlag och även värderat forskningsresultatens ”bevisvärde” eller grad av evidens. Riktlinjerna utgör ett viktigt steg i strävan mot en evidensbaserad missbruks- och beroendevård. De är nu föremål för en bred remissomgång och väntas komma i reviderad version kring årsskiftet 2006-2007.

Socialstyrelsens riktlinjer är uppdelade i sex huvudområden där expertgrupperna kunnat finna goda underlag att ge tydliga rekommendationer om vad som bör göras och kanske framförallt om vilka åtgärder som **inte** bör utföras. Rekommendationerna är uppdelade i följande områden:

- bedömningsinstrument och dokumentation
- upptäckt och rådgivning
- behandling vid missbruk av narkotika
- behandling vid missbruk av alkohol
- missbruk under graviditet
- samsjuklighet

I riktlinjerna finns även förslag till hur kommuner och landsting kan gå till väga för att genomföra de rekommenderade verksamheterna. Förslagen i den delen är inte evidensbaserade på samma vis som inom de sex ovan nämnda områdena men Socialstyrelsen tycker sig ändå ha funnit en viss enighet bland de experter som diskuterat frågorna vid olika seminarier och liknande. **Socialstyrelsens organisationsförslag**

Socialstyrelsen ger följande rekommendationer till organiseringen av missbruks- och beroendevården inom socialtjänst och hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2006, s 48):

- Socialtjänst och hälso- och sjukvård bör sträva efter att specialisera insatserna för personer med missbruks- eller beroendeproblem, och på så sätt öka effektiviteten i de insatser som ges enskilda.
- Kommuner med små personella resurser för verksamhet riktade till personer med missbruks- eller beroendeproblem bör överväga möjligheten att samordna

vård och behandling med varandra eller med större kommuner.

- Kommuner och landsting bör om möjligt sammanföra resurser i gemensamma verksamheter under en gemensam eller delad ledning.
- Vårdgivarna - kommun och landsting - bör alltid samverka, då missbruk/beroende förekommer samtidigt med andra (sjukdomstillstånd) såväl av somatisk som av psykiatrisk karaktär. Sådan samverkan bör alltid regleras i avtal eller motsvarande.
- Mottagningsverksamheter inom socialtjänst och hälso- och sjukvård bör utveckla sitt system och sin organisation för regelmässig identifiering av missbruksproblem hos klienten eller patienten och som även kan bistå med en inledande rådgivande eller stödjande kontakt.
- Vårdgivarna bör initiera samarbete med självhjälpsorganisationer för erfarenhetsutbyte och bistå med kontakt med dessa om den enskilde önskar det.

I organisationsrekommendationerna poängteras vikten av samverkan, specialisering och tidiga åtgärder. Den enda rekommendationen som inte är aktuell för Södermalms beroendeteam är den som handlar om små kommuner, samtidigt kanske denna rekommendation kan överföras till ett resonemang kring mindre stadsdelar inom en och samma kommun och då får även den rekommendationen bäring på Södermalms beroendeteam.

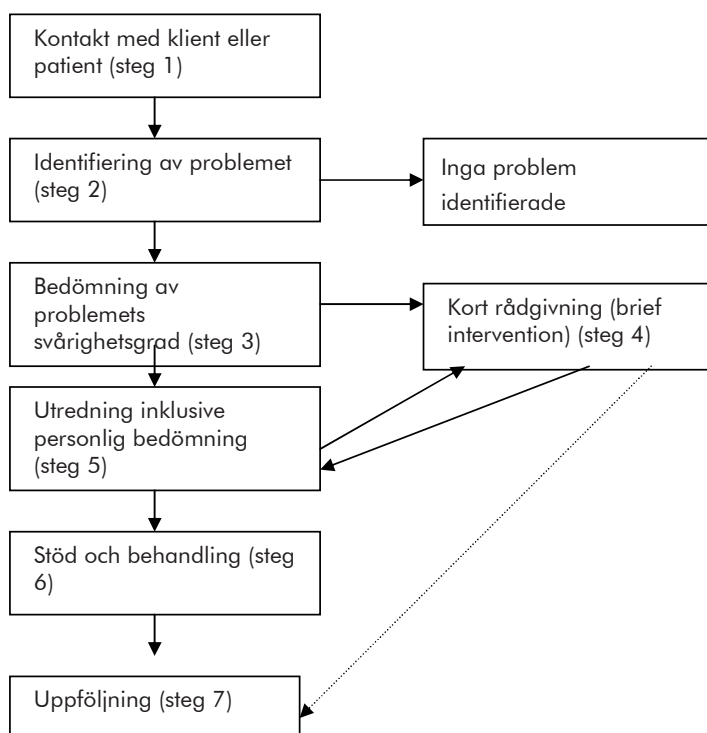
Vårdprocessen

Socialstyrelsen beskriver insatserna för personer med beroendeproblem som en kedja där den första länken är att komma i kontakt med dem som har problem. Detta kan ske antingen för att personen i fråga själva söker sig till Socialtjänsten eller hälso- och sjukvården för att få behandling. Alternativen är att han eller hon söker för andra problem (t.ex. försörjningsstöd eller psykiska problem) som enligt erfarenhet ofta är förknippade med beroendeproblem. Andra alternativ är anmälningar från andra som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med målgruppen, från allmänheten, uppsökare, polisen, frivilligorganisationer eller anhöriga. Det är viktigt att hålla denna dörr öppen eftersom många problem är lättare att förebygga på ett tidigt stadium innan de utvecklats alltför långt.

Steg två och tre handlar om att identifiera problemet och bedöma dess svårighetsgrad. Socialstyrelsen för fram AUDIT-formuläret som utvecklades av WHO som ett hjälpmedel för att screena större populationers alkoholkonsumtion och peka ut riskbeteenden. Samtidigt poängteras att detta är hjälpmedel som inte kan ersätta den erfarna socialsekreterarens eller klinikerns omdöme och att man även måste se till så att klienten/patienten blir delaktig i beslutsprocessen. Det finns även liknande andra test. När det gäller narkotika finns t.ex. DUDIT. Man kan även tänka sig att använda olika former av markörer i detta steg som t.ex. drogtester på arbetsplatser i form av urin- eller hårprover.

Det fjärde steget i denna process handlar om de fall där personens problem inte bedöms som särskilt allvarligt. I sådana fall kan det räcka med en kort rådgivning om riskbeteende där man beskriver alkoholens eller drogernas skadeverkningar och liknande. Socialstyrelsen lyfter fram två olika metoder för den typ av korta rådgivning: Motiverande intervjuer (MI) och FRAMES.³ Båda dessa metoder får stöd i kontrollerade experiment (Socialstyrelsen 2006, s. 66).

Figur 1. Vårdprocessen för personer med missbruk



(Källa: Socialstyrelsen 2006, s 57)

Om problemet bedöms som mer allvarligt än att det kan anses tillräckligt med en kort rådgivning görs i processens femte steg en mer utförlig utredning av problemets karaktär och personens förutsättningar att ta sig ur problemen. De metoder som Socialstyrelsen rekommenderar i dessa fall är: ASI, ADAD, DOK och MAPS⁴.

Först i det sjätte steget kommer den egentliga behandlingen och vården in och här är naturligtvis rekommendationerna mest utförliga. I figur två finns ett axplock av de rekommendationer som tycks mest relevanta för Södermalms beroendeteam.

3 FRAMES = Feed-back, Behandlaren delger klienten sin bedömning; Responsibility, det är patientens ansvar att förändra sitt drickande; Advice, men behandlaren kan ge tips och råd; Menu, råden kan utformas som en meny med olika alternativ; Empathy, ett empatiskt förhållningssätt fungerar bäst; Self-Efficiency, behandlaren kan stärka patientens tilltro till sin förmåga att göra förändringar.

4 Detta är olika metoder för utredning och dokumentation som beskrivs närmare i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2006, s. 88-92).

Det sjunde steget i Socialstyrelsens modell över vårdprocessen utgörs av uppföljningsarbete. Uppföljning är viktig för att organisationen ska kunna lära sig av sitt eget arbete. Det är den intraindividella förändringen för varje person som bör följas över tid. Populationsbaserade referensvärden är enligt riktlinjerna av mindre intresse. Förutsättningarna för att det ska vara möjligt att göra intraindividella jämförelser över tid är att mätningar görs på samma individ och med samma metod vid flera tillfällen före, under och efter behandlingen. Vid dessa upprepade mätningar bör analysmetod, insamlings-teknik, frågor, undersökningslokal och så vidare vara så lika varandra som möjligt. För sexmånaders-uppföljning kan konsumtionsfrågorna i AUDIT eller DUDIT användas. Ett problem med användandet av ASI för uppföljning är den sällning av klienter med mindre allvarliga problem som sker redan innan det blir tillfälle att använda denna relativt djupgående utredningsmetod. Ett problem med användandet AUDIT och DUDIT är att flera av frågorna handlar om det senaste årets konsumtion. Den modell som finns i figur är kompletterad med en streckad pil mellan de fjärde och sjunde stegen för att illustrera behovet av uppföljning även av kort rådgivning vilket naturligtvis också är viktigt för att kunna utveckla även denna metod.

Tabell 3. Ett axplock från Socialstyrelsens rekommendationer för missbruks- och beroendevården

Sociala stödåtgärder

- Man bör utvärdera om samhället klarar av att erbjuda de stödåtgärder som behövs.
- Vårdgivarna bör verka för att underlätta situationen för de familjemedlemmar som kan stödja personer med narkotikamissbruk
- En kombination av hemlöshet och beroende är ett hinder när det gäller förmågan att tillgodogöra sig boendestöd, annan social service och behandling
- Boende och arbete utgör centrala och omistliga komponenter i arbetet med missbrukare. Det kan man säga trots bristen på evidens.

Psykosocial behandling av alkoholmissbruk och beroende

- Flera specifika psykosociala behandlingsmetoder har gynnsamma effekter liknande de som uppnås vid andra hälsoproblem och sjukdomar inom hälso- och sjukvård.
- Ingen specifik behandlingsmetod visar bättre effekt på missbruket än någon annan.
- Ingen specifik behandlingsmetod visar bättre effekt på missbruket än någon annan för individer med psykisk störning eller personlighetsstörning.
- Visst stöd finns för att matcha behandlingens intensitet mot missbrukets svårighetsgrad – vid svårare beroende krävs mer omfattande behandling. Däremot saknas stöd för att matcha en viss behandlingsmetod till individuella karaktäristika.
- Vid behandling av psykiskt störda missbrukare och hemlösa missbrukare måste såväl missbruk som psykisk störning och andra livsproblem behandlas samtidigt.
- Positiva effekter uppnås vid behandling av hemlösa missbrukare då beteendeterapeutiska tekniker och ett strukturerat, samordnat patientstöd kombineras.
- Stödboende eller slutenvård förefaller inte ge bättre resultat än behandling i öppenvård.

Behandling vid samsjuklighet mellan missbruk och psykiatriska eller somatiska sjukdomar

- Sjukvårdens och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för patienter med samsjuklighet mellan missbruk och beroende och somatisk och psykisk sjukdom. Lagstiftningen anses otydlig på denna punkt
- Misstanke om psykisk störning eller sjukdom hos en klient som söker inom socialtjänsten ska föranleda socialtjänsten att direkt ta kontakt med rätt verksamhet inom hälso- och sjukvården med kompetens att bedöma detta.
- Vid misstanke om missbruksproblem ska hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten söka samverka med lämplig instans. I regel bör detta ske efter en till fyra veckors missbruksfrihet.
- Behandling för missbruk och beroende och psykisk störning eller sjukdom efter den först akuta insatsen ska vara samordnad och samtidig.
- Bedömning av farligheten för tredje man hos personer med samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruk eller beroende ska göras av psykiatrin eller i samverkan med denna.

Det finns ingen specifik behandling för samsjuklighet. Därför bör de metoder som visat effekt vid behandling av missbruk och beroende samt psykiatrisk störning och sjukdom användas.

(Källa: Socialstyrelsen 2006, s. 116, 129 och 150).

5. Vad gör Södermalms beroendeteam?

Detta kapitel baseras till största delen på intervjuer med personalen vid Sbt samt de samverkande stadsdelarna. När det gäller frågan om Sbt utgör en besparingsåtgärd eller inte redovisas även en del kostnadsuppgifter från Sbt och de båda stadsdelarna.

Behandlingsutbudet

Till viss del är Södermalms beroendeteam en ny verksamhet medan vissa delar är sådant som man tidigare jobbade med men som nu förts samman till en egen organisatorisk enhet. Det kanske tydligaste nytillskottet i Sbt:s utbud utgörs av budget- och skuldrådgivaren som även har en juridisk kompetens som tidigare saknats inom beroendevården. Det är även unikt med ett tolvstegsprogram i kommunens regi liksom att kommunen anställt en psykoterapeut. Sexveckorsprogrammet är samtidigt det tydligaste exemplet på verksamhet som fanns redan långt innan Sbt började planeras. Inom detta program har varken vårdens innehåll eller klienttillströmningen påverkats nämnvärt av Sbt:s tillblivelse.

Sexveckorsprogram

Den intervjuade behandlaren vid sexveckorsprogrammet är socionom sedan lång tid tillbaka men håller nu på att komplettera sin utbildning med en steg-tvåutbildning till psykoterapeut. Utöver henne arbetar en något yngre kvinnlig socialsekreterare och ytterligare en nyanställd manlig socialsekreterare inom programmet.

Sexveckorsprogrammet har en KBT-inriktning och klienterna deltar varje dag, kl. 9-15, i sex veckor utom måndagar då man har halvdag. Gruppdynamiken fungerar enligt föreståndaren bäst med 7-8 deltagare i programmet. Deltagarna är både män och kvinnor med olika bakgrund. Många, men inte alla, deltar i eftervård en kväll i veckan, kl.18-19.30, under cirka ett år. Somliga går längre, andra kortare tid.

Behandlaren påpekar att det är viktigt att folk kommer i behandling snabbt när de söker och att de får rätt eftervård direkt efter genomgången behandling. Det är viktigt att det inte blir något glapp där emellan och att klienterna slipper stå i långa köer. Hennes erfarenhet är att många återfaller just under denna väntan:

Det är livsfarligt för många det där. Speciellt måste jag säga att, alltså sommaren är ju speciell på sitt sätt, men vintern när det är så där mörkt och eländigt och de är ensamma, bor och lever ensamma, och de går runt i sin ångestlägenhet som bara dryer av ångest, och så. Och så kommer de hit och så får de träffa andra och de får liksom lite positiva tankar. Och sen slutar de. Och sedan är det bara som vanligt allting igen. Ingenting har förändrats egentligen och de går tillbaka till den där lägenheten och så.

Sexveckorsprogrammet har ingen kö utan de har intag varje måndag. En del av deltagarna hoppar av eller ”blåser positivt” och då får de göra något annat ett tag, ta Antabus eller liknande, och komma tillbaka när de är mer motiverade.

Tolvstegsprogram

Tolvstegsbehandlaren vid Sbt har utbildat sig på folkhögskolan Korpberget till addiktolog och han är ensam behandlingsansvarig för tolvstegsprogrammet vid Sbt.

Programmets grupper är mycket blandade. De består av personer av bägge könen i varierande åldrar från 20-63 år. En grupp går varje måndag-fredag i sex veckor och består av cirka 8 personer. Efter detta går klienterna i efterbehandling en kvällstimme i veckan i 43 veckor. Gruppen som går vid intervjutillfället består av tre män och tre kvinnor.

Den ansvariga behandlaren har inte så god uppfattning om behandlingens resultat i slutändan eftersom han menar att det viktiga är att klienterna har fått verktygen och vad de sedan gör med dem är deras eget ansvar. De har möjligheter att använda sig av de verktyg som programmet förser dem med, eller låta bli, det är upp till dem själva och ingen annan. Det viktiga är att de lär sig att ta konsekvenserna av sina handlingar genom att bli medvetna om sjukdomsbegreppet. Behandlaren ser Antabus som ett bra hjälpmedel som vissa kan behöva under kortare eller längre perioder och har inget principiellt emot detta: ”Det är som en krycka, ett stöd under deras behandling.” Men utan behandling ser han enbart Antabusbehandling som underhåll av ett befintligt missbruk. Ett viktigt mål för behandlingen är att klienterna skall börja gå på AA-möten. Gör man inte det så är inte behandlingen komplett:

Det är ett handlingsprogram, man kan inte komma hit och tro att vi ska göra någon nykter. För det funkar inte så./.../ Gör man inget så blir det ingenting gjort. Det är en pedagogik som jag försöker få dem att förstå.

Behandlaren uppfattar det inte vara av avgörande betydelse om han är anställd av kommunen eller någon annan men är ändå mycket positiv till att stadsdelen för första gången driver verksamheten på detta sätt:

Jag tycker varenda kommun borde ha tolvsteg på det här sättet eftersom det blir billigare, snabbare och att man slipper bli bollad runt mellan olika åtgärder och instanser.

Tolvstegsprogrammet har inte på samma sätt som sexveckorsprogrammet något löpande intag utan när en grupp avslutas skapas en ny grupp. Detta innebär att om man som klient kommer i ”fel läge”, när en grupp just startat, så finns det risk för ganska långa väntetider. Anledningen till detta är enligt behandlaren att om man skall ha rullande intag måste man vara två som jobbar med behandlingen och det finns det inte personal till vid Sbt.

Mentalskötare

Den intervjuade mentalskötaren arbetar vid Sbt två dagar i veckan och resten av tiden på

psykiatrin vid Katarinahuset. Hon har jobbat på samma sätt sedan starten av psykiatrins engagemang vid Sbt. De är två mentalskötare som delar på 75 procent av en heltidstjänst. Mentalskötarna finns vid Sbt två dagar var i veckan och de har även en läkare som finns vid Sbt tre timmar per vecka samt en överläkare som kommer en timme per vecka för behandlingskonferenser. Båda mentalskötarna började i september 2005. Innan dess var tjänsten obemannad och intervjupersonen vet inte varför de kom senare in i projektet. Hon säger bara att det drog ut på tiden. Mentalskötaren sökte till Sbt eftersom hon tyckte det lät väldigt bra och passande för hennes utbildning och bakgrund. Framförallt nämner hon det som positivt att allt skulle vara samlat under samma tak. Hennes erfarenheter från tidigare arbete vid Katarinahuset var att många patienter hade behov av missbruksbehandling. Jag frågar om hennes roll vid Sbt och hur nya klienter/patienter kommer till henne:

Oftast när de kommer till mig så är det mediciner. Det är mycket tvång, panikångest och sedan psykosproblematik./.../ Till mig så kommer de genom mottagningen på Katarinahuset. Och de kan också komma via soc. Fast då blir det ju oftare att de har en socialsekreterare här. Men vi kopplas in. Alltså alla remisser dras, kommer att dras på våran, ja, när vi har remisskonferens. Vilket vi har en gång i veckan på tisdagar. Då skall alla remisser gå den vägen även. Förut har det väl varit lite så att vi som jobbar inom psykiatrin vi tar emot de patienterna som kommer från våran mottagning. Men nu har vi bestämt så att alla remisser dras på remissdragningen, ärendedragning som man säger.

Mentalskötaren gör en första bedömning och skickar sedan patienten till läkaren som skriver recept. Hon gör inte ASI eller använder sig av några andra utrednings- eller bedömningsmallar utan hon försöker skapa sig en helhetsbild av patientens situation utifrån sin egen långa erfarenhet. En del patienter har även sedan tidigare journaler från Katarinahuset som hon kan använda sig av vid behov. Hon försöker att planera de fortsatta kontakterna tillsammans med klienterna. Alla som aktualiseras träffar en läkare men inte med en gång. Oftast är det inte helt akuta fall som kommer men det är inga större problem att ordna en läkartid om så behövs. Om man misstänker att missbruket fortsätter finns det möjlighet att ta olika prover men oftast undviker man detta och det är inget tvång för att få stöd. Hon betonar tvärtom att vården är helt frivillig och exemplifierar med en kvinna som blivit remitterad från Katarinahuset därför att de uppfattade att hon missbrukade. Själv ansåg kvinnan att detta inte stämde och efter en inledande intervju med henne blev hon remitterad tillbaka till Katarinahuset. Hon vet inte vad som hände med denna kvinna efter detta men eftersom hon inte tyckte sig ha några missbruksproblem, skrev de ett remissvar att hon bättre borde höra hemma vid Katarinahuset och sedan dess har hon inte hörts av.

Sjuksköterska

Sbt:s sjuksköterska har sin anställning vid Mbab. Han har tidigare bland annat Case-managementutbildning samt beroendecentrums utbildning för beroende och psykiskt störda missbrukare, så kallade dubbeldiagnoser. Case-managementidén går ut på att vårdpersonalen ska vara samordnare för en patient eller klient och se till så att hela

hans eller hennes situation fungerar med olika vårdgivare och att de får den bästa och rimligaste hjälpen. Man lotsar klienten till rätt vårdgivare. Jag frågar hur han ser på sin uppgift vid Sbt och ber honom exemplifiera med en av de klienter som jag tidigare intervjuat:

Ja, om jag ser till den uppgift jag har här. Alltså jag utgör någon slags medicinsk, någon slags bedömning måste jag ju göra först. Missbrukets tyngd, någon form av missbruksbedömning. Hur mycket, hur länge, hur ofta, hur sjuk hon brukar bli. Om hon har varit inlagd tidigare. Vad hon har fått för behandling då. Hur hon har kunnat vara nykter tidigare. Hur långa perioder hon har varit nykter och varför hon har slutat vara nykter och så där va. Det är det viktigaste för att jag skall kunna göra någon form av insats här då. Med Antabus som hon skulle ha då tydligen. Och här var det urinprover för att se att hon inte gick på bensodiazepiner också.

Anders: Tar du reda på detta tillsammans med socialsekreterarna då, eller hur fungerar det?

Jag skall ha en remiss av socialsekreteraren. Vad de vill ha, att vi skall utföra. Sedan är det så att vi får diskutera det. Eller oftast brukar vi göra så att vi diskuterar patienten först och sedan så skriver de en remiss./.../ Så då får jag en remiss på vad jag skall göra liksom. För att socialsekreterarna har en behandlande uppgift och är de som skall ha patienten i någon form av behandlingskontakt. De har ju CRA och de skall göra ASI på allihopa till exempel.

Anders: Men den här patienten har gått på möten hos dig?

Ja, så blir det ofta med dem som jag får från socialtjänsten. De hamnar hos mig. Och det blir mycket stödkontakt. Det blir min kontakt som blir det, inte den behandlande socialsekreterarens.

En stor del av sjuksköterskans arbete går ut på att ta olika prover och dela ut mediciner, informera om alkoholens skadeverkningar och liknande men han har även, som citatet ovan visar, ofta en stödjande roll som i stor utsträckning liknar de behandlande socialsekreterarnas uppgifter. Jag frågar honom om hur han arbetar med handlingsplaner och om han har några givna utvärderingstillfällen och liknande men han menar att det inte finns några särskilda tillfällen då klienternas vård/behandlingsplaner revideras eller åtgärder utvärderas. Sådant sker mer löpande och spontant. Han menar att han inte anstränger sig för att rota så mycket i klienternas bakgrund och problem. Det berättar de så gärna om själva. Han inriktar sig på den behandling som han kan ge för de akuta problemen och möjligen hur framtiden kan fås att se bättre ut. Han gör dock en viss skillnad mellan dem som befinner sig i ett tidigare stadium av sitt missbruk och dem som hållit på ett tag eftersom han menar att: ”tidiga interventioner när det gäller beroendeproblematik är väldigt effektivt jämfört med sena interventioner.” Han gör en egen bedömning utifrån egna frågor men använder sig inte av någon strukturerad metod. Han använder sig inte heller

av de ASI-intervjuer som socialsekreterarna gör. Han är inställd på att minska missbruket men har ingen nollvision och försöker anpassa målen efter patienten. Det huvudsakliga målet är att patienterna ska få ett bättre liv och inte alltid och enbart att avstå helt från missbruk.

Psykoterapi

Beroendeteamets psykoterapeut tycks tillsammans med sexveckorsprogrammet och tolvstegsprogrammet vara den som har det tydligast strukturerade arbetssättet i sitt förhållande till klienterna. Hon säger att hon brukar ägna ungefär tre samtal för att avgöra hur problembilden ser ut. Den sista delen av det tredje samtalet används för att försöka komma överens om hur klienten/patienten ser på sina problem och hur hon själv ser på situationen. Anhöriga, som är en relativt stor grupp hos psykoterapeuten, får vanligtvis en "kortidsserie" på tolv träffar där ett centralt tema ofta är hur viktigt det är att kunna separera från sina barn. En viktig metod i detta arbete är att öva sig genom att separera från behandlaren. Ett problem i behandlingen av anhöriga kan vara att de ofta vill sitta och tala om vilka problem deras anhöriga har och diskutera de anhörigas situation. Medan behandlingen går ut på att få den sökande själv, inte missbrukaren, att släppa taget om den missbrukandes situation. Ofta är de anhöriga mammor till vuxna, missbrukande söner. Vissa frågor kan hon även till exempel hänvisa klienterna till att söka sig till klientrörelsen för att diskutera. Detta gör hon mest, som hon säger, av medmänsklighet eftersom hon menar att detta i grunden är oterapeutiskt.

De klienter som jag intervjuade psykoterapeuten om var bägge två anhöriga och i dessa fall gjorde hon redan tidigt upp om en behandlingsperiod med tolv träffar:

Anders: Så ni hade en ganska tydlig plan redan från början då?

Ja, och så sätter jag upp samtalen i boken så att säga. Med henne så var det ju liksom. Hon ville gärna gå kvar och så. Men vi kunde arbeta kring avslutet då i all alla fall. Hon skulle stå på egna ben och vi kunde liksom jobba med det. Men med honom var det jättesvårt. Han försökte behandla sig in i det sista och han fick mig till och med att säga att jag skulle tänka på saken, och så där. Och det ångrar jag bittert. Jag skulle inte ha gett honom det lillfingret. För då löpte han på med det och sedan gav jag inte honom flera tider ändå. Och jag tog till och med handledning på det. För att jag tyckte det var så svårt. Gör jag rätt eller gör jag fel? Så jag kanske var något otydlig mot honom där på slutet. Jag önskar att jag hade sagt tolv gånger varken mer eller mindre punkt.

Budget- och skuldrådgivning

Budget- skuldrådgivaren vid Sbt är utbildad jurist. Hon betraktar det år som gått sedan starten av Sbt som ett uppbyggnadsår. Stadsdelarna har varsin skuld- och budgetrådgivare utan juridisk kompetens men det finns ingen annan jurist som på samma sätt kan erbjuda en helhetslösning på klienternas juridiska problem. Budget- och skuldrådgivning är en mycket långsiktig verksamhet. De som skall bli föremål för denna typ av åtgärd måste ha kommit en bit på väg. "Jag fungerar ju som en insats. Så det måste ju skrivas ett beslut på

insats. De kan inte bara ringa upp mig själv./.../De går via en behandlare. Det är så man upptäcker att de har en svår problematik.” Klienterna måste vara drogfria, välmotiverade och ha möjlighet att finna ett arbete. De måste ha stort tålamod. Men skuldrådgivaren kan även jobba med punktinsatser för till exempel någon som håller på att bli vräkt eller som hamnat i en vårdnadstvist. Hon kan även fungera som juridiskt biträde vid polisförhör. Mbab och landstinget kan inte, på samma sätt som stadsdelarna, remittera klienter till budget- och skuldrådgivaren. Men hon kan tvärtom rekommendera klienter att uppsöka Mbab till exempel. Hon säger att det är ett oerhört stort tryck på hennes tjänster och hon uppskattar själv att cirka 90 procent av Sbt:s klienter har skuldproblem. Ofta hänger dessa problem samman med en del juridiska problem. Men alla klienter vill samtidigt inte ta tag i sin situation. De måste först vara välmotiverade för att försöka ta sig ur sin situation:

Vid första besöket så berättar jag om vem jag är lite kort och vad jag har för funktion på enheten. Och sedan så ber jag dem att berätta om varför de har kommit. De presenterar sig och hur situationen har sett ut tillbaka. Jag ställer en del frågor så att de så mycket som möjligt får berätta om sig, problematiskt och hur deras liv har sett ut.

Budget- och skuldrådgivaren säger att det är viktigt att först ta tag i eventuellt färsk skuldsättning eftersom sådan är väldigt menlig för den fortsatta skuldsaneringen. Finns det problem med färsk skuldsättning så måste man ta tag i den direkt. Är skulderna så stora att man skall söka skuldsanering måste skulderna vara 3-4 år gamla. Många som kommer till henne struntar i skulderna och säger till exempel inte upp kabel-TV-abonnemang trots att ett sådant hela tiden genererar nya skulder. Det blir då en del av motivationsarbetet att motivera klienten att ta tag i sin situation och försöka se helheten i sin ekonomi. Ofta saknar klienterna överblick över sin ekonomiska situation. I de fall klienterna inte har några tillgångar, vilket till exempel gäller dem som får försörjningsstöd, försöker man först kartlägga situationen. Det kan ofta ta mycket lång tid att söka igenom alla register och liknande. Man måste genomsöka alla inkassobolag, kronofogden och så vidare. Det kan ofta ta ett halvår och mer. Många tror att de har större skulder än de faktiskt har. Detta beror bland annat på att skatteskulder preskriberas efter fem år.

Budget- och skuldrådgivaren kan även arbeta förebyggande genom att försöka förhindra vräkningar och försöka förmå stadsdelen att täcka hyresskulder eller företräda klienterna i hyresnämnden och så vidare. Detta är ett område som hon tycker borde utvecklas betydligt mer. Av bland annat denna anledning har hon gått ut till stadsdelarna och informerat om vilka tjänster hon kan bistå med. Hon är beroende av att socialsekreterarna i ett tidigt skede kartlägger hjälpbehovet och tar kontakt med henne om det finns behov av hennes tjänster. Att de tar reda på om klienten befinner sig i juridiska svårigheter och till exempel om de står inför en rättegång.

Uppsökare

Den intervjuade uppsökaren har en lång erfarenhet som uppsökare, socialsekreterare och från arbete inom narkomanvården. Han har en av två tjänster som uppsökare. Båda två jobbar de med riktad uppsökande verksamhet. Framförallt jobbar de med Sbt:s klienter

men kan även komma i kontakt med klienter från stadsdelarna. Huvuduppdraget är att försöka motivera de som avviker från behandlingen att återvända. De har även kontakt med klienter som just har avslutat en behandling och inte klarar sig själva efter någon form av institutionsvård och de söker upp och försöker motivera kända missbrukare till att söka behandling. Arbetet underlättas av att uppsökarna har ett brett kontaktnät som känner till deras uppdrag och kan kontakta dem vid behov. De får kontakt med många klienter via handläggarna som har placeringsansvaret på respektive stadsdelsförvaltning. Men även polisen, när det gäller dem som sitter gripna, och frivårdsinspektörerna är viktiga kontakter för uppsökarna.

Den intervjuade uppsökaren har kvar en hel del uppdrag sedan tidigare som innebär att han sitter med i olika nätverk som arbetar förebyggande på olika vis. Till exempel nämner han "Nätverket Hornstull" som består av lokala näringsidkare, Connex, hyresvärdar etc. och som försöker göra något åt de lokala problemen i Hornstull.

Uppsökaren påpekar att det är mycket viktigt att göra direkta uttryckningar och motivera dem som är mogna för behandling för att nå dem vid rätt tillfälle. Man måste kunna anpassa språk, attityd och så vidare till olika personer. Han uppger dock att det är mycket svårt att avgöra hur det kommer att gå för olika klienter i framtiden. Han har mycket svårt att bedöma vad behandlingen kommer att leda till. Han vet aldrig om det kommer att gå bra eller dåligt för en person som han kommer i kontakt med.

Jämfört med tidigare erfarenheter är uppsökarens arbete nu mer inriktat på att hålla folk kvar i behandling tills de avslutas och att se till så att övergången mellan slut- och öppenvård fungerar smidigt. Uppdraget går ut på att stötta personerna i fråga så att de behåller motivationen att fortsätta så länge som möjligt.

Behandlande socialsekreterare

Jag intervjuade fem av de sex bland personalen som är "behandlande socialsekreterare", vilket är en beteckning som alla de intervjuade numera börjar känna sig mer och mer bekväma med. De flesta hade lång erfarenhet från liknande arbeten inom olika öppenvårdsenheter, behandlingshem eller liknande. En av dem är dock relativt nyutexaminerad och en annan har jobbat länge vid stadsdelen, men då med mer traditionellt utredningsarbete. Alla har gått utbildning i CRA, Motiverande intervjuer (MI) och ASI. Någon har steg-ettutbildning (psykoterapi) sedan tidigare, en annan särskild utbildning i återfallsprevention och en tredje går för närvarande KBT-utbildning. Flera uttalar sig positivt om de möjligheter till vidareutbildning som arbetet vid Sbt har givit dem, även om det hos vissa tycks finnas en viss skepsis mot vad som kan uppfattas som en ibland alltför hårdför lansering av nya arbetsmetoder. Samtidigt säger de sig ha vissa problem med att använda de metoder som de fått lära sig. De tycker sig inte alltid hinna genomföra den ofta relativt omständliga arbetsproceduren och tillhörande dokumentationen av arbetet som olika metoder föreskriver.

Alla fem är rekryterade från de båda samverkande stadsdelarna efter ett ansökningsförfarande. Den roll de nu har är dock inte riktigt den de förväntade sig. Organisationsförändringen innebar inte enbart att nya roller kom till utan även att arbetet för dem som blev kvar på stadsdelen blev mer specialiserat till att syssla med utredningar, eller som flera benämner det ”myndighetsutövning”. När de flyttade till Sbt trodde flertalet av de intervjuade att de därmed även valde bort denna del av arbetet, även om vissa ser fördelar med att kombinera de båda sysslorna:

Jag trodde det skulle bli helt annorlunda. Jag trodde vi skulle satsa på behandling alltså i större utsträckning än vad som har blivit nu. Nu har det ju fått en mixad roll./.../...någon kombinerad utredare/myndighetsperson och behandlare i samma./.../ Det är ju inte riktigt den roll vi ska ha. Men så har det blivit. /.../...vår roll skulle ju vara att personen var utredd på ett annat ställe. Alltså typ, den ska vara utredd och bedömd att öppenvård är det mest lämpliga för hans del (Ip b).

Intervjupersonen menar att stadsdelarna alltför slentrianmässigt skickar klienter till Sbt utan att utföra någon egentlig utredning om öppenvård är det bästa alternativet i just denna klients fall. De gör enbart en förhandsbedömning om att personen inte är i behov av institutionsvård och är han eller hon inte det så blir det bara öppenvård kvar och klienten hänvisas till Sbt.

De skall utreda. Men eftersom de utreder bara om ett behov finns av institutionsvård så kan man ganska snabbt kartlägga att det behovet inte finns, eller att inte pengarna finns./.../...då väljer man ju en lättare väg och på så vis så kan man skicka det hit. Personen har inte gjort någon ASI, det finns ingen utredning, alltså någonting om vad som har hänt klienten innan. Utan det är en kort sammanfattning som skrivs i form av en remiss. Alltså då får vi ta hela utredningsbiten (Ip b).

Egentligen, menar intervjupersonen, att hennes arbete borde likställas med till exempel det inom tolvstegs- eller sexveckorsprogrammen vid Sbt. De som kommer till denna typ av program gör det först efter att man på något vis tagit reda på, utrett, att det han eller hon behöver är just detta program.

Ip b tycker dessutom att dokumentationsarbetet är alldeles för tidskrävande. Hon är beredd att göra utredningar för dem som kommer ”direkt från gatan”. Men de som kommer från stadsdelarna, anser hon, skall ha ett skrivet beslut och att utredningen skall vara färdig. Stadsdelen skall på basis av sin utredning kunna fatta beslut om till exempel öppenvård i sex månader vilket det sedan blir Sbt:s uppdrag att utföra. Sbt:s roll blir då att utföra ett uppdrag åt den beställande stadsdelen och att dokumentera eventuella avvikelser från den behandlingsplan som utarbetats vid stadsdelen. Intervjupersonen tycker även att de borde utveckla användandet av trepartssamtal mellan Sbt, stadsdelen och klienten vid överlämnandet.

De behandlande socialsekreterarna är inte riktigt ense om vilken roll de borde ha. Även om deras beskrivning av utvecklingen är liknande ser vissa inte detta som enbart en negativ utveckling. Den nya rollen som behandlande socialsekreterare innebär att man måste bryta med tidigare inarbetade vanor och arbeta närmare klienterna än vad man tidigare gjort. I den traditionella socialsekreterarrollen finns olika kringresurser i form av inackorderingshem, behandlingshem och liknande som tar hand om själva behandlingen. Den nya rollen medför en mer kontinuerlig kontakt med klienterna och ett större ansvar som man kanske inte är riktigt van vid:

...man träffar dem oftare. När de är på behandlingshem så lämnar man ju över ansvaret till någon annan att utföra vården om man säger så. Och det kunde ju då vara Checkpoint som ligger vid Mariatorget och då går ju personen i behandling 6-7 veckor. Och sedan har man kanske något uppehåll och sedan om det finns behov av det så, så fortsätter man med att se om personen kan hitta något arbete. Hitta någon bostad. Och så fortsätter man att arbeta med de bitarna. Då kunde man behålla kontakten med personen tills de blivit så självgående så att man kunde avsluta. Här är allt. Här är det ju mera då inriktat på själva den behandlingsdelen som andra har utfört tidigare (Ip f).

Jag hade ju hoppats på att det inte skulle bli så mycket skrivande. Och det är ju mindre skrivande nu. Vi skriver ju inte de här långa utredningarna på klienterna för att de skall skickas iväg på behandlingshem och så där. Alltså att man behöver skriva utredningar till nämnden för att de skall ha beslutsunderlag för att bevilja vård och behandling. Så att det är ju mindre av det ändå (Ip f).

Genomgående anser de intervjuade behandlande socialsekreterarna att det blivit mer skrivande än de hade tänkt sig. De säger till exempel att de skriver mottagningsuppgifter för alla nya klienter och om det blir fråga om insatser så skall en utredning öppnas, beslut skrivs och dessutom skall en behandlingsplan och journalanteckningar skrivs för varje klient. Om personen ska ha budget- och skuldrådgivning skall det skrivas ett särskilt beslut om det. Skall han eller hon gå hos psykoterapeut skall det skrivas ett beslut. Skall klienten gå på sexveckors skall det skrivas beslut. Skall personen avslutas skall det skrivas ett beslut även om det. De uppfattar det som att arbetet blivit onödigt byråkratiskt och kan inte riktigt se nyttan av allt dokumenterande som hamnat på deras lott. Flera anser att klienterna redan bör vara "färdigutredda" när de kommer till dem. Det tycks dock finnas en större förståelse för den typ av utredning som ligger närmare motiverande inslag och vars mål är att öka klientens förståelse och insikt i sin egen situation. För detta ändamål kan till exempel MI och ASI komma till nytta enligt de behandlande socialsekreterarna. Att sedan dokumentera sin egen verksamhet ser de mycket liten nytta av. En av dem förklarar att denna hållning för henne delvis beror på att hon ser sig själv som själva behandlingsverktyget och att ingen annan kan gå in och utföra hennes arbete. Därför är det också ganska meningslöst att dokumentera själva behandlingsmötena. Hon menar också att det hon får veta av klienten om dennes liv och tankar har hon fått veta i förtroende och det vill hon inte skriva ner. Detta för att undvika att någon annan får tillgång till detta material vilket hon i så fall skulle uppfatta som ett brutet förtroende.

Brukaren i centrum

En viktig uppgift för Södermalms beroendeteam har varit att sätta brukaren i centrum. Det skall vara lättare för en person som söker beroendevård att hitta rätt i vårdutbudet. Att socialtjänsten, Mbab och psykiatrin södra befinner sig under ett och samma tak ska minska riskerna för att till exempel personer med samsjuklighet (eller dubbeldiagnoser) hamnar mellan stolarna. Brukarna ska ges större möjligheter att välja mellan många olika insatser och de ska själva kunna ta ställning till vad de behöver utifrån just deras särskilda situation. I personalintervjuerna märker jag dock vissa frågetecken kring hur detta fungerar i praktiken. En central fråga är naturligtvis hur Sbt påverkar vårdutbudet. I vissa av intervju svaren märks en viss reservation mot att socialtjänsten driver egna behandlingsprogram. I förlängningen befarar man att detta kan komma att påverka vårdutbudet negativt:

Jag kan faktiskt vara lite kritisk/.../ att stadsdelarna själva har öppenvårdsprogram. Jag kan tänka, tycka att det blir lite märkligt. Plus att det blir lite, jag vet att till exempel på Checkpoint så har de varit väldigt upprörda över det. De har ju ingen chans att konkurrera med stadsdelarnas egen. Och det finns ju oerhört mycket bra verksamheter som det är tråkigt om de kommer att få gå i konken för att, ska alla stadsdelar sitta på sina egna små behandlingar istället för att man har olika typer av behandlingar. Vara bredare och sedan kan man köpa av varandra (Ip p).

Jag frågar av denna anledning behandlaren vid sexveckorsprogrammet hur hon ser på möjligheterna att driva programmet utanför stadsdelens regi:

Jag tror att det skulle vara bättre. Det finns väldigt få kognitiva behandlingar för människor med beroendeproblematik. Så att egentligen så tycker jag att det här skulle vara tillgängligt för fler. Ibland så är det ju så, att under långa perioder, att vi inte har fullt här. Vi utnyttjas inte. Och då tänker jag. Om man kunde köpa in oss från andra stadsdelar så skulle ju det vara bra. För att det kanske är så att de flesta i en stadsdel vill gå på tolvsteg men det finns några i varje stadsdel som vill, eller har hört talas om det här med kognitivt, eller har gått kognitivt i enskild terapi och tyckte det var bra och så där.

Även en av cheferna vid stadsdelarna säger att det finns en risk att vårdutbudet krymper tack vare Sbt. Om det till exempel kommer någon som vill ha behandling inom Checkpoint så har han eller hon betydligt svårare att få det idag eftersom alla i första hand hänvisas till Sbt:

Om man tar ett sånt exempel som att någon som ansöker först blir hänvisad dit men som säger att: -Det här är ingenting för mig, och kommer hit och ansöker om Checkpoint: -Tillbaks till vår öppenvård, för det kommer vi ju att göra, då blir det lite svårt.

Hon säger att detta samtidigt ställer höga krav på behandlingens kvalitet vid Sbt. Den måste vara så pass bra att de sökande själva finner anledning att söka sig dit. För att leva upp till detta krävs det en hel del både från handläggarna vid respektive stadsdel som av Sbt:s personal.

När jag frågar en av de socialsekreterare som arbetar kvar vid stadsdelen hur vårdutbudet har påverkats sedan starten av Sbt svarar hon:

Ja, det har ju blivit smalare. Innan var det lite lättare kanske, för de hade löpande intag. Nu är det ju den här tolvstegs, som det är mest tryck på då, det är ju bara intag var tionde vecka och om någon då kommer i första veckan då det är i gång kan det ju bli en lång väntetid. Så det blir ju lite trixigare i de fallen (Ip l).

Intervjupersonen anser att två veckors väntetid är ungefär vad som kan tyckas vara acceptabelt. När väntetiden blir längre får man fylla den på olika sätt med uppehållande stödsamtal och liknande. En fördel är dock att intervjupersonen uppfattar sig ha större insyn i vårdens innehåll nu än tidigare, då vården köptes upp av olika entreprenörer. Hon uppfattar det dock inte som att vårdkvaliteten är bättre nu än tidigare. Skillnaden nu är att man har lättare och mer regelbunden kontakt med personen som leder tolvstegsprogrammet vilket ger bättre insyn i vilka klienter som går på programmet ”Man kan matcha lite.”

Denna intervjuperson tror inte att hennes enhetschef skulle godkänna om hon bedömde att någon person inte kan vänta i tio veckor och därför behöver upphandla vård från någon annan vårdgivare. Då får någon av socialsekreterarna vid Sbt ha några ”uppehållande samtal” under tiden.

Anders: Du säger att vårdutbudet blivit smalare. Finns det något som saknas?

Ja, vad skulle det vara? Ja, vi hade ju, det var kanske lite mer flexibelt tidigare. Då kunde man köpa in från ’Rådgivarna’ hette det då, som var antingen tolvstegs eller kognitiv inriktning, men som var kanske bara tre gånger i veckan eller en gång i veckan. Man var liksom inte tvungen att köpa ett helt program utan man kunde anpassa det lite mer individuellt efter klienterna (Ip l).

Jag frågade även personalen vid Sbt om hur de såg på klienternas möjligheter att påverka behandlingsinriktning och om Sbt inneburit större möjligheter för klienterna:

Alltså de får ju hålla till godo med det utbud som vi har då. Det är ju sexveckors och (namn) tolvstegsprogram och strukturerade samtal här då. Men vill de åka på behandlingshem då är det ju inte så lätt för oss att påverka det (Ip d).

Anders: Vem är det som avgör det då?

Det är ju cheferna på vuxensektionerna. Så att vi skickar ju tillbaka remisser eller skickar tillbaka människor när de gått här ett tag och tycker då eller har synpunkter på att de borde få åka iväg men det är inte alltid de får det (Ip d).

Anders: Så att om någon kommer hit och har ett behov av något annat än erat utbud då måste du skicka en remiss tillbaka till stadsdelen?

Allt som kostar pengar. Sedan kan vi ju tipsa folk om olika saker. Det är ju väldigt tryck på (namn) som arbetar som terapeut här. För att många vill ju ha terapi. Och sedan är de

ju inte nöjda med då att kanske gå i samtal hos någon av oss. Fast det kanske är minst lika bra många gånger. Därför att hon har sin titel som psykoterapeut då. Och många vill ha en läkare också som de kan gå i samtal hos. Och det är jätteviktigt för dem. Och många av de här dubbeldiagnoserna också. De vill ju ha en läkare på Katarinahuset som de kan ha kontakt med. Men det går ju inte (Ip d).

Intervjupersonen berättar att istället får de ”hålla till godo” med de behandlare som finns vid Sbt och efter ett tag brukar det visa sig att även detta fungerar bra. Intervjupersonen brukar även tipsa folk om att söka sig till behandlingsenheten vid socialtjänstförvaltningen, behandlingsgruppen i city, som har funnits sedan slutet av 1960-talet och är stationerad vid Sabbatsberg eftersom det där finns möjligheter att få individuella samtalsbehandlingar.

En annan socialsekreterare (Ip e) förklarar att när nya klienter kommer informerar hon om utbudet och då fastnar så gott som alla klienter för psykoterapin. Det vill alla ha. Men då säger hon att ”då får du vara nykter ett par månader först”. Och sedan kan detta vara möjligt att ordna. Det finns dock inga garantier för att så sker.

Om något saknas i vårdutbudet vid Sbt kan klienterna skickas till någon av stadsdelarna för vidare remiss till någon annan vårdinstans. Det finns dock inga direkta kanaler som gör det möjligt att utnyttja vårdutbudet vid Mbab. Kontakter med självhjälpgrupper är ett exempel på något som saknas i vårdutbudet enligt en av socialsekreterarna (Ip f).

Samma typ av svar får jag från flera håll. Kostar det pengar så skickas klienten tillbaka till stadsdelen för beslut. Sbt har sitt begränsade öppenvårdsutbud att erbjuda och inget utöver detta. Behöver klienten någon annan typ av behandling så hänvisas han eller hon till stadsdelen. Det stora flödet av klienter går dock från stadsdelarna till Sbt och inte tvärtom (Ip a).

Samverkan

Södermalms beroendeteam är, som redan namnet försöker förmedla, ett samverkansprojekt. Samverkansparterna utgörs av de två olika socialtjänstenheterna vid Södermalms två stadsdelar, Maria beroendecentrum som är ett aktiebolag med uppdrag från landstinget samt psykiatrin södra. Tillsammans skall de som jobbar vid Sbt utgöra ett arbetslag - ett team. De första initiativen till samverkan togs av socialtjänsten, den största delen av personalen är anställd av socialtjänsten och det är socialtjänsten som har det största intresset av en öppenvårdsmottagning för beroende/missbruksvård på just Södermalm. Mbab är sedan länge etablerat i samma geografiska område och bedriver öppenvård som har ett snarlikt behandlingsutbud som det vid Sbt. Utgångspunkten för verksamheten vid Sbt är mycket tydligt att stärka samverkan kring de klienter som söker sig till socialtjänsten med beroendeproblem. Personalen är dimensionerad för detta ändamål och åtminstone hos den personal som är anställd av socialtjänsten tycks detta tas för givet. I stort sett tycks även den praktiska verksamheten fungera på detta sätt. I intervjuerna är det övervägande intrycket att dessa mer vardagliga kontakter löper utan större friktioner.

Samtidigt märks från olika håll en efterfrågan om en djupare samverkan särskilt när det gäller mottagningen och bedömningen av nya klienter/patienter och från stadsdelarna ett behov av samverkan även kring klienter som inte är aktuella vid Sbt. Ett uttalande från en av stadsdelarna är illustrerande för detta behov: ”Man har tagit bara en person från Maria och flyttat den rent lokalt dit, för att serva Sbt, men vi är inte speciellt servade av det (Ip m).” Intervjupersonen säger att en person som är aktuell vid stadsdelen till exempel inte kan gå till Sbt för att ta urinprov, utan han eller hon får gå till Maria beroendecentrum. Man måste vara aktuell vid Sbt för att kunna nyttja sjuksköterskans tjänster. I detta liksom andra uttalanden från de intervjuade blir det tydligt att samarbetet förväntas äga rum kring de klienter som av olika anledningar är aktuella hos socialtjänsten.

En av de behandlande socialsekreterarna vill särskilt lyfta fram problemen med samverkan när jag i min sista intervjufråga undrar om det är något ytterligare som hon vill tillägga:

Samverkan. Det är liksom inte riktigt bra än. Det är långt ifrån bra. Men det kanske inte har så mycket med det här att göra. Men det är samverkan mellan Maria beroendecentrum, psykiatrin och vi.

Anders: Vad är det som inte fungerar då?

Det var en bra fråga. Jo, det saknas tydlighet om vad det är vad vi skall samverka om. Det är ju bättre med Maria beroendecentrum och det är rena katastrofen med psykiatrin. Det finns säkert skäl, till exempel att de har kommit in senare. Men det är fortfarande så att samverkan måste ha ett innehåll och det är svårt att finna vad liksom, vad som är...

Anders: Är det kring enskilda klienter då eller?

Jag kan inte sätta ett, säga, vad vi skall samverka om. En del säger att vi skall samverka om dubbeldiagnoser: Jaha, är det det vi skall göra! Eller skall vi samverka om dem som har beroendeproblematik med psykiska problem, ätstörningar eller borderlines? Nej, sorry, den här (frågan) kan du ställa till alla. Alla sex här (behandlande socialsekreterare) och den som säger att det är bra den kan du anteckna. Det känns mera som om de jobbar fritt psykiatrin. De jobbar med sig själv. Nej, de jobbar med sitt eget projekt.

Anders: Har de egna patienter som kommer hit då?

Ja, vi misstänker väl det. Och det är inte, så var det inte tänkt. Tanken var ju att vi samverkar. Det här är ju utgångspunkten. Det måste ju vara rekrytering här på Södermannagatan och utifrån det skall man ju så att säga...

Anders: Men har ni inte behandlingskonferenser och andra möten, hur fungerar det vid sådana tillfällen då?

Ja, det har vi ju. Men det är liksom lite låg nivå då. Det kan vara bättre om man säger så. Det är ett utvecklingsområde./.../ Det är låg nivå på det. När man drar ett ärende så får

man ofta inte hjälp där. Man får en massa. Man kan få idéer. Men det är ofta det att man vill ha någon hjälp när man drar en klient där (Ip b).

Intervjupersonen efterfrågar en fördjupad samverkan kring enskilda klienter och/eller tydligare riktlinjer om vad samverkan skall gälla. Samtidigt tydliggör citatet med vilken självklarhet som socialtjänstens klienter sätts i första rummet som utgångspunkt för samverkan. De som kommer direkt till Sbt (Södermannagatan) utan föregående kontakt med någon av de samverkande stadsdelarna utgör nämligen en klar minoritet.

En annan socialsekreterare säger att samverkan med sjuksköterskan från Maria fungerar bra men ”psykiatri är det väl lite oklart vad man skall använda dem till/.../De har ju egna besökare och jag är utanför det där (Ip e).” Det är enligt henne lite oklart vad de kan ”hjälpa till med”. Sjuksköterskan behövs för att dela ut Antabus och ta urinprover men mentalskötarna har ingen lika tydlig roll enligt denna intervjuperson.

Ingen av dem som jobbar med de mer etablerade behandlingsprogrammen, eller budget- och skuldrådgivaren, har något att erinra om samverkan, även om de inte heller uppfattar ett så stort eller annorlunda behov av det än vid andra arbetsplatser som de har varit vid. Den intervjuade uppsökaren menar dock att det finns tydliga brister i samverkan med Mbab när det gäller den uppsökande verksamheten:

Det var ju meningen i början här att vi skulle vara där varje morgon. Varje morgon hela veckan. Vi fick ett eget rum på akuten där nere för att fånga upp dem som hade gått in på intaget över natten och sedan var på väg ut igen. Då skulle jag fånga upp dem och sedan vidarebefordra dem hit till Sbt. Men när jag hade suttit där i fem, sex veckor och vi hade fått två gubbar som tillhörde oss. Då tyckte jag att det var resursslöseri. /.../ Då gjorde vi dealen då att de skulle ringa till mig eller (namn på den andra uppsökaren vid Sbt) när det dyker upp någon som tillhör Södermalm. För att det tar oss bara några minuter att ta oss dit. De har aldrig ringt. Och jag har varit på dem flera gånger om det här. Jag tycker att det här är ett systemfel./.../ Istället för att sitta där och vänta på att det kommer någon. Och se. Och slå ihjäl ett par timmar varje morgon, så skulle de då, om det dyker upp någon som kommer in på intaget, så skulle de ringa till mig omgående så vi kunde ta oss dit va. Och intensivmotivera: ‘Give them an offer they cant refuse’. Men de har inte ringt en enda gång trots påtryckningar. Så att det är helt osannolikt orimligt att ingen skulle ha vart där från söder. Det är klart att de har vart det. Men de har inte ringt. Så där har vi en hake alltså. Samtidigt som jag tycker att det är väldigt tråkigt att om jag hittar någon då, som jag oroar mig för det idag, då ska jag försöka hämta upp två stycken och försöka få ner dem på avgiftning. När det inte finns en fullgod planering så tar de inte emot dem. När de faktiskt är i ett jättestort behov utav avgiftning. I ett stort behov av att bryta missbruket.

Anders: Varför tar de inte emot dem då?

För att det inte finns någon planering. De går efter den här grejen som föddes då på nittio-talet att här ska inte vara några svängdörrar. Och sedan har de ju sin. De har en ekonomisk

uppgörelse med landstinget som jag inte riktigt begriper. De har ju en kvot då så att säga. Så de får ju inget extra för de här då vad jag förstår. Det är lite tråkigt va det. Det där tycker jag är ett krackigt samarbete alltså. Ett väldigt krackigt samarbete alltså. Väldigt krackigt.

Det tycks finnas åtminstone två områden med ett mycket tydligt behov av utbyte mellan de olika kompetenser som samverkansparterna besitter. Det första av dessa handlar om att utreda och bedöma vilka insatser som den sökande klienten/patienten är i behov av. Det andra handlar om att utföra dessa insatser, vilket ofta tycks ske som en ren stödfunktion till socialtjänstens klienter i form av provtagningar och medicinering. Den första tycks fungera sämre och den sistnämnda bättre. För att utreda och bedöma vilken insats som kan vara lämplig för en viss klient/patient efterlyser samtliga samverkansparter bättre behandlingskonferenser eller trepartssamtal i början av kontakterna med en ny klient/patient. Även om det från en del håll också påtalas risker med sådana samtal mellan olika parter. På grund av tidigare misslyckanden kan olika parter ha förutfattade meningar om den aktuella klienten. Till exempel säger en av socialsekreterarna att en av hennes klienter var känd hos alla olika samarbetsparter och att hon hade varit aktuell sedan tio-elva års ålder. De hade mycket klara bilder av vem det var som intervjupersonen hade att jobba med och dessa stämde dåligt överens med socialsekreterarens egen uppfattning. Nu är klienten/patienten en annan än den person de mött tidigare vilket även hennes psykiatriker till slut insett.

Specialisering

Södermalms beroendeteam kan även uppfattas som ett specialiseringsprojekt. Stora resurser har lagts på kompetensutveckling bland personalen. Personal med inriktning mot olika behandlingsmetoder och insatser har anställts och verksamheten har organisatoriskt brutits ut från vuxensektionerna vid stadsdelarna. De som arbetar vid Sbt ska vara specialister på beroendevård och de skall använda olika behandlingsmetoder med målsättningen att minska enskilda klienters missbruk. I den vårdprocess som Socialstyrelsen beskriver i sina nya nationella riktlinjer så framhålls att beroendevården kan uppfattas innebära en process där den sökande klienten/patienten går igenom en rad olika faser i sina kontakter med beroendevården och möter mer och mer specialiserade experter som kan just deras specifika problem. Har man enbart lindriga problem räcker det med en kort rådgivning. Har man större problem måste dessa utredas noggrannare för att klarlägga vilka speciella kompetenser som kan behövas för att komma till rätta med just denna situation.

Vid det sjätte steget i denna vårdprocess rekommenderar Socialstyrelsen en rad olika behandlingar som man bör erbjuda klienterna och som har fått stöd i behandlingsforskningen. Bland dessa rekommendationer återfinns bland annat tolvstegsbehandling, kognitiv beteendeterapi (KBT), CRA-behandling och interaktionell strukturerad dynamisk terapi. Gemensamt för de metoder som Socialstyrelsen rekommenderar är att behandlingarna utmärks av en klar struktur, väldefinierade åtgärder och detaljerade riktlinjer eller manualer. Samtidigt rekommenderar Socialstyrelsen särskilt att man *inte*

skall syssla med så kallad *ospecifik stödbehandling* eftersom denna typ av behandling saknar vetenskapligt dokumenterad effekt på vare sig missbruk eller kvarstannande i behandling. Socialstyrelsen utesluter samtidigt inte att denna, inom socialtjänsten mycket vanliga åtgärd, kan ha effekter inom andra områden.

Specialisering förutsätter arbetsdelning men hur denna arbetsdelning ska se ut inom beroendevården på Södermalm verkar det inte finnas någon allmänt accepterad uppfattning om. Framförallt tycks det råda olika uppfattningar mellan stadsdelarna och Sbt om vem som ska göra vad i den underliggande utrednings- och sorteringsprocess som leder fram till specialisternas insatser. Denna pågående diskussion blir kanske framförallt tydlig i olika åsikter om dokumentationen och utredandets betydelse för arbetet vid Sbt.

ASI är tänkt att utgöra basen i utredningsverksamheten och en viktig dokumentation av klienternas problembild såväl vid stadsdelarna som vid Sbt. Erfarenheterna säger dock att långt ifrån alla blir utredda på detta vis. En socialsekreterare vid en av stadsdelarna uppskattar att ASI kanske görs i hälften av alla de fall där det kunde vara befogat. Hon säger att detta beror på att situationen ofta är så pass akut att detta inte hinns med alla gånger och exemplifierar det på följande vis:

Ja, det är ju framförallt att det är så akut. Som när jag fick in ett nytt ärende för, kan det vart en månad sedan, och som ringer och säger: -Ni måste komma och hämta mig nu för jag ser spindlar i taket. Ett delirium. Och då är det ju liksom bara att åka och hämta henne. Och så sedan blev hon inlagd på sjukhus och var jättedålig och fick ett delirium till. Och så ja till Sös och Karolinska och det ena med det andra. Och sedan då när hon liksom började vakna till. Då måste jag redan ha, vara liksom ett steg före, för annars så kommer ju hon hem emellan och det kan man ju inte riskera. Så då hann ju inte jag göra någon ASI där. På de två dagarna då hon var någorlunda i form då då.

Anders: Och hur gjorde du då?

Ja, då får man ju hoppas att man kan göra det i efterhand då. Men det blir ju ofta att man gör det för att man måste. Fastän man redan har inlett en placering. Så att det blir ju lite knepigt ibland. Egentligen är det ju tanken att ASI:n skall ligga till grund liksom. Att utifrån den så ser man vad det är för insats. Men jag tycker mycket har varit så akut.

Anders: Är ASI en hjälp när det gäller att välja insats eller känns det mer som en pålaga?
Är det ett bra redskap?

Jo, men det är ett bra redskap. Om man har tid för det. Alltså om utredningen blir en process så som det är tänkt att det skall vara. Att någon kommer in, man träffas en fyra-fem gånger, man gör en ASI och ja, då är det ju bra. Och så har man ju liksom en grund som man kan följa upp sedan. Men det är ju svårt i de här akuta lägena att göra det. Och lika väl om de, att göra en ASI på dem som inte vill, det går ju inte, de svarar ju bara nej på allting och då är det ju ingen idé.

Anders: Gör ni ASI-uppföljningar också? Fungerar det bra då?

Ja, det funkar bra om personerna har varit drog fria under tiden. Har de inte varit det då är det svårare att vara ärlig, tror jag. Om de har varit i en insats och så gör man en uppföljning. Ja, då har de ofta svårt att säga om de har tagit droger, även om de har gjort det. Då blir det ju som att liksom..., så att det kan vara knepigt (Ip l).

När jag diskuterar arbetsdelningen med en av cheferna vid den ena av de båda samverkande stadsdelarna uppger hon att hon uppfattar det som bekymmersamt att personalen vid Sbt till viss del uppfattar sin egen roll som enbart behandlande och att detta utesluter utredande verksamhet. Hon menar att utredning och behandling hänger så pass intimt samman att det inte går att skilja åt. Hon menar att det är en missuppfattning att stadsdelen ska sköta utredandet av sökande klienter och sedan remittera dem som behöver det till behandlingsspecialisterna vid Sbt:

Jag tror att du just nu har satt tummen på bekymret, också i relationen lite grann. Det här med att, att man har lagt någon egen ribba som egentligen inte stämmer. Visst så gör vi huvuddelen av utredandet i myndighetsutövning och så men det går ju inte att särskilja, då är vi inne på beställar-utförare. Och det tycker jag är problematiskt.

Det är framförallt de behandlande socialsekreterarna som ännu inte hittat sin roll vid Sbt. I intervjuerna med dem som arbetar inom de mera etablerade behandlingsprogrammen, sexveckors- och tolvstegsprogrammet samt psyko-terapeuten framgår det tydligt att de som jobbar inom dessa program känner sig mer hemmastadda i sina specialistroller. De har sina rutiner och arbetssätt att följa och de finner även ett organisatoriskt utrymme att arbeta i denna roll. De behandlande socialsekreterarna känner sig både mer osäkra i sina roller och dessutom saknas det utrymme att utföra det som förväntas av dem om de skulle tillämpa de metoder som de faktiskt gått på olika kurser för att lära sig. En stor del av de behandlande socialsekreterarnas tid tycks i stället gå åt till att först träffa nya klienter vid ett par tillfällen och informera dem om det utbud som finns vid Sbt. Om klienten då till exempel bestämmer sig för att gå tolvstegsprogrammet, vilket är vanligt, har socialsekreterarna återkommande möten med klienten under ett antal veckors tid i väntan på att programmet sätter igång. Under tiden klienten sedan går på tolvstegsprogrammet fungerar socialsekreteraren som en stödperson och möter klienten regelbundet för att till exempel hjälpa dem med läxorna (Ip a).

En av de behandlande socialsekreterarnas berättelse om hur hon arbetade med en av de intervjuade klienterna från de första kontakterna och framåt illustrerar hur klientarbetet kan gå till:

Ja, jag försökte rita upp det hela, som det såg ut då. Vad som var vad. Vad hon hade för insatser redan nu. Hon hade pågående insatser med någon. Och så hade hon en läkare inne i stan. Vi försökte bena upp vad vi kunde göra här och vad vi kunde göra på andra håll. Vad som var hennes arbete och vad som var hennes styrkor. Vi försökte hitta det och så. Jag använde mig väldigt mycket av MI på henne och visa på resultat. Vad som har hänt, vi lade upp en plan så att man kunde se att det gick framåt. Jaha, så var det ungefär.

Ja, just det vi prova, vi var nere, hon ville gå någonting dagligt och då har vi liksom bara det här sexveckorsprogrammet eller tolvsteg så då var vi på sexveckorsprogrammet på en information och då sa hon ja till det, när vi var där och sedan sa hon nej. Alltså ringde hon till mig och sa nej. Och det var ju. Man får ju en bild av henne som liksom väldigt så här kavat och stark. Ja, alltså hon kan se väldigt stark ut fast hon är väldigt skör. Och så att hon kunde inte säga nej där för att hon var ju så jättetrevlig där sa hon. Så att hon ringde och sa nej sedan. Så då fortsatte vi på den inslagna vägen va (Ip b).

En annan av socialsekreterarna är enligt egen utsago mycket slarvig att göra ASI. Dels därför att hon inte själv ser någon användning för det. Dels för att det kommer för många klienter. Hon skulle helst vilja träffa en klient minst en gång i veckan. Nu kan det gå två till tre veckor mellan besöken. Hon fyller mest i journalanteckningarna i paraplyet för att ha ”ryggen fri” om något skulle hända, till exempel om någon säger att de tänker ta livet av sig måste detta antecknas. Annars säger hon att man kan ”få problem” om det faktiskt sker. I början uppger hon att det sas att behandlarna skulle skriva minimalt. Man skulle skriva vid vissa givna tillfällen. Socialsekreterarna har dock krav från ekonomihandläggarna att skriva en behandlingsplan direkt. Men detta är (enligt Ip d) inte möjligt eftersom det tar ett tag att få en bra uppfattning om klientens situation. Istället skriver hon en behandlingsplan när någon från ekonomin efterfrågar en sådan.

En annan av de behandlande socialsekreterarna är däremot mycket nöjd med framförallt ASI och tycker att det är lättare att ställa frågor om känsliga saker utifrån det stöd som ASI-formulären ger. Dessutom får man höra saker som man annars kanske hade haft svårt att få reda på. Det enda är att det kan vara jobbigt att sammanställa det hela sedan. Denna intervjuperson tar två till tre besök på sig för att fylla i en enkät. Hon gör det inte på alla för det skulle ta alltför lång tid. Framförallt tycker hon att det ofta uppstår problem när materialet ska koda in i datorn. Hon skriver inga handlingsplaner för klienterna men hon skriver i journalanteckningarna. Hon försöker också använda sig av CRA och tycker att detta är en mycket bra metod. Men det är svårt att hinna med. Ip e uppfattar att det är en mycket hårdare arbetsbelastning vid Sbt än vad det var vid stadsdelen framförallt eftersom det är mycket nytt, nya människor och mycket att skriva.

En tredje socialsekreterare uppfattar CRA som en mycket intressant metod med positiva inslag och ett lösningsfokuserat angreppssätt. Men påpekar samtidigt att det tar för mycket tid, man hinner inte använda denna ambitiösa metod med dess olika moment. Att spela in intervjuer, analysera dem och vara självkritisk i sitt förhållningssätt tar lång tid i anspråk. Det är även bra att de har tillgång till handledning från CRA-läraren vid ett tillfälle varannan vecka. Denna socialsekreterare är mycket tacksam för all utbildning hon har fått tillgång till och tror att det utvecklar henne i hennes yrkesroll. Hon tycker även att det är bra med olika metoder utifrån kvalitetssäkringshänsyn. Hon nämner också att det är bra utifrån klientens synvinkel, att de får bättre insyn i behandlingen och högre kvalitet i vården. Det är bättre med mer struktur än mindre, även för att man skall kunna utvärdera verksamheten. Intervjupersonen berättar också om hur hon arbetar med CRA

och i denna beskrivning blir hela arbetsprocessen från utredning till behandling väl integrerad i arbetet och bägge delarna löper i varandra:

...man skall jobba med det som klienten själv kommer fram till och klienten själv får beskriva sin problematik. Om klienten tycker att den har ett problem, med vad som helst, så är det det man jobbar med. Och sedan kan man säga att en del av behandlingen är att inventera problemen, en annan del av behandlingen är att hantera problemen: -Vad skulle du kunna göra istället vid de här tillfällena då du riskerar att dricka eller ta droger? Och sedan så inventerar man även det: -Vad gör, vad gör, när skulle du inte kunna tänka dig att droga? -I vilken situation? -Nämn olika saker du gör när du inte tar droger. Och så inventerar man det: -Är det någon av de här grejerna som du skulle kunna tänka dig att göra mer av? -Eller finns det någonting som du har hållit på med tidigare, som du har slutat att göra på grund av att du drog? -Dricker alkohol? -Skulle du kunna börja med någonting av det igen, liksom för att. Ja lite grann byta ut drogen mot någonting som man gör när man inte tar droger.

Anders: Jobbar ni även med klientens omvärld eller är det enbart med den enskilda klienten i fokus?

Ja, alltså i CRA-metoden så finns det delar i behandlingen där man plockar in anhöriga. Man plockar in anhöriga i behandlingssamtalet./.../ Om man nu är ett par och en har problem så kan man plocka in respektive så att de tar Antabus tillsammans och så. Men jag har aldrig, de. Jag jobbar med två CRA-klienter just nu, och ingen av dem har någon partner. En av dem har en partner men han sitter på kåken. Den andra har ingen partner (Ip f).

Nya klienter och målgrupper

I intervjuerna frågade jag hur socialsekreterarna såg på beroendeteamets målgrupper. Flertalet av de intervjuade menade att det skulle vara en stor fördel om man i större utsträckning kunde nå en målgrupp som är bättre motiverad, kommer tidigare i en missbrukskarriär och har mindre allvarliga problem. Många klienter kommer dock från stadsdelarna och de har ofta tyngre problem. De har längre vårdhistorik och längre missbruksperioder bakom sig. Dessutom är många mindre motiverade eftersom de ofta inte självmant sökt för att sluta med sitt missbruk. De har i första hand sökt för att få försörjningsstöd. Ekonomihandläggarnas huvudsakliga mål är att de ska bli självförsörjande och de övertalar dem därför till missbruksbehandling eftersom de uppfattar detta som en förutsättning för att de skall kunna komma ut på arbetsmarknaden igen. Många klienter sticker inte under stol med att de i huvudsak är där för att ekonomihandläggarna kräver det. Ip b anser därför att de som har hand om ekonomin även måste sköta motivering och utredning. De som kommer till Sbt skall redan själva vara övertygade om att de behöver behandling och delta i denna av fri vilja. Klienten måste på ett tidigt stadium förmås att se sina problem och hinder.

Ip d anser även hon att målgrupperna för Sbt bör vara de personer som söker sig dit frivilligt. Detta är det allra viktigaste för att få en väl fungerande behandlingsverksamhet. Men hon tycker inte att det riktigt är så idag. Många är tvingade av försörjningsskäl. Hon tycker sig även märka att det är vissa klienter som stadsdelarna väldigt gärna vill bli av med. Det är en svår balansgång att hantera förhållandet till stadsdelarna enligt Ip d.

Ja, men alltså de kommer hit av ekonomiska skäl. Nu har man ju börjat, Maria-Gamla stan, att ta hem klienter från behandlingshem. Och till exempel så har jag fått hit en kvinna då som bara damp ner här med någon konstig remiss uppifrån vuxenstodet. Och hon har varit placerad med en liten son i fyra månader. Och man märker ju direkt att den här kvinnan inte kan ta hand om sitt barn och så skrevs hon ut därifrån och de har sagt till henne att gå till Södermalms beroendeteam. Där finns allt under ett tak. Men vi har ju ingen möjlighet att stötta den här kvinnan då efter klockan fem på eftermiddagen. Och det är ju det hon behöver. Och det blir väldigt mycket sådana här konstiga historier då. Och så blir det konflikt då mellan oss och stadsdelen (Ip d).

Till viss del är dessa problem säkerligen beroende på att beroendeteamet är nytt och man ännu inte funnit en lämplig arbetsfördelning i förhållande till stadsdelarna. Men det finns målgrupper som även i fortsättningen kommer att vara svårhanterade. Ip d berättar om en sådan grupp personer och det är de som varit struliga hela livet och som kanske går på metadon eller subutex men som egentligen inte lyssnar på vad behandlaren säger:

Vad skall man göra med dessa? De cirkulerar mellan olika vårdalternativ, ibland blir de intagna för institutionsvård och ibland kommer de till öppenvården. Men behandlingen passar ingenstans (Ip d).

En annan av de intervjuade menar att man inte riktigt når de målgrupper som man först planerade verksamheten för och av hennes resonemang framgår att hon tror att det kommer att vara mycket svårt att göra det även i framtiden:

Ja, alltså tanken från början var väl att vi skulle närma oss befolkningen på Södermalm. Den, kanske, den mer välfungerande befolkningen. Att det skulle vara lite lättare att komma hit än att gå till Maria beroendecentrum, Mariapol. Tröskeln skulle vara, det skulle vara lite lättare, tröskel, kanske man inte kan säga, men att det skulle vara lite mera vanligt. Lite mer som en vårdcentral så där. Plus att det finns en idé om att vi skall rikta in oss på en lite yngre population och så där i något slags preventivt syfte. Men jag kan ju inte. Jag tycker nog inte riktigt att vi är där. Jag tycker att vi jobbar ganska mycket med dem som vi har jobbat med tidigare på stadsdelsförvaltningarna. Det är samma kategori av människor.

Anders: Vad beror det på då?

Det är de som. Vad skall man säga, är inne i systemet på något vis, och som där problemen är väldigt tydliga som, där man har ganska allvarlig problematik.

Anders: Det är de som även söker sig hit?

Det är de som på olika vis hamnar i systemet. Därför att de blir av med arbetet, blir av med lägenheten, blir av med. De hamnar på ekonomi, socialbidrag. Man upptäcker att det, att det inte fungerar. Tycker att det finns ett missbruk. Misstänker missbruk. Och då har man ju trillat igenom de tidigare, kan man säga, sociala, eller det är de som har trillat igenom de tidigare skyddsneten med A-kassa och försäkringskassa och så där. Det är ju de som trillar ner ändå till socialbidragsnivå. Då har det ju gått ganska långt.

Anders: Ja, man har kanske provat de alternativ som finns?

Ja, visst (Ip f).

Ett liknande resonemang framkommer i följande citat:

...jag tror att socialtjänst det är ändå socialtjänst. Så att det är en ganska hög tröskel för människor att kliva över den./.../ Det är lite trevligare att komma (till Sbt) än att gå till Göta Ark och så. Men det här som man pratade mycket om, att det skulle vara lätt, att det skulle vara snabbt, att det skulle vara så, det blir ju ganska snabbt som det har varit kan jag ju tycka (Ip p).

Naturligtvis har även vårdutbudet en betydelse för vilka som söker sig till Sbt. Jag frågar därför tolvstegsbehandlaren vilka det är som söker sig till denna behandling. Han hänvisar i sitt svar till en centralgestalt inom AA-rörelsen:

Enligt Jellinek så är det ofta folk som är i ett mellansent stadium. De som har fått sådana konsekvenser att de känner att de måste göra något. Jag menar. Så länge det fungerar att dricka, och det inte blir några konsekvenser, finns det ju ingen anledning att lägga av. Men när de börjar stå på kö, konsekvenserna. När man börjar ligga taskigt till hemma och på jobbet och pengarna börjar ta slut (Det är då man söker behandling, mitt tillägg).

Behandlaren menar att målgrupperna för programmet vid Sbt är de samma som vid tidigare arbetsplatser ”de har samma problem”, de får inte vara för sköra eller ha för mycket ”dubbeldiagnos”, de måste ha en viss stabilitet för att kunna delta. Jag frågar om man särskilt försökt få in någon ny eller annan målgrupp i behandlingen vid Sbt, men han svarar nekande på den frågan. Jag frågar även om det är ett problem att deltagarna inte alltid deltar helt frivilligt eftersom detta är en fråga som kommit upp i andra intervjuer. Men han uppfattar inte heller detta som avgörande för behandlingens utfall:

Det brukar inte ha någon betydelse i regel. Det beror på. En del. En del har ju suttit av tiden som känner sig pressade eller tvingade av olika skäl. Och det är ju klart inte så där jättelysande.

När jag frågar en av enhetscheferna vid stadsdelens vuxenhet om hur fördelningen av klienter mellan dem och Sbt går till säger hon att det huvudsakliga komplementet som Sbt har utgjort är att de har tagit över klientkontakt, motivationsarbete och liknande:

När det gäller att ha någon person att prata med eller en kontinuerlig kontakt med någon, så tror jag att jag skulle sammanfatta det. Där är det inte vi längre (Ip m).

Jag intervjuade även ett par av de socialsekreterare som arbetar kvar vid stadsdelarnas utredningsenheter för att höra hur de ser på förändringarna i och med öppnandet av Sbt. En av dem svarar:

Förr var arbetet mer allsidigt då det kom in alla olika typer av ärenden och man fick följa klienten under hela hennes behandling från början till slut. Man kunde tidigare även få in klienter som hade tänkt och bestämt sig för att 'nu vill jag ha behandling'. De kunde själva uttrycka vilken hjälp de behövde. De medverkade själva mer aktivt i utredningen av vilket stöd de var i behov av. Detta underlättade kraftigt utredandet och höjde dess kvalitet. Nu är det oftare klienter som man får anstränga sig hårt för att söka upp. Det tar lång tid innan de kommer och så vidare. Till följd av detta blir de svårare att utreda.

Anders: Om det kommer en person hit och säger att jag har de här och de här problemen vad händer med honom eller henne då?

Det är nog lite olika. Det är ju lite oklart där beroende på vad man gör för första bedömning om man tänker att den här personen klarar av öppenvård då gör vi ju ingen utredning utan då skickar vi ner honom direkt. Men om det är lite tveksamt så där då kan vi göra en utredning och sedan får man se då.

Anders: Men det vanligaste är att man skickar ned dem direkt så att säga?

Ja.

Anders: Gamla klienter som har varit aktuella under lång tid då, hur gör man med dem?

Ja, det är ju det som är knepigt. Alltså jag vet inte. Jag tror att många av de gamla, hos de gamla handläggarna har ju hamnat på Sbt. Medan jag kanske har kvar några stycken (Ip l).

Flera av de intervjuade nämner att de på olika sätt gärna skulle arbeta för att försöka få in klienter/patienter som befinner sig lite tidigare i sin missbrukskarriär. Några har till exempel varit och informerat vid ett sjuksköterskemöte om Sbt:s verksamhet. Efter detta kom det under en period även flera klienter från vårdcentralerna. Problemet är att allt sådant arbete tar tid och kanske framförallt så finner de sig redan ha fullt upp med de klienter som redan är aktuella så att de inte kan ta sig an några fler, även om de gärna skulle vilja.

När jag frågar en av dem som arbetar kvar som socialsekreterare vid stadsdelen menar även han att deras målgrupp har blivit markant tyngre sedan Sbt startade. Klienterna har utöver sina missbruksproblem även ofta uttalade andra sociala problem. De är oftare bostadslösa och aktuella för institutionsvård.

Kriteriet är ju ofta att här skall man ha institutionsbehandling, här skall de vara bostadslösa och jag menar att bara bostadslöshet innebär ju en pålaga förutom beroende för dem (Ip k).

Intervjupersonen säger att det finns en ambition att pröva öppenvård för alla klienter i ett första steg men i praktiken blir det inte så. Han har inte märkt av några svårigheter att få placera någon inom institutionsvård av till exempel kostnadsskäl. Han resonerar som så att det dyraste är LVM och det gäller därför att undvika detta, vilket motiverar en fortsatt generös användning av mindre ingripande och därmed billigare vårdformer även i form av frivillig institutionsvård.

Den viktigaste uppgiften för Sbt är enligt samma intervjuperson eftervård: Att någon tar vid efter avslutad institutionsvård när klienten kommer hem till Stockholm. Detta innebär en arbetsdelning med ytterligare specialisering vilket Ip k tycker är bra, men samtidigt finns en risk att klienten måste byta handläggare i ett känsligt skede vilket är mindre lyckat. Tidigare hade klienten kontakt med en och samma socialsekreterare genom hela vårdprocessen. Ip k är mycket inriktad på tolvstegsbehandling och menar att det är mycket viktigt att eftervården känner sig bekväm med denna behandlingsform och kan förstärka de beteendeförändringar som inletts under institutionsvården.

Även den andra av de intervjuade socialsekreterarna vid stadsdelarna tror att i jämförelse med klienterna vid Sbt har stadsdelens klienter större problem och framförallt problem inom flera olika områden om man till exempel jämför deras levnadsförhållanden så som de framstår i ASI-formulären. Den viktigaste skillnaden är kanske att de saknar boende. Även i dessa fall ska man egentligen först och främst rekommendera Sbt men det är ju då mer naturligt att placera dem inom institutionsvård eftersom man då löser både missbruks- och boendeproblemen samtidigt.

Genom öppnandet av Sbt fanns det en förhoppning om att nå nya grupper som kanske tidigare upplevt ett motstånd att ta kontakt med socialtjänsten bland annat av rädsla för stigmatisering. Detta var kanske det främsta skälet till att lokalisera verksamheten på en mer neutral plats än vad man vanligen förknippar med en socialtjänstenhet. Lokalerna skulle vara öppna, fräscha och trevliga. De intervjuade klienterna vittnar även till stor del om ett gott bemötande och även den brukarenkät som genomfördes antyder att många besökare är nöjda med den välkomnande atmosfären vid Sbt⁵. Samtidigt tyder intervjuerna liksom Sbt:s interna statistik på att många besökare ingalunda är några förstagångsbesökare till beroendevården. Många klienter/patienter rekryteras via de samverkande stadsdelarnas respektive landstingets och Mbab:s mottagningsenheter. Och det är klart att det naturligtvis är bra om även dessa målgrupper får ett gott bemötande. Men troligen är det så att det är mycket svårare att nå grupper som befinner sig tidigare i en missbrukskarriär än man inledningsvis tänkte. Det fordrar, utöver ett gott bemötande och trevliga lokaler, att större ansträngningar görs för att dessa målgrupper ska hitta till Sbt. Eftersom såväl socialtjänsten som landstinget och beroendevården har stora grupper

5 Detta diskuteras närmare i nästa kapitel.

klienter/patienter som man varit i kontakt med sedan länge och hela tiden tar emot nya sökanden, som i varierande utsträckning slussas vidare till Sbt, finns det anledning att göra relativt stora ansträngningar att komma i kontakt med nya grupper på andra och mindre konventionella vis om man menar allvar med ambitionen att nå nya grupper. I intervjuerna framkommer flera förslag på hur en sådan rekryteringskampanj skulle kunna gå till. Förutom att annonsera mer öppet i media och så vidare finns förslag att bedriva en riktad information till vårdcentraler och liknande, vilket även till viss del genomförts. Detta skulle troligen kunna bidra till att öppna upp verksamheten för dem som befinner sig tidigare i missbruket/beroendet.

Besparing

Det fanns redan tidigt i planerna för Sbt förhoppningar om att verksamheten skulle bidra till besparingar i form av minskade utgifter för extern vård och behandling och i förlängningen även minskade kostnader för försörjningsstöd. Chefen för en av de samverkande vuxensektionerna vid stadsdelarna påpekar i intervjun också att Sbt sparat mycket pengar åt stadsdelen eftersom man kunnat minska kostnaderna för institutionsvården rejält. Å andra sidan får det inte bli så att Sbt används som en utväg för alla dem som man inte riktigt vet vad man ska göra med, vilket följande mycket uppgivna citat från en av de behandlande socialsekreterarna vid Sbt antyder:

Vissa dagar tycker man att det har blivit soptipp det här. Istället för att ligga i framkant. I framkant av missbruket istället så har vi multiproblem som kommer hit./.../ Vi ligger med behandlingen i bakkant. Alltså att de är gärna, det är för många 50+ som vi håller på att jobba med i stället för att kanske jobba med dem som är mellan 20-40 år istället. /.../ Innan karriären har gått för långt. Och de är, kan jag ju få känslan lite grann, att när ingen annan hittar på någonting då, och tycker att det, då ramlar det hit. Det är ingen bra känsla.

Anders: Beror det bara på besparingar eller vad beror det på då?

Ja, det är jag helt övertygad om. Många av de här yngre kan man lite lättare få iväg på nånting (institutionsbehandling, mitt tillägg) alltså, de får inte vara över fyrtiofem alltså (Ip b).

Den intervjuade mentalskötaren känner inte på samma sätt igen sig i besparingsdiskussionen och tror inte heller att den typ av verksamhet som bedrivs vid Sbt kan ta över någon större del av slutenvårdens arbetsbörda. Hon säger visserligen att det finns stora brister i slutenvården och att den borde byggas ut, men det behovet tror hon inte påverkas på något markant vis av öppenvårdens dimensionering.

För att uppskatta kostnaderna vid Sbt och för att analysera den eventuella besparing som verksamheten inneburit för missbruksvården på söder har uppgifter om kostnader för olika former av missbruksbehandling samlats in från vuxenheterna vid de bägge samverkande stadsdelarna och Sbt för perioden 2003-juni 2006. Sbt öppnade sin klient-

mottagning i mars 2005. Verksamheten inleddes dock redan 2004 då projektledaren anställdes och lokalerna iordningsställdes. Under 2005 öppnades klientmottagningen och den övriga personalen flyttade in i de nya lokalerna. Den största budgetposten har sedan personalen kom på plats varit personalkostnader. Alla insatser som ”kostar pengar” i form av upphandlade insatser från andra aktörer, boende, institutionsbehandling och liknande handläggs av stadsdelarna. Även om personalkostnaderna är Sbt:s största utgift, 58 procent av de totala kostnaderna, så visar sammanställningen nedan att även lokal-kostnaderna är relativt höga liksom posten övrigt⁶.

Tabell 4. Kostnader för Södermalms beroendeteam 2004-2006 i miljoner kronor

	2003	2004 (6 månader)	2005 (12 månader)	2006 (9 månader)	Totalt (27 månader)
Täcks av kompetensfonden	-	0,6	3,1	3,5	7,2
Därav personal	-	0,4	2,4	2,8	5,6
Därav övrigt	-	0,2	0,7	0,7	1,6
Lokalhyra	-	0,4	0,9	0,7	2,0
Drift	-	0,1	0,2	0,1	0,4
Totalt	-	1,1	4,2	4,3	9,6

Sbt i förhållande till Katarina-Sofia och Maria-Gamla stan

Under samma år som Sbt funnits har de båda samverkande stadsdelarna fortsatt att bekosta den allra största delen av socialtjänstens missbruksvård på Södermalm. Maria-Gamla stans stadsdel är större än Katarina-Sofias med cirka 64 000 invånare varav 3,2 procent får ekonomiskt bistånd mot Katarina-Sofias 46 000 invånare varav 2,9 procent med ekonomiskt bistånd.

Sammantaget har kostnaderna för olika insatser vid Maria Gamla-stan ökat något 2003-2006 medan de minskats relativt drastiskt vid Katarina-Sofia. I Maria-Gamla stan är det framförallt utgifterna för olika typer av stöd- tränings- eller kollektivt gruppboende som nära nog fördubblats. 2006 kommer man uppskattningsvis⁷ att ha utgifter för dessa olika boendeformer för en kostnad av nära 10 miljoner kronor. I Katarina-Sofia har samtliga kostnader minskats, förutom dem för försökslägenheter som legat på en konstant nivå. Vid båda stadsdelarna har kostnaderna för upphandlad öppenvård minskat men det har aldrig varit en stor utgift för någon av stadsdelarna. Vid båda stadsdelarna har kostnaderna för Lvm-vård minskat 2003-2006 även om den minskat betydligt kraftigare vid Katarina-Sofia. Kostnaderna för hem för vård och boende (hvb) har ökat vid Maria-Gamla stan och minskat något vid Katarina-Sofia. Under 2006 var Katarina-Sofias största utgiftspost personalen medan det var olika stödboenden som kostade mest hos Maria-Gamla stan. Det är också detta som är det påtagligaste intrycket av kostnadsutvecklingen för olika insatser vid de olika stadsdelarna. Maria-Gamla stan har stora och ökande utgifter för olika former av boenden för sina klienter medan Katarina-Sofia under samma period reducerat kostnaderna för alla utgifter sedan 2003.

⁶ I posten övrigt ingår kostnaderna för handledning, utbildning, konferens, konsultarvode samt utvärdering.

⁷ Uppgifterna för 2006 är uppräknade från bokförda kostnader det första halvåret.

Tabell 5. Kostnader för personal och insatser vid vuxenenheten Maria-Gamla stan 2003-2006 i miljoner kronor

	2003	2004	2005	2006
Personal	7,6	7,7	5,1	5,5
Lvm	3,2	2,0	2,2	2,5
Hvb	3,5	7,2	6,0	5,5
Övrig institutionsvård	0,8	0,8	0,9	0,0
Kontaktpersoner	0,2	0,2	0,1	0,1
Öppenvård	1,7	1,6	1,0	1,0
Stöd- tränings- och kollektivt gruppboende	5,4	5,0	6,9	9,8
Försökslägenheter	0,0	0,2	0,1	0,4
Härbärgesplatser	0,5	0,8	0,6	1,3
Totalt	23,1	25,5	22,9	26,1

Tabell 6. Kostnader för personal och insatser vid vuxenenheten Katarina-Sofia 2003-2006 i miljoner kronor

	2003	2004	2005	2006
Personal	4,4	3,5	3,4	3,7
Lvm	4,1	4,3	1,8	1,8
Hvb	4,1	3,1	2,3	2,5
Övrig institutionsvård	0,2	0,2	0,5	0,2
Kontaktpersoner	0,1	0,1	0,1	0,0
Öppenvård	0,8	0,7	0,4	0,3
Stöd- tränings- och kollektivt gruppboende	3,3	3,1	2,0	1,8
Försökslägenheter	2,1	1,8	2,0	1,9
Härbärgesplatser	0,8	1,0	0,6	0,3
Totalt	19,1	18,0	13,1	12,5

Räknat sedan 2003 har Katarina-Sofias kostnader för insatser vid vuxenenheten minskat och Maria-Gamla stans kostnader ökat. Sammantaget med Sbt är kostnaderna för socialtjänstens insatser på Södermalm ungefär desamma 2006 som 2003. Kostnaderna var högst 2004 och lägst 2005. De största besparingarna har gjorts på Lvm-vård vid Katarina-Sofia följt av stöd-, tränings- och kollektivt gruppboende vid samma stadsdel. Vid Maria-Gamla stan har kostnaderna för Lvm-vården varit jämnare och kostnaderna för stöd-, tränings-, och kollektivt gruppboende ökat kraftigt.

Tabell 7. Kostnader för missbruksbehandling vid vuxenenheten Katarina-Sofia, Maria-Gamla stan och Södermalms beroendeteam 2003-2006 i miljoner kronor

	2003	2004	2005	2006
Maria-Gamla stan	23,1	25,5	22,9	26,1
Katarina-Sofia	19,1	18,0	13,1	12,5
Södermalms beroendeteam	-	1,1	4,2	4,3
Totalt	42,2	44,6	40,2	42,9

Räknat per aktuell klient är kostnaderna mycket lägre vid Sbt än vid stadsdelarna⁸. Dessa kostnader är dock inte jämförbara eftersom klienterna måste vända sig till stadsdelarna för ”allt som kostar pengar”. För att en öppenvårdsmottagning som Sbt skall kunna utvecklas på ett bra sätt krävs det bland annat att klienterna har någonstans att bo, att de har försörjning samt att de har sysselsättning under den tid de inte deltar i behandling. Hur dessa frågor skall lösas kan diskuteras och de kan säkert lösas på många olika mer eller mindre bra vis. Det viktiga är att det finns en bra överenskommelse och samverkan mellan olika aktörer så att frågorna kan lösas på ett tillfredställande vis.

En ökad användning av öppenvård, som till exempel Sbt är ett uttryck för, borde medföra ökade kostnader för boende åtminstone för de klienter där alternativet är institutionsvård som löser både boendet och behandlingen på samma gång. Skillnaderna hos de bägge stadsdelarna i kostnader för olika former av boenden reser därför vissa frågetecken. Katarina-Sofia redovisar låga och sjunkande kostnader för olika former av stödboenden medan Maria-Gamla stan har höga och ökande utgifter. Samtidigt har Maria-Gamla stan mycket låga kostnader för försökslägenheter medan Katarina-Sofia har betydligt högre kostnader för denna verksamhet. Tyder detta på en bättre fungerande boendetrappa vid den senare stadsdelen? Har man på andra sätt lyckats minska kostnaderna för de andra boendeformerna? Utgör de minskande kostnaderna ett tecken på en mer restriktiv hållning till just denna stödform? Eller tyder utvecklingen på att Sbt lyckats så bra med sin behandling att färre behöver sådant stöd?

Kostnadsuppgifterna ger inga goda möjligheter att dra några tydliga slutsatser om huruvida Sbt hittills lyckats bidra till ökade eller minskade kostnader för socialtjänstens missbruksvård på Södermalm som helhet. De skilda utvecklingstendenserna vid de olika stadsdelarna ger anledning att tro att en större del av de minskade kostnaderna vid Katarina-Sofia snarare kan härledas till interna prioriteringar än till bildandet av Sbt. Samtidigt bör det påpekas att det avgörande beskedet om ekonomin i Sbt är alltför tidigt att lämna. Om klienter kan få en likvärdig eller bättre behandling vid Sbt, tillsammans med det stöd de är i behov av från stadsdelarna, finns det stora möjligheter att få en god ekonomi i verksamheten. Det avgörande för detta är naturligtvis i slutändan behandlingens resultat.

8 Dessa uppskattningar baseras på uppgifter från Stockholms stads gemensamma journalföringssystem ”Paraplyet”. På grund av att många klienter som är aktuella vid Sbt inte registreras i detta journalföringssystem innebär en sådan uppskattning dock en överskattning av kostnaderna per klient vid Sbt i jämförelse med stadsdelarna.

6. Klienternas möte med Södermalms beroendeteam

I detta kapitel redovisas resultaten från de nio klientintervjuerna och de två brukarundersökningarna som genomfördes för utvärderingen. Intervjuerna syftade till att exemplifiera hur ett antal klienter som genomgått behandlingen vid Sbt uppfattade sin situation och hur de upplevde bemötandet vid Sbt. Jag frågade även om hur deras första kontakt gick till och hur de såg på sin framtid. Intervjuerna genomfördes i Sbt:s lokaler och spelades in på kassetband. Jag använde mig av en intervjuguide men strävade efter att klienterna själva skulle få berätta så fritt som möjligt kring de förvalda temana. Intervjumaterialet bearbetades i ett par olika omgångar. Först lyssnade jag igenom hela bandet och skrev ut varje intervjupersons berättelse. Jag samlade efter detta in den information som fanns vid Sbt om varje person. I huvudsak utgjordes detta material av mycket kortfattade journalanteckningar och liknande. Efter detta sorterade jag alla personers berättelser efter vissa gemensamma teman och sammanställde berättelserna under dessa rubriker så att alla fick samma form. Journalanteckningarna användes som stöd för att till exempel se hur länge en person varit aktuell eller liknande. En del av de intervjuade berättade mer utförligt om vissa teman och andra om andra. Detta intervjumaterial analyserades och redovisas i rapporten under några olika rubriker som beskriver klienternas kontakter med Sbt från deras bakgrund, via deras första kontakter med Sbt och deras behandling där, till hur de uppfattar sin framtid.

De två brukarundersökningarna genomfördes som mycket kortfattade enkäter för att ge en uppfattning om hur ett mer slumpmässigt urval av klienter upplevde sina kontakter med Sbt. Den första genomfördes hösten 2005 och nästa cirka ett halvår senare. En liknande undersökning genomförs även under hösten 2006 och tanken är att Sbt skall fortsätta att genomföra sådana undersökningar med ett halvårs mellanrum.

Klientintervjuer

Nio klienter intervjuades och av dem hade två sökt sig till Sbt på grund av sina anhörigas missbruksproblem. Den ena av de anhöriga hade en fru som var nykter alkoholist och den andra hade två söner som var heroinister. Båda dessa personer gick på terapi hos Sbt:s psykoterapeut. Flera av de intervjuade klienterna hade varit aktuella hos samma socialsekreterare redan innan Sbt startade. De hade flyttat med sin socialsekreterare när denne bytt arbetsplats. Fyra av de intervjuade var kvinnor, fem män. Medelåldern var 46 år. Sju var ensamstående, en levde med sin nyblivna sambo och en av de anhöriga levde med sin fru och en nioårig son. Fyra av de intervjuade var sjukskrivna sedan relativt lång tid tillbaka, två hade försörjningsstöd, en studerade, en gick på praktik och en av de anhöriga arbetade heltid. De flesta av de intervjuade hade kommit till Sbt för någon form av eftervård men tre sökte i en mer eller mindre akut missbruksfas. En av de anhöriga hade aldrig tidigare deltagit i någon form av behandling eller liknande även om hans fru gjort det vid flera tillfällen. Alla andra hade själva deltagit i missbruksvård, eller för den anhörigas del; anhörigstöd. I de flesta fall hade de gått på behandling vid upprepade tillfällen. Många

hade kontakter med flera av personalen vid Sbt. Den vanligaste kombinationen var att man deltagit i till exempel tolvstegs- eller sexveckorsprogrammet i kombination med att man gick på stödsamtal med någon av de behandlande socialsekreterarna. Den genomsnittliga tiden för kontakter med Sbt var 13 månader. Flera var fortfarande aktuella när den sista kontrollen gjordes i mitten av september 2006, så den genomsnittliga kontakttiden kommer att bli längre för gruppen när kontakterna slutligen upphör.

Nedan följer en kortfattad berättelse om varje intervjuad persons bakgrund och kontakter med Sbt. Efter detta följer en tematisk redogörelse för hur dessa klienter uppfattade sina problem, vilka tidigare erfarenheter de hade av vård och behandling, hur deras första kontakt med Sbt skedde, hur de upplevde behandlingen vid Sbt och slutligen hur de såg på sin framtid.

Man vars fru missbrukar alkohol. Aktuell juni 2005-december 2005

Ip1 är en man på 54 år som intervjuades som anhörig till sin fru som efter att ha genomgått en tolvstegsbehandling vid ett behandlingshem utanför Stockholm är en ”nykter alkoholist”. Tillsammans har de en son i mellanstadieåldern. Fruns uttalade alkoholproblem har pågått sedan drygt två år. Ip1 har inga egna alkoholproblem. Han har jobbat inom restaurangbranschen men är nu sjukskriven och räknar med att fortsätta vara det under sammanlagt cirka ett år. Ip1 har aldrig tidigare varit i kontakt med någon annan typ av beroendeteam eller liknande. Han har under senare tid upplevt upprepade panikångestattacker. Panikångesten började redan när frun var på behandlingshemmet. Vid en anhörigträff fick Ip1 tillfälle att berätta om sin egen barndom som innefattade en alkoholiserad mor och då föll Ip1:s hela livsvärld samman fullständigt. Ip1:s kontakt med Sbt initierades av fruns socialsekreterare vid Katarina Sofia stadsdelsförvaltning. Vid tiden för intervjun gick Ip1 på stödsamtal hos Sbt:s psykoterapeut en gång i veckan. Hon har enligt Ip1 ”ett djupgående sätt att se på saker och ting”. Hon försöker även komma fram till vad som kan vara orsaken till Ip1:s problem. Ip1 avslutades enligt plan och enligt hans behandlande socialsekreterare har han inga kända problem efter avslutet.

Flyttkarl med ryggproblem och ett långvarigt drickande bakom sig. Aktuell maj 2005-maj 2006

Ip2 är 56 år och han har druckit mer eller mindre intensivt i närmare fyrtio år. Han är ensamstående. Barnen är vuxna och har flyttat hemifrån för länge sedan. Under de fyrtio år som han druckit har han som längst varit nykter i 1,5 år när han var i 50-årsåldern. När Ip2 blev sjukskriven på grund av utslitna axlar började han dricka ännu mer än tidigare. Ip2 hade ingen A-kassa eftersom han tidigare stämplat ut sig. Därför vände han sig till socialtjänsten för att få försörjningsstöd. De rekommenderade Ip2 till Sbt:s tolvstegsbehandling. Ip2 visste då på ett ungefär vad verksamheten gick ut på. Hans första kontaktperson vid Sbt var tolvstegsbehandlaren och därefter har han även haft kontakt med en av de behandlande socialsekreterarna. Han har inte haft kontakt med någon annan vid Sbt. Ip2 har kvar sitt gamla umgänge och de umgås lika mycket som tidigare. De andra fortsätter att dricka men Ip2 låter bli och tycker att det fungerar bra.

IpIp2 har under behandlingen även tagit kontakt med sin bror som numera är nykterist. Föräldrarna är döda och barnen har han ingen kontakt med. Ingen av dem dricker dock enligt deras mödrar. IpIp2 avslutades i maj 2006 enligt plan.

Sjukskriven kvinna med många olika problem. Aktuell mars 2005-maj 2006.

Ip3 är en ensamstående kvinna på 52 år som är sjukskriven sedan cirka ett år från sitt arbete som biomedicinsk analytiker. Ip3 berättar att hon varit med om många tragiska händelser och olyckor och att hon använt alkoholen som en väg ifrån bekymren. Hon har även använt alkohol avstressande och samtidigt också när hon varit på gott humör. För cirka fem år sedan var Ip3 på en sexmånaders alkoholbehandling som arbetsgivaren bekostade. Efter detta försökte hon dricka lite socialt men det ledde till en hel del frånvaro från arbetet, särskilt på måndagar. Efterhand blev situationen värre och Ip3 försökte vid ett antal tillfällen ta sitt eget liv med hjälp av tabletter i kombination med alkohol. I samband med det senaste självmordförsöket tog hon kontakt med jourhavande präst vilket i sin tur ledde till att Ip3 togs in akut vid Södersjukhuset. Kontakten med Sbt skedde genom att hon flyttade med den socialsekreteraren som tog emot henne vid stadsdelen. Hon har främst kontakt med en av de behandlande socialsekreterarna, sjuksystemen och tolvstegsbehandlaren. Ip3 har sömntabletter och Antabus som hon får från sjuksystemen. Nu går hon tolvstegsprogrammet. Hon är inne på programmets tredje vecka. Innan dess gick hon på samtal med sjuksystemen och även med socialsekreteraren. Ip3 hade inga särskilda förväntningar från början men hon tycker att personalen lyssnar på hennes önskemål och synpunkter. Numera ser Ip3 sig själv som en nykter alkoholist. Hon har brutit kontakten med alla sina tidigare dryckesvänner. Hon tänker möjligen att hon kan återta kontakten senare om de fortfarande betraktar sig som vänner då. Vid intervjutillfället hoppades Ip3 kunna vara sjukskriven till och med augusti 2006 då hon planerade att återgå till arbetet. Ip3 avslutades hos socialsekreteraren i maj 2006 men socialsekreteraren tror att hon fortfarande är aktuell hos sjuksystemen.

Gammal värsting med behandlingskrav. Aktuell sedan mars 2005 och fortfarande pågående

Ip4 är en man på 37 år som kom i kontakt med Sbt i samband med att hans socialsekreterarkontakt bytte arbetsplats till Sbt när det öppnade. Han uppger själv att han rökt hasch och druckit till och från under i stort sett hela sin uppväxt men att han nu fått nog av detta liv. Socialsekreteraren vid Sbt beskriver honom som en ”gammal värsting”. Ip4 uppger att han inte deltar i vården helt frivilligt utan att han känner sig tvingad på grund av försörjningsproblem. Han har kontakt med både en behandlande socialsekreterare, sjuksystemer och sexveckorsprogrammet. Ip4 har gått samma behandling för cirka tre år sedan. Det som är bra är att man träffar människor som varit i samma situation som man kan dela sina erfarenheter med. Ip4 står även i kö för att få försökslägenhet och för detta måste han först visa dokumenterad nykterhet och drogfrihet i sex månader. Ip4 försöker ta körkort och för detta måste han gå till Maria beroendecentrum och ta urinprov för att visa nykterhet och drogfrihet. Ip4 ser ganska ljust på framtiden med boende, sysselsättning osv. Jobb tror han sig kunna få via arbetsförmedlingen. Vid uppföljningen av de

intervjuade klienternas situation i september 2006 hade Ip4 fått sitt körkort men efter detta fått ett återfall och umgicks återigen i missbrukskretsar.

Mamma till två heroinister. Aktuell mars 2005-juni 2005

Ip5 sökte stöd som anhörig till två av hennes vuxna söner som är heroinister sedan cirka 15 år tillbaka. Ip5 är mycket missnöjd med de olika behandlingar som sönerna tidigare varit med om. Själv är hon sedan lång tid tillbaka medlem i Föräldraföreningen mot narkotika (FMN) och hon har deltagit vid olika typer av samtalsbehandlingar via dem. Ip5:s erfarenhet säger henne att missbruket, och därmed även de anhörigas problem går lite upp och ner och när Ip5 sökte upp Sbt var det på grund av den äldsta sonens senaste återfall. Ip5 har tidigare varit med om liknande stödsamtal via Sabbatsberg. Ip5 har även varit med och startat en självhjälpsgrupp inom FMN för många år sedan. Ip5 har dock länge saknat den typ av mottagning som Sbt utgör. Hon skulle kanske egentligen ha haft störst behov av behandlingen redan när sönerna började med sitt missbruk men anser samtidigt att det är olika typer av frågor som blir aktuella i olika skeden av missbrukskarriären och att hon även nu har ett stort utbyte av behandlingen vid Sbt. Hon tycker sig tidigare ha mött en stor okunnighet om de anhörigas problem bland de socialsekreterare som hon kommit i kontakt med, även bland de som specialiserat sig på beroendefrågor. Ip5 kom i kontakt med Sbt via en annons på Stockholms stads hemsida. Hon hade även sett annonser om verksamheten i lokalpressen någon gång under april-maj. Då Ip5 tog kontakt med Sbt första gången var hon i mycket akut behov av stöd Ip5 och hon uppskattade därför att hon fick kontakt med Sbt:s psykoterapeut mycket fort, max en dag efter hennes inledande telefonkontakt. Ip5 avslutades i juni 2005 enligt plan.

Ung kvinna med psykiska problem och långvarigt narkotikamissbruk. Aktuell sedan mars 2005 och fortsatt pågående

Ip6 är en ung kvinna på 30 år. Hon berättar att hon redan i grundskolan blev mobbad och att detta var en viktig bakgrund till att hon senare blev så pass deprimerad att hon till slut blev intagen på psykvård. Denna första vårdperiod varade under ett års tid. Då var Ip6 tretton år gammal. Föräldrarna orkade inte heller med att ta itu med situationen. Ip6 gick aldrig ut grundskolan och inte heller gymnasiet eftersom hon på grund av sina psykiska problem tidigt hamnade på behandlingshem. Ip6 uppger att hon har varit på femton olika behandlingshem under hela sin uppväxt. Det började med behandling för psykosociala problem och övergick efterhand till mer missbruksrelaterad vård. Tre av behandlingshemmen var fokuserade på missbruk. Ip6 säger själv att hon tidigare hemlighöll missbruket som främst bestod av alkohol, men även amfetamin och hasch. Ip6:s förbättringsprocess har pågått i cirka 10 år med uppgångar och nergångar, men hon upplever att det var i 19-25 årsåldern som problemen var som värst och att hennes liv sedan dess så sakteliga men markant förändrats till det bättre. När hon var 19 år gammal fick hon en försökslägenhet som hon fortfarande bor kvar i. Numera har hon även en stadig relation till en man med en mindre problemfylld bakgrund. Ip6 fick reda på att Sbt fanns genom att hon läste om verksamheten på en informationsfolder som fanns vid det dagcenter som hon tidigare gick till. Hon kontaktade då sin tidigare socialsekreterare som hon haft kontakt med under mycket långt tid (cirka 9 år). Han remitterade Ip6 till en av

de behandlande socialsekreterarna vid Sbt som han kände sedan tidigare. Ip6 tycker att behandlingen vid Sbt passar henne mycket bra eftersom hon har såväl psykiska problem som behov av missbruksvård och socialtjänst. Ip6 har gått på stödsamtal cirka en gång i veckan. Dessutom har hon möjligheter att ta telefonkontakt däremellan. Hon får också recept för sina psykiska problem från Sbt:s läkare. Alla sådana kontakter har gått via den behandlande socialsekreteraren och det har fungerat mycket bättre än tidigare. Det går lätt att få tag på socialsekreteraren och han har kontakt med de övriga. Hon säger också att det är smidigt att förnya recept osv. via Sbt. Ip6 var i september 2006 på väg att avslutas enligt plan. Hon hade då fått arbete som personlig assistent på halvtid och var sjukskriven på den andra halvtiden. Socialsekreteraren uppfattade att det går bra för henne och att hon planerar för framtiden.

Man som söker skyddat arbete. Aktuell sedan mars 2005 och fortsatt pågående

Ip7 är en man på 42 år och han är uppväxt norr om Stockholm. Han är en utbildad snickare som skadat ena handen vid svartarbete. Någon händelse, som Ip7 inte gärna vill berätta om, skedde för ca 10-12 år sedan och denna händelse ledde till att han för en kortare period ådrog sig en massa skulder och hamnade snett i tillvaron. Sedan har han inte lyckats ta sig tillbaka utan han har i stället reagerat genom att dra sig tillbaka, dricka och jobba svart. Han har dock inte dragit på sig några nya skulder under denna period. Hela tiden har skulderna, och händelsen som han inte vill prata om, bidragit till en ökad oro och ångest. Ip7 deltog för cirka två år sedan, påsken 2003, i sexveckorsbehandlingen vid Hornstull och efter det började han arbeta inom servicegruppen som är en sysselsättningsåtgärd för personer med olika problem att etablera sig på arbetsmarknaden. Ip7 hoppas att han inom cirka ett halvårs tid får en OSA-anställning som han kan behålla under de fem år som han skall genomgå skuldsanering. Under tiden vid Sbt har Ip7 gått på enskilda samtal med en behandlare från sexveckors-programmet. Syftet med dessa samtal var enbart att behandla ångesten och inte att ta upp alkoholproblemen. Ip7 har över 600 000 kronor i skulder, banklån och hyresskulder med ränta. De första kontakterna med Sbt skedde i och med att den socialsekreterare som han nu är aktuell hos flyttade från stadsdelsförvaltningen. Ip7 är mycket positivt inställd till behandlingen vid Sbt och dess förmåga att anpassa sig efter hans behov. Då han först kom till Sbt var han mycket deprimerad och han befann sig i stora problem. Efter den inledande samtalsbehandlingen, som ledde till att han lärde sig känna igen tecknen på begynnande ångest och oro och att kunna hantera dessa utan alkohol, så har servicegruppen varit en mycket viktig beståndsdel i behandlingen. Nu ser han även skuldsaneringen som en viktig långsiktig och integrerad del av förbättringsprocessen. Vilket han inte gjorde när den började diskuteras. Sbt har hela tiden kunnat anpassa verksamheten efter behoven och varsamt kunnat vägleda Ip7 på vägen mot etablering. Ip7 säger sig samtidigt själv ha varit väldigt målmedveten och motiverad ända sedan han började vid Sbt. Ip7 väntade ännu i september 2006 på en OSA-anställning vid servicegruppen. Han var fortfarande aktuell men träffade alltmer sällan sin socialsekreterare.

HIV-smittad före detta missbrukare med stora skulder. Aktuell sedan maj 2005 och fortsatt pågående

Ip8 är en 50-årig man som har missbrukat amfetamin under cirka 8-10 års tid. Dessförinnan levde han ett "fullt normalt liv" han var grafisk formgivare och egenföretagare. Han har en vuxen dotter på 25 år som han tidigare hade ensam vårdnad om men som nu har flyttat hemifrån för ett antal år sedan. Ip8 berättar även att han vid ungefär samma tid som dottern flyttade hemifrån fick reda på att han är HIV-positiv. Ip8:s missbruk började som festknarkande men eskalerade efterhand och Ip8 kom även i kontakt med nya vänner som var mer indragna i missbrukarkretsar. Dessa har Ip8 nu fått bryta kontakten med. De sista fyra åren knarkade Ip8 varje dag och han injicerade amfetamin. Under januari-mars 2004 gick Ip8 till kurator vid Maria beroendecentrum efter en tid av mer intensivt missbruk. I maj 2004 kom han i kontakt med socialtjänsten i Maria Gamla stan som hänvisade honom till öppenvårdsmottagningen och sexveckorsprogrammet vid Hornstull. Ip8 deltog i sexveckorsprogrammet och efter detta flyttade han in hos sin mamma eftersom han sålt sin bostadsrättslägenhet och inte längre kunde bo i sin kontorslokal. När han återigen sökte vård för sitt missbruk kom han till Basta i Södertälje i tre månader. Då var han enligt egen utsago mycket dålig både psykiskt och fysiskt. Ip8 sökte då försörjningsstöd men fick avslag eftersom han fortfarande hade kvar firman och dessutom hade ett par bilar registrerade i sitt namn. Ip8 kom i kontakt med Sbt i maj 2005 och har enbart haft kontakter med budget- och skuldrådgivaren. I början hade han kontakt med henne varannan vecka. De skulder som Ip8 har är främst skatteskulder efter försäljningen av lägenheten och det är främst detta som Sbt hjälper honom med. Sedan tiden på Basta har Ip8 försörjningsstöd. Innan dess levde han på mamman. Ip8 praktiserar nu på KRIS och hoppas så småningom få en lönebidragsanställning. Ip8 har många olika vårdkontakter men har inte uppfattat några möjligheter att samla sina kontakter med olika vårdorganisationer vid Sbt. I september 2006 var Ip8 fortfarande aktuell hos budget- och skuldrådgivaren. Han hade praktik utan lön vid RFSL och försörjde sig på A-kassa samt försörjningsstöd. Det dök fortfarande upp mindre skulder men Ip8 tycks klara av sitt nya drogfria liv och tar enligt budget- och skuldrådgivaren tag i problemen efter hand som de dyker upp.

Kvinnlig konstnärssjäl med alkoholproblem. Aktuell augusti 2005-maj 2006

Ip9 är en sjukskriven kvinna på 37 år som själv uppger att hon har försökt sluta dricka alkohol de senaste två åren. Tidigare använde hon alkohol tillsammans med Sobril som en form av medicin. Hon drack då nästan varje dag under cirka åtta års tid. Konsumtionen låg på en hög och ganska jämn nivå. I början av denna period jobbade hon. Men hon sade efter ett år eller så upp sig. Detta gav henne tillfälle att dricka mer. Efter uppsägningen stämplade Ip9 under ett år och efter detta sjukskrevs Ip9 för psykiska problem. Det var i samband med detta som någon psykolog uppmärksammade Ip9 på att hon hade alkoholproblem, vilket hon förnekade. Efterhand har Ip9 dock tvingats erkänna alkoholproblemen. Under sjukskrivningstiden hade Ip9 kontakt med Serafen. Ip9 har gått hos psykologer från och till sedan 21 års ålder då hennes panikångest började. Det var även vid denna tid som Ip9 började "festa" som hon uttrycker det. När hennes dotter

var två år separerade Ip9 från barnets far och sedan dess har det gått tydligare utför. Ip9 uppger själv att hon har testat det mesta i drogväg men hänvisar samtidigt till att hon blev våldtagen under sin första fylla i tonåren vilket har lett till ett stort inre kontrollbehov. Ip9 letade sig själv fram till Sbt under sensommaren 2005. Hon hade då nyligen flyttat till söder och mådde under perioden mycket dåligt. Detta var under semestern och hon fick inte tag på någon trots upprepade telefonkontakter utan fick vänta cirka en månad innan de hörde av sig från Sbt. Ip9 sökte sig främst till Sbt för att få trygghet att ringa någon vid behov. Hon inledde sin tid vid Sbt med att gå på möten en gång i veckan med den behandlande socialsekreteraren. Sedan gick Ip9 på tolvstegsbehandling. Ip9:s sjukskrivning är just uppdaterad under ett år till. Hon har inte börjat fundera över fortsatt arbete men hennes senaste arbete var på dagis som stödperson till en autistisk pojke. Ip9 har även en lokal för att kunna arbeta med konstglas och har tidigare drivit ett eget galleri men fick lägga ner detta på grund av dålig lönsamhet. Ip9 har efter min intervju utbildat sig till hypnosterapeut för pengarna som hon fick från försäljning av sin konstnärslokal och hon har inte hört av efter avslutet.

De intervjuades problembild

Även om de intervjuade har missbruket gemensamt, främst alkohol, så är det mycket som skiljer dem åt. Den äldste i materialet är den 56-årige före detta flyttkarlen som druckit i stort sätt hela livet, medan den yngsta är den 30-åriga kvinnan som tidigt fick psykiska problem men som även missbrukat alkohol och narkotika till och från under en stor del av sin uppväxt. I materialet finns även den femtioårige före detta egna företagaren som länge skötte sitt företag och tog hand om sin dotter ända till hon flyttade hemifrån i 20-års åldern. Vi har även den kvinna som är strax under 40 år som även hon skötte om sin dotter under lång tid och som snarast beskriver sig som "finalkoholist". Även för henne tog missbruket efterhand allt större plats och situationen blev ohållbar.

Utöver missbruket, som ju är givet eftersom de går till beroendevården, så har de som intervjuades för sina personliga missbruksproblem det gemensamt att de har mycket långvariga erfarenheter av många olika typer av problem:

Det var ju en massa trassel. Personliga trassel och sånt också, det är ju en bit. Men sedan var det ju också den ekonomiska biten och komma-in-i-samhället-biten. Och sedan så litar jag inte fullt på mig själv...

Anders: När du säger "komma in i samhället" vad innebär det, vad lägger du i det?

Framförallt så är det; mitt slutmål det är ju att fixa ett riktigt jobb och förhoppningsvis då få ordning på skuldsaneringen. Att komma ikapp, komma ikapp på något sätt och; ja komma in i samhället; in i sjukkassan, in i försäkringskassan (Ip7).

Missbruket framstår som ett bland många problem och flera av de intervjuade hade svårt att skilja missbruket från andra problem som de befann sig i. Kanske har Ip7 levt en mer marginaliserad tillvaro än många andra men den vilja att komma in i samhället som han berättar om utgör en illustration av de ofta relativt diffusa problem som de som levt

utanför det etablerade samhället många gånger upplever. Det var även flera bland de intervjuade som sa att de led av panikångest och liknande psykiska problem och att de använde alkohol och droger i självmedicerande syfte:

Allt handlar ju om rytmen i livet. Blir det panikångest då brukar jag missbruka oftast, som substitut. Ta någonting för att fylla upp sin vardag. Fast det bara är syntetiskt material, egentligen. Nu när jag har fått den här (ohörbart) så känner jag inte att jag behöver göra det. Jag hade det jobbigt för ungefär ett år sedan i vintras, strax innan det här och jag tror inte att jag hade tagit återfall då om jag hade haft kontakt med (socialsekreteraren) då (Ip6).

Det enda du kan göra när du har panikångest det är att dricka. Men nu har jag inte haft panikångest på länge och jag skall aldrig mer ha det (Ip7).

Många uppger dessutom sysselsättnings- och försörjningsproblem. Det är flera som uppger att de tidigare haft olika yrken men det är egentligen enbart en av dem som arbetat fram till det att han kom i kontakt med socialtjänsten och Sbt och det är den 56-årige före detta flyttkarlen som ger följande målade beskrivning av sin bakgrund:

Jag har väl hållit på att kröka sedan jag var en typ 15-16 år, till och från då. Men jag har skött jobben, konstigt nog, under hela tiden, va. Och det är klart att ju äldre man blir desto jobbigare blir det med kroppen och man orkar inte längre, va. Jag har jobbat som flyttkarl då i 24 år va: Kört lastbil och flyttat pianon och allt sådant där tungt skitjobb, och så sopkörningar har jag kört också då. Det tar ut sin rätt. Och så brännvin på det så. Ja, man pallar inte helt enkelt. Och ja, sedan har jag varit nykter i långa perioder också. Det är väl en åtta, nej sju, säg sex år sedan, då var jag nykter i ett och ett halvt år. Och det gick ju jätkligt bra. Men sedan så spelade jag gitarr och träffade några polare igen som jag inte träffat på länge och då stod jag där. Utan att blinka vet du, så skulle vi börja spela; -Ja men bira. -Javisst sörru. Utan att tänka alltså. Jag hade inte den tanken. Det var så långt, långt borta det här med alkoholen och det. Då satt jag där igen. Så nu vet jag. Nu har jag kanske blivit lite äldre och förståndigare om jag säger så. Gått igenom så pass mycket. Nu vet jag den här gränsen alltså. Ta inte en alltså. Då är det kört alltså. En räcker alltså (Ip2).

De andra har sin yrkeserfarenhet längre bak i tiden eller tycks aldrig ha haft något egentligt yrkesliv. En av de intervjuade beskriver sin bakgrund på följande vis:

Jag har hållit på och drogat och druckit alkohol. Braj, hasch och alkohol och droger och sånt. Jag har haft kontakt med soc ganska länge. Så där då från och till. Ja, men jag kände att jag måste fixa, som sagt; jag är 37 år liksom, jag har i alla fall några år kvar att leva. Ja, jag kände att nu fick det vara nog liksom (Ip4).

Det vanliga mönstret tycks annars vara att de för flera år sedan, (kanske så länge som 5,10 eller 15 tidigare) levde ett mer etablerat liv. Efterhand tog alkoholen, eller drogerna, över allt större del av tillvaron och i flera fall eskalerade missbruket i samband med att de slutade arbeta. De har sedan dess efter hand reducerat sitt drickande, gått på olika behandlingar och försökt ordna upp sina liv. När de kommit till Sbt har de oftast kommit en bra bit på väg och går enligt egen uppfattning mot en ljusare tillvaro inom flera olika

områden även om många har svårt att ange hur länge till de tror sig vara i behov av kontakter med Sbt.

Kanske kan man likna beskrivningen av de intervjuades tillvaro vid en berg-och-dalbana, där de nu upplever att de passerat den värsta backen, och är på väg mot nya utmaningar. Samtidigt hänvisar flera till att de redan i unga år hade stora sociala problem. Några säger att deras föräldrar missbrukade och andra beskriver mycket traumatiska händelser som de varit med om i unga år. Hur missbruket är kopplat till bakgrunden tycks flera fundera över och vilja diskutera med någon kunnig person. Detta tycks dock inte vara något centralt tema i kontakterna med Sbt. En mycket summarisk sammanfattning av situationen bland de intervjuade som hade sökt sig till Sbt för sina egna missbruksproblem säger att de hade mycket omfattande, komplexa och långvariga sociala problem inom flera olika områden. Alkohol och droger utgjorde en viktig del av deras problembild, men långtifrån hela.

Tidigare erfarenheter av vård och behandling

Så gott som samtliga intervjuade hade som en följd av deras olika problem deltagit i flera olika missbruksbehandlingar. Det var bara en av de två anhöriga som inte själv tidigare hade deltagit i någon form av anhängprogram eller liknande. Den yngsta av de intervjuade redovisade de mest omfattande erfarenheterna av behandling. Hon beskriver det närmast som att hon vuxit upp på olika behandlingshem. Flera av de äldre hade däremot mer begränsade behandlingserfarenheter. Många beskriver även hur de deltagit i olika sysselsättningsprogram och liknande. Det tycks ofta mer oklart hur de behandlats för sina psykiska problem. Den unga kvinnan som beskrev sig som mer eller mindre uppväxt på olika behandlingshem, beskriver dock att hon först behandlades för sina psykiska problem och att missbruksproblemen uppmärksammades först senare. Men flera andra beskriver hur de sökt för psykiska problem men att de mer eller mindre uteslutande blivit föreskrivna olika mediciner som de varit mindre nöjda med. Istället har de försökt använda alkohol eller droger för att självmedicinera, vilket de till en viss gräns upplevt vara en bättre medicin. Men efterhand upplevde de biverkningarna även av alkoholen som alltför stora. Ip7 sökte sig till exempel till Sbt på grund av både alkoholproblem och psykiska problem i form av panikångest:

Jag har dämpat min ångest med alkohol/.../ju mer jag får ordning på mitt liv desto mindre ångest har jag så att säga (Ip7).

Ip7 kan inte skilja de olika problemen från varandra. Panikångesten kom först i tid och Ip7 har använt alkoholen för att dämpa problemen. Men samtidigt har alkoholen medfört andra problem dels i förhållande till arbetslivet och det övriga samhället, och den kan även utlösa panikångest. De flesta panikångestattackerna har Ip7 upplevt i samband med för stort alkoholintag.

Jag brukar säga som så också att jag klassar mig som alkoholist men alla alkoholister är individer. Vissa har ett jättesug efter alkohol. Bara för att, jag känner många. Jag har inte suget efter alkohol på det sättet att alkoholen styr mig. Men om, men jag börjar måla upp en massa bilder i huvudet och ser bara elände då /.../ ja det var som medicin, men givetvis finns sug och sånt, det är larvigt att förneka, men jag tycker att, det är det här

med panikångest. Nu är det ju inte så mycket panikångest, men det är därför jag mår bra, det börjar lösa sig och rulla på. Jag vågar öppna kuvert, lämna hit och förhoppningsvis, förhoppningsvis kommer jag på benen igen (Ip7).

Första kontakten med Sbt

De allra flesta av de intervjuade hade kommit i kontakt med Sbt via stadsdelarna. Detta är säkerligen till viss del en effekt av att Sbt var relativt nystartat när jag frågade efter intervjupersoner. Det fanns bara några få undantag från detta. En av de intervjuade hade sett en informationsfolder vid en öppen dagverksamhet som hon deltog i, men hon hade samtidigt inte uppfattat att man kunde söka sig direkt till Sbt utan hon trodde att man var tvungen att gå via stadsdelen. En annan hade letat sig fram till Sbt via telefonkatalogen och en av de anhöriga via webbplatsen. Alla andra kom via stadsdelarna. Flera av dessa var aktuella sedan lång tid vid stadsdelen och flyttade med sin socialsekreterare när Sbt öppnades. I och med att flera var aktuella sedan tidigare, och de allra flesta hade haft mycket långvariga problem, var det ofta inga större problem att avgöra vilken typ av behandling som dessa personer behövde. I dessa fall löpte behandlingen på utan att någon såg något behov av några mer sofistikerade utredningsinsatser eller liknande. Utöver de två anhöriga var det två av de intervjuade som kom i en mer akut situation än övriga. Den första av dessa var Ip2. När han blev sjukskriven på grund av utslitna axlar började han dricka ännu mer än tidigare. Eftersom han inte hade någon A-kassa så vände han sig till socialtjänsten i Maria Gamla stan för att få försörjningsstöd. De rekommenderade honom till Sbt. I intervjun sade han att han visste ungefär vad verksamheten gick ut på redan vid första kontakten och han kom direkt in på tolvstegsprogrammet. Första veckan kom han dit berusad och fick gå hem igen men sedan har allt gått som på räls för honom. Samtidigt som Ip2 tycks ha druckit mycket och länge verkar han slutligen ha bestämt sig för att ge nykterheten en ärlig chans. Han accepterade den behandling som erbjöds och den tycks ha fungerat väl för honom.

För den andra personen som kom i ett mer akut skede tycks mottagningsprocessen varit mer komplicerad. Hon sökte sig själv till Sbt under sensommaren 2005 efter att hon sett en annons i telefonkatalogen. Eftersom detta var i semestertider fick hon inte tag på någon. Efter cirka en månads tid hörde Sbt av sig och hon fick då snabbt komma på ett första möte. Hon informerades om utbudet och fick även tillsammans med personalen besöka sexveckorsprogrammet för att se om detta var något för henne. Tillsammans gjorde hon och personalen en ASI-intervju och de försökte på olika vis kartlägga hennes situation. Till slut bestämde hon sig för att gå tolvstegsprogrammet, vilket hon genomförde. När jag frågade henne vad hon sökte stöd för uppgav hon att det var för att få trygghet och en möjlighet att ringa någon vid mer akuta behov. Hon hade inte tänkt sig att gå på någon form av behandling över huvudtaget. I efterhand var hon dock mycket nöjd med den behandling som hon fick.

Upplevelsen av behandlingen vid Sbt

Alla de intervjuade var påtagligt nöjda med bemötandet och behandlingen vid Sbt. De uttryckte kanske framförallt att det är viktigt att ha någon professionell samtalspartner

i de olika situationer de befann sig i. Detta sa såväl de anhöriga som de som sökte för egna missbruksproblem. Samtidigt skall vi komma ihåg att de jag intervjuat är utvalda på grund av att de är ”lyckade fall”. När jag intervjuade dem var de också inne i en positiv utveckling. Flera av dem berättade i anknytning till detta om den paradoxala upplevelsen av att andras misslyckanden faktiskt stärkte deras egen känsla av framgång. De förstod att många av dem som hoppade av de olika behandlingarna fått återfall och de hyste starka medkänslor för dessa personer. På samma gång sa de att detta stärkte deras egen upplevelse av framgång. De förstod att inte alla klarar sig ur sitt missbruk och kände sig stärkta av att just de hade lyckats. När de även blev intervjuade som ”lyckade fall” stärkte detta dem ytterligare.

De som hade genomgått sexveckors- och tolvstegsprogrammen kände till huvuddragen av dessa program och särskilt de som gått tolvstegsprogrammet tycktes påverkade av dess innehåll och sätt att se på alkohol. Ip2 uttrycker sig till exempel på följande vis om vad han upplevt som bra i behandlingen:

Att träffa likasinnade och liksom gå igenom det här, vilka problem och vilka sjukdom, vilka skador det tar alltså. Man fattar ju inte det, man gör inte det/.../ Man nyktrar till och man snackar om det här va. Ja, det går inte att förklara va, och det är ju, ja jag vet inte vad jag har, om det är en sjukdom eller vad det är, jag kan inte svara på det, men sjukt, det är det i alla fall (Ip2).

Genomgående märktes även i intervjuerna att många uppskattade det fokus som lades på hanteringen av olika mer ”vardagliga” problem som de stöter på här och nu. De båda anhöriga uttrycker sig på följande vis när jag frågar om vad det som var bra i behandlingen:

Det är otroligt, otroligt viktigt att kunna prata med någon som inte har med familjen att göra och sedan veta då att det kommer inte ut från dessa väggar (Ip1).

Min ena son kom hem med stöldgods till exempel. Hem till mig i mitt hem och jag, jag blir jättearg, vansinnigt arg. Jag ringde polisen. Jag satte alltså dit min egen son. För att han hade gömt stöldgods i sin lillebrors rum. Och är det någonting jag är livrädd för så är det att han skall bli inblandad i någonting. Så jag ringer polisen. Jag kommer inte ihåg, det här är en sak som har hänt, jag kommer inte ihåg om det har hänt när jag gick just här men jag pratade med henne om det här i alla fall. Det är ju en svår grej: Hur skall man göra, skall jag göra, här som jag gjorde och polisen kom och hämta stöldgodset. Sedan fick han tillbaks det. Förstår du? Man blir ju helt. Ja, man vet inte vad man blir, man blir helt chockad, man blir helt. Här sätter jag dit min egen son, och det är inte lätt att göra det. Det är inte lätt att göra det, och så får han tillbaks det här stöldgodset. Ja, till exempel det är en grej. Men det är en sådan här grej som man inte kan berätta i fikarummet. Ändå är man alldeles så här upprörd och man är alldeles, ja du förstår vad jag menar. Det är en liten grej (Ip5).

Man kan via intervjuerna också spåra en klar KBT-inspiration bland Sbt:s personal. Exempel på det är att man försöker hitta varningssignaler som klienterna själva

skall kunna identifiera. Man försöker till exempel diskutera hur man skall hantera ilska utan att ta till alkohol och så vidare. Men någon hänvisar även direkt till behandlingsinriktningen:

Mm. Ja det går ju lite grann ut på kognitiv beteendeterapi, och det där med känslor har jag alltid haft svårt för (Ip3).

Ett par av de intervjuade nämnde även det som positivt att man befann sig kvar i sin hemmiljö när man går på behandling vid Sbt:

Men jag har märkt det där att jag tror att man skall sluta i skiten. Som jag gör nu sörru. Man skall inte åka bort liksom för då är det inga problem att sluta va. Men du kommer tillbaka till stan och det är då allvaret börjar./.../ Jag tror på det själv. Ja, det har funkade för mig i alla fall./.../ Du blir på din vakt hela tiden och du blir bjuden varje dag. Det har jag blivit hela tiden. Men nu har de slutat med det. Nu accepterar de det, nu för tiden (Ip2).

Flera sa att det faktum att de var kvar i stan innebar att de då "tvingades" att mer aktivt välja bort alkoholen eftersom de hela tiden hade tillgång till den. Om man befinner sig på behandlingshem menade de att det är mycket enklare att sluta eftersom man då saknar tillgång till alkoholen, men detta slår tillbaka när man återvänder hem. De nämnde inte det som positivt i samma utsträckning att de kan fortsätta att ha kontakt med släkt och vänner osv. (arbete var det ingen som hade). Flera pratade om att sådana kontakter var nog så viktiga i återhämtningsprocessen men de tycktes inte koppla detta till att de befann sig vid en öppenvårdsmottagning.

Somliga hade alla sina vårdkontakter samlade vid Sbt och de uppskattade den möjlighet som detta innebar till en enda ingång till vården. De tyckte att det var enklare att få recept, de slapp gå till flera olika mottagningar för att lämna urinprover, hämta recept osv. Det var dock samtidigt flera som hade sina vårdkontakter spridda runt om i stan och de såg ingen möjlighet att samla dessa vid Sbt:

Det är det som har varit lite jobbigt. Jag har haft väldigt många olika kontakter. Alltså för min sjukdom, min fysiska sjukdom, mitt missbruk, sen för ekonomi. Ja det har varit väldigt splittrat. Jag har också försökt via den här (socialsekreterare vid stadsdelen) som jag hade, jag försökte få honom att ta kontakt med min kurator på Karolinska så vi kunde ha ett samverkansmöte, men han ville inte vara med om det (Ip8).

En annan av de intervjuade hade liknande problem därför att han måste gå till Maria berondecentrum för att lämna urinprover eftersom han strävade efter att ta nytt körkort.

Det var enbart en av de intervjuade som upplevde sig tvingad att gå till Sbt på grund av sin ekonomiska situation. De övriga upplevde att de hade stora möjligheter att själva påverka behandlingsinriktning och att personalen var mycket lyhörd för deras behov:

Här har det varit otroligt, det här var som att komma till himlen alltså. De är professionella i sina yttersta fingerspetsar. De lyssnar på en och är vänliga och det är inget skitsnack./.../ Det enda negativa under hela svanesången här det är väl uppe på Katarina med ekonomin,

där gavs det för mycket löften som inte kunde hållas (Ip1).

Även den person som kände sig tvingad att delta i någon form av behandling för att få försörjningsstöd uppgav att han hade stora utrymmen att själv påverka behandlingsform. Han hade till exempel blivit erbjuden att åka till ett behandlingshem i Spanien om detta skulle passa bättre.

Ett problem för många av de intervjuade var att de var mycket ensamma i sin problemfyllda tillvaro. De hade ofta svårt att hitta någon att prata om sina vardagliga bekymmer med:

Ja, alltså hade inte jag fått komma hit då, då mådde jag jättedåligt, så det är ju ibland att man tänker att så här: -Näe, ja man, ibland tänker man så här att: -Nej, jag orkar inte leva med det här längre. Jag orkar inte leva. Jag orkar inte. Jag orkar inte längre. Och många gånger har jag, jag är ju sjuksköterska, jag menar jag har ju hela medicinrummet, och det är ju bara att plocka, att plocka åt mig och proppa i mig om jag vill. Och ibland tänker jag: -Nej, nu gör jag det. -Usch (lägre och ohörbart). Ja, och så kändes det just då. Och då ringde jag faktiskt psykmottagningen på, den som jag tillhör, jag bor i Gamla stan, dit fick jag inte komma. Och hade jag inte fått komma hit då. Ja, då vet jag inte vad som hade hänt (Ip5).

Många sa att de hade haft ett sort dryckesumgänge som de nu brutit med och flera höll på att bygga upp nya kontaktnät eller återknyta banden med familjen. Men ofta var sådana familjeband svårt sargade sedan länge.

Uppfattningar om framtiden

Även om många av de intervjuade hade haft långvariga kontakter med socialtjänsten så var det många som uppgav att de inte hade några tydliga framtidsplaner. De var mer upptagna av att klara av en vecka i sänder:

Det är ingenting som egentligen är muntert, brukar jag säga, här sitter jag i hopplösheten men ändå så känner jag mig tusen gånger bättre än när jag sökte och hur jag mådde i januari (Ip7).

De allra flesta trodde dock att de skulle ha fortsatt långvariga kontakter med socialtjänsten och Sbt. Detta gäller särskilt dem som hade stora skulder och som främst var aktuella på grund av dessa. Eftersom preskriptionstiden för skatteskulder är fem år så ser de ett fortsatt behov av kontakter med Sbt under åtminstone så lång tid.

Brukarundersökningar

Den första enkäten delades ut i receptionen till alla besökare under tre veckors tid hösten 2005 (7-27 november). En låda sattes upp där besökarna anonymt kunde lämna sina ifyllda enkäter. Deltagandet var frivilligt. Under dessa veckor registrerades 169 unika besökare, 140 av dem besökte behandlare inom socialtjänsten och 29 besökte personalen från Maria beroendecentrum. Vi fick sammantaget in 58 ifyllda enkäter vilket innebär en mycket låg

svarsfrekvens (39 procent). Besökarna till personal från Maria beroendecentrum hade kort före undersökningens genomförande blivit tilldelade en liknande enkät vilket kan ha lett till förväxlingar som bidragit till det stora bortfallet. Uppgifterna får av denna anledning tolkas med stor försiktighet.

Medelåldern bland dem som fyllde i enkäten var 45 år, den yngsta var 19 och den äldsta 73 år. Det var flest män, 37 personer eller 64 procent och 36 procent kvinnor. De allra flesta, 78 procent, var ensamstående. Det var 70 procent av de sökande som tidigare hade sökt hjälp för att komma till rätta med sina problem, 26 procent hade aldrig tidigare sökt.

I undersökningen bad vi besökarna att ta ställning till åtta olika påståenden som utformades för att spegla olika aspekter av verksamheten vid Sbt. Vi använde en sjugradig skala där det lägsta värdet stod för ”instämmer helt” och det högsta för ”instämmer inte alls”. I tabellen nedan redovisas svaren grupperade i tre grupper: instämmer (1-3), neutral (4) respektive instämmer inte (5-7).

Tabell 8. Procentandelar av klienterna som instämmer i ett antal påståenden om Sbt, hösten 2005 (n=58).

	Instämmer	Neutral	Instämmer inte
Det är lätt att komma fram på telefon	84	5	10
Jag har den information jag behöver för min behandling	82	9	9
Jag kan själv påverka behandlingen	77	9	14
Behandlingen är anpassad efter mina behov	70	16	14
Jag är nöjd med behandlingens resultat hittills	73	14	12
Jag får gehör för mina önskemål om behandling	86	4	11
Jag saknar behandling för mina problem	28	7	66
Personalen bemöter mig på ett kompetent sätt	88	5	7

Resultaten visar att de allra flesta som fyllt i enkäten är mycket positivt inställda till bemötandet från Sbt på de allra flesta punkter. Det enda påståendet som flertalet inte instämmer i är: ”Jag saknar behandling för mina problem”. Möjligen skulle man även kunna se en tendens till att två av de andra påståendena som tar upp huruvida behandlingen är anpassad efter behoven och om man är nöjd med behandlingens resultat hittills har något lägre andel som instämmer än övriga påståenden. Med stora reservationer för det omfattande bortfallet kan man därför möjligen tolka undersökningen i den riktningen att överlag är besökarna mycket nöjda med möjligheterna att komma i kontakt med SBT, med informationen, bemötandet och personalens kompetens men att det finns vissa frågetecken kring behandlingsutbudet.

Den andra brukarundersökningen genomfördes med en förenklad enkät, av samma slag som Maria beroendecentrum använder, under två veckors tid den 8-19 maj 2006.⁹ Vid detta undersökningstillfälle försökte personalen hålla bättre koll på att besökarna verkligen fyllde i och återlämnade enkäterna och vi såg till att enkäten inte krockade med Maria beroendecentrums enkät. Under de två veckorna delades 100 enkäter ut, 89 av dem besvarades, åtta lämnades in obesvarade och tre enkäter saknades vid sammanställningen. I denna undersökning fanns inga frågor om personen som fyllde i enkäten utan enbart ett antal frågor om bemötandet från Sbt. Även här är resultaten påfallande positiva. Av de tillfrågade upplevde 60 procent att det var lätt att nå Sbt via telefon. Hela 80 procent tyckte också att blev vänligt bemötta i telefon. Enbart tre personer (tre procent) uppfattade bemötandet när de väl var vid Sbt som likgiltigt och enbart en person (en procent) tyckte att personalen inte verkade så kunnig. Klienterna var mycket nöjda med den information de fick om sin behandling och 62 procent tyckte att det togs rimliga hänsyn till deras önskemål om behandling. Det var enbart två personer som var missnöjda med behandlingen i stort medan hela 55 procent uppgav att de var helt nöjda med behandlingen i stort vid Sbt. Samma undersökning upprepades i november 2006 med ett snarlikt resultat.

Vad säger undersökningarna om klienternas möte med Sbt?

Såväl intervjuerna som de båda brukarundersökningarna visar att klienterna vid Södermalms beroendeteam var påfallande nöjda med den behandling de fick vid Sbt. Trots att bortfallet var stort i den första brukarundersökningen och att de intervjuade klienterna var utvalda för att de var lyckade fall pekar de mycket samstämmiga resultaten mot att Sbt verkligen lyckas bemöta klienterna på ett bra och professionellt vis. De allra flesta av de intervjuade klienterna hade också mycket att jämföra med eftersom de ofta hade långa erfarenheter av missbruksbehandling av olika slag. De intervjuade klienterna uppfattade personalen som professionell och kunnig. Det enda frågetecknet som framkom i brukarundersökningarna gällde huruvida det fanns behandling för den typen av problem som de sökte för. Detta kan vara en återspeglning av de ofta mycket långvariga och sammansatta problem som de intervjuade berättade om. De allra flesta av de intervjuade klienterna hade mycket långvariga kontakter med socialtjänst och de hade ofta levt hela sitt liv i en mycket problemfylld tillvaro. Många rapporterade om allvarliga händelser och problem redan under uppväxten. De levde ofta ensamma och kände sig isolerade och saknade någon att prata med om för dem vardagliga händelser men som det var svårt att prata med andra om eftersom få delar deras bakgrund och erfarenheter.

Ett par av de intervjuade hade gått tolvstegsprogrammet och där funnit en väg att gå från missbruket. Åtminstone en av dem hade tagit till sig behandlingen så pass starkt att han nu försökte övertyga sina forna missbruksbekanta att gå samma väg. Många av de intervjuade uppskattade även det fokus på hanteringen av vardagliga bekymmer och att försöka se alternativa sätt att hantera besvikelser och ilska utan att ta till alkohol som

⁹ Denna undersökning kommer att upprepas under två veckor under hösten 2006 (13-24 november).

personalen vid Sbt försökte förmedla. Här märks en tydlig influens från kognitiv beteendeterapi hos personalen vid Sbt.

Det bestående intrycket från intervjuerna är dock att, även om de intervjuade klienterna är mycket nöjda med den behandling de tagit del av och de mycket väl kan beskrivas som lyckade fall, eftersom alla utom en tagit ytterligare ett steg från ett ofta relativt tungt missbruk, så är det betydande bitar som saknas för att dessa personer skall kunna etablera sig fullt ut som självständiga medborgare. Det var inte många som kom i något akut missbruksskede till Sbt utan de flesta kom med behov av mer eftervårdskaraktär. Det var visserligen bara en av de intervjuade som inte hade deltagit i någon form av missbruksbehandling under tiden vid Sbt (förutom de anhöriga). Han hade enbart varit i kontakt med Sbt för budget- och skuldrådgivning. Men flera betonar i intervjuerna komplexiteten i sina problem. Flera hade till exempel svårt att skilja mellan sina psykiska problem och sitt missbruk, någon uppgav som huvudsaklig anledning till sina kontakter att han sökte skyddat arbete. Andra hade medicinska problem som de fick söka stöd för på annat håll. De allra flesta hade kontakt med både en behandlande socialsekreterare och i de flesta fall hade de även kontakt med ytterligare en eller flera vid Sbt. Den interna samverkan upplevde de som väl fungerande men många hade tack vare sina mångfacetterade problem behov av stöd och kontakter med en mängd andra vårdgivare utanför Sbt och detta fick de ingen hjälp med via Sbt.

Intervjuerna illustrerar att rörelsen från ett aktivt missbruk till en drogfri tillvaro ofta är mycket lång och kantad av svårigheter. Detta gör det naturligtvis svårt att urskilja effekter av enskilda behandlingar. Behandlingsresultat måste av denna anledning ses i ett sammanhang av flera olika förändringar i personens liv. Behandlingen kan säkert utgöra en viktig del för flera personer i vägen från ett missbruk, men en framgångsrik behandling måste sättas i relation till hela personens tillvaro. När jag frågade personalen vid Sbt efter lyckade fall så valde de ut personer som ofta genomgått många olika behandlingar och som nu var på väg att lämna sitt missbrukarliv. Det går naturligtvis inte att tillskriva dessa resultat till varken den första eller sista av dessa behandlingsomgångar. Och det är heller inte avsikten med denna utvärdering. Den viktiga frågan är istället vilken roll just Sbt kan fylla i olika klienters strävan från sitt missbruk. Och det är den frågan som skall diskuteras i det följande, avslutande kapitlet.

7. Diskussion

I denna utvärdering har jag försökt analysera hur Södermalms beroendeteam lever upp till de mål som sattes upp för verksamheten i dess inledningsskede. Jag har även försökt att relatera till hur dessa mål förhåller sig till den aktuella forskningen om missbruks- och beroendevård och slutligen har jag försökt ge en bild av hur klienterna upplever behandlingen vid Sbt. Syftet är att diskutera vilken inriktning Sbt:s verksamhet kommit att ta under dess första verksamhetsår och vilka möjligheter det finns att utveckla verksamheten vidare. Utvärderingen försöker knyta an till forskningen om samverkan och specialisering inom socialtjänsten, om implementering av offentliga åtgärder och om evidensbaserat socialt arbete. Dessutom används de nyligen publicerade nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården som utgångspunkt för att diskutera Sbt:s verksamhet.

Forskningen kring specialisering av det sociala arbetet visar att den helhetssyn på klientens situation som ofta framhålls som en ledstjärna inom det sociala arbetet och som var en bärande princip i formuleringen av socialtjänstlagen snarast utgör en historisk parentes i det sociala arbetet. Allt fler specialiserade enheter öppnas och särskilt vanligt tycks detta vara inom missbruksvården. Dessa specialiserade missbruksenheter är oftast inriktade på öppenvård och de bedrivs ofta i samverkan med till exempel landstingets beroendevård, precis som i fallet med Södermalms beroendeteam. Ibland eftersträvas enligt forskningen ett alltför nära samarbete i denna typ av organisationer. De samverkande parterna bör enligt forskningen om samarbete inom offentlig sektor inte sträva efter en gemensam problemsyn utan de bör utgå från sin professionella roll och respektera varandras specialistområden. De bör bara samverka inom de områden som framstår som särskilt viktiga utifrån klienternas behov.

Implementeringsforskningen påvisar ett dilemma för sådan verksamhet som Sbt. Olika beslutsfattare tvingas att formulera mycket allmänna mål för denna typ av verksamhet eftersom kunskapsläget om vilka metoder som är verksamma ofta är bristfälligt och verksamheten bedrivs i en föränderlig omvärld. Detta ger stort handlingsutrymme för organisationerna och dess personal, men ställer samtidigt stora krav på att organisationen förmår att ta till sig de allmänna målen och anpassa sin verksamhet till den aktuella situationen. Ett liknande resonemang återfinns i forskningen kring evidensbaserat socialt arbete. Ofta förknippas arbetet med evidensbaserad framtagandet av omfattande kunskapsöversikter som till stor del baseras på mer eller mindre kontrollerade experiment som ofta är utförda i USA. Och visst är detta en viktig del. Men samtidigt visar forskningen, även inom detta område, att den viktigaste länken i det sociala arbetet är mötet mellan klienter och socialsekreterare. Det gäller att i högre grad utnyttja de erfarenheter som utvinns i detta möte till en mer systematisk kunskapsproduktion för att utveckla det sociala arbetet.

Socialstyrelsen har en del mycket konkreta och ofta långtgående förslag i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. För det första säger de att socialtjänsten och hälso- och sjukvården bör specialisera sina insatser för att effektivisera verksamheten. Samsjuklighet skall behandlas i samverkan. Missbruk och olika sjukdomar skall behandlas parallellt och samtidigt. För att uppnå de bästa resultaten bör verksamheten organiseras så att klienterna sorterar efter missbrukets svårighetsgrad. De med lättare missbruk bör få tillgång till tidiga och mindre omfattande rådgivning medan de som har ett svårare missbruk bör slussas vidare till mer specialiserad behandling. Vissa metoder lyfts särskilt fram såsom KBT, tolvstegsbehandling och CRA. Särskilt sägs att stödsamtal inte har någon dokumenterad effekt på vare sig missbruk eller kvarstannade i behandling. I riktlinjerna lyfts även olika dokumentationsmetoder fram samt vikten av att följa upp hur det går för enskilda individer efter genomgången behandling. Dessutom poängteras att missbruksvården bör organiseras så att samarbetet med självhjälpsorganisationer underlättas.

När Sbt planerades prioriterades vissa av dessa frågor tydligare än andra. Resultaten från intervjuerna med personalen visar att behandlingsutbudet har fått vissa tillskott men att rollen för de behandlande socialsekreterarna ännu inte hunnit ta full form. Sbt har på olika sätt försökt att sätta brukaren i centrum men det finns risker för att brukarna i praktiken får det svårare att få den behandling som de efterfrågar. Samverkan löper utan större friktioner på ett mer vardagligt plan men personalen efterfrågar ett fördjupat samarbete framförallt när det gäller mottagningen av nya klienter/patienter. Stora resurser har lagts på kompetensutveckling framförallt bland de behandlande socialsekreterarna och specialister på olika behandlingar har anställts men det tycks inte finnas ett tillräckligt utrymme att faktiskt utnyttja den specialistkompetens man utvecklat. Sbt tycks främst riktas mot olika former av eftervård medan planerna såväl som flera av de intervjuade socialsekreterarna uttrycker en strävan mot tidigare upptäckter och åtgärder riktade mot en mindre marginaliserad målgrupp.

Södermalms beroendeteams olika uppgifter i vårdprocessen

Kanske kan Södermalms beroendeteam förstås utifrån en uppdelning i tre olika uppgifter som verksamheten kan tänkas fylla i vårdprocessen. Den första av dessa innebär att utgöra en öppen mottagningsenhet som står för bedömning, utredning och guidning i vård och behandlingsutbudet. Den andra innebär att i huvudsak stå för olika behandlingsinsatser. Den tredje är att sköta om eftervård, utgöra stöd och följa upp behandling genom att stå i relativt långvarig kontakt med olika klienter och vägleda dem i deras strävan mot självständighet. Jag tycker mig se att Sbt strävar efter att fylla alla dessa roller men har vissa problem med det.

- Mottagning/kort rådgivning/bedömning/utredning/guidning
- Behandling
- Eftervård/stöd/vägledning/uppföljning

Som verksamheten ser ut idag tycks nya klienter/patienter i huvudsak komma från tre olika håll: från stadsdelarna, Mbab eller Katarinahuset. De kan också komma ”direkt från gatan” alltså utan tidigare kontakter med någon av samverkansparternas mottagningar, men sådana sökande utgör en minoritet. När nya klienter kommer till Sbt skall deras ärende bedömas gemensamt på ett möte mellan de olika samverkansparterna och efter detta skall åtgärder sättas in från olika håll för att försöka komma till rätta med de sökandes mångfacetterade problem. Personalen skall själv stå för en stor del av behandlingen och om någon form av verksam behandling saknas ska man kunna vägleda klienten/patienten så att han eller hon hamnar rätt i vårdutbudet. Dessutom skall de behandlande socialsekreterarna utgöra ett personligt stöd till vissa klienter som man annars befärar inte skulle klara av att genomgå olika behandlingar på ett bra sätt. På samma vis fungerar även en viktig del av sjuksköterskans arbete som en stötta för att förmå klienter/patienter att genomgå behandlingarna, till exempel genom att dela ut Antabus. Efter genomgången behandling, antingen i Sbt:s egen regi eller av annan vårdgivare fortsätter klienterna/patienterna att stå i kontakt med Sbt tills de kan klara sig själva.

I intervjuerna med de behandlande socialsekreterarna framkom ett visst missnöje med vilka klienter som kommer till Sbt. De såg tyngdpunkten i sin nya roll ligga i behandlande insatser och möjligen som stödpersoner och att de även hade en viktig roll för eftervården. Nu ser de sig mer ha blivit tilldelade rollen som mottagare, utredare och bedömare. Detta är olyckligt eftersom intervjuerna samtidigt antyder att Sbt kan innebära vissa begränsningar i vårdutbudet, vilket inte var avsikten från början. Om det skall vara Sbt:s roll att vara den huvudsakliga porten till missbruks- och beroendevården på Södermalm fordras att mycket energi läggs på att sprida detta budskap, att tilldela personal till dessa uppgifter (som inte ser det som en bisyssla) och framförallt att betona rollen som guide till andra vårdgivare genom att bland annat samla information och kunskap om vårdutbudet och att arbeta för en utökad samverkan med de olika vårdgivarna kring de behandlingar som olika parter är bäst lämpade att utföra.

Sbt är också tänkt som en öppenvårdsenhet där ett brett behandlingsutbud skall finnas att tillgå i klienternas/patienternas närmiljö. Även om vissa farhågor om ett inskränkt behandlingsutbud märks i vissa intervjuer tycks inte avsaknaden av behandlingsalternativ vara alltför trängande. Det finns ju även möjligheter att starta nya behandlingar om behovet uppstår. Det tycks dock vara ett visst problem med ett för stort sökandetryck till flera av de mer etablerade behandlingsalternativ som finns att tillgå. Jag tänker då på psykoterapeuten och framförallt tolvstegsprogrammet där enskilda klienter i vissa fall kan få vänta under alldeles för lång tid på att tas emot.

Ytterligare en viktig uppgift för Sbt är att utgöra stöd till klienter/patienter som återvänt från till exempel institutionsbehandling. Även i denna roll ligger ett mer utåtriktat arbete än vad jag uppfattar att Sbt hittills sysslat med. Det handlar förutom om att utgöra en personlig stötta till enskilda individer, att guida klienter/patienter i samhället och gradvis överlämna ansvaret inom olika livsområden så att de utvecklas till självständiga medborgare. Det gäller att uppmuntra klienterna/patienterna att knyta nya kontakter, att hjälpa

dem att finna en sysselsättning, försörjning, att bli fria från skulder och liknande. I detta ofta mycket långsiktiga arbete rekommenderar Socialstyrelsen även ökade kontakter och erfarenhetsutbyte med olika självhjälsgrupper som en viktig framgångsväg. Vissa av dessa saker har Sbt säkert sysslat med men jag ser en risk att denna typ av mer utåtriktad verksamhet tonas ned när man skall syssla med mer individuellt inriktad behandling av beroendet eller missbruket.

Även om det alltså tycks finnas vissa oklarheter i vilken roll som Sbt har att fylla så tycks de klienter som kommer i kontakt med Sbt vara mycket nöjda med den behandling de möter. De intervjuade klienterna hade i många fall mycket komplicerade och sammansatta problem varav missbruket utgjorde en viktig del men ingalunda var det enda problemet. Många hade dessutom långa erfarenheter av tidigare missbruksbehandling och de var ofta i kontakt med Sbt för någon form av eftervård. Dessa klienter var utvalda av personalen därför att de var lyckade fall och för att användas som en illustration av vilka typer av problem som Sbt var lämpat för. Vi får därför tolka dessa klienters berättelser som exempel på personer som personalen anser att Sbt kunnat lämna ett bidrag till i deras väg mot en mer etablerad tillvaro. Stämmer denna tolkning så är Sbt med andra ord mest lämpat för att behandla personer som har mycket komplexa problem och som har långa erfarenheter av tidigare vård och som dessutom ofta har sin mest aktiva missbruksperiod långt bakom sig. Det faktum att de intervjuade ofta hade långa kontakttider visar också att verksamheten är inriktad på att stödja klienterna under mycket lång tid.

De behandlande socialsekreterarna

Problemen för de behandlande socialsekreterarna kan kanske förstås bättre mot bakgrund av att målet för deras verksamhet inte är lika tydligt inriktat på enbart beroendet eller missbruket som de mer etablerade programmen är. Socialtjänstens överordnade mål är inte att minska missbruket utan att klienterna ska utvecklas som självständiga medborgare. Ett minskat missbruk kan vara en viktig förutsättning att nå detta överordnade mål men missbruket är inte det enda problem som många av klienterna vid Sbt befinner sig i. På samma sätt kan man förstå budget- och skuldrådgivarens roll vid Sbt. Hon tycks fylla en viktig roll och svara mot ett behov som finns hos många av klienterna. Men kopplingen till ett minskat missbruk eller beroende är inte självklar.

De behandlande socialsekreterarna har flera olika uppgifter att fylla i vårdprocessens olika faser. Vissa av dessa är mer tydligt uttalade än andra men för den sakens skull inte nödvändigtvis mer trängande. De ska ta emot, utreda och vägleda nya klienter. De ska besluta om insatser hos andra. De ska själva bedriva professionell behandling. De ska utgöra stöd till dem som behandlas av andra. De ska följa upp andras insatser med stödsamtal. Dessutom har de ofta den mindre uttalade rollen som processägare. Det är de behandlande socialsekreterarna som har det övergripande ansvaret gentemot varje klient från deras första kontakt till avslut. De står för långsiktigheten i behandlingen och skall se till så att alla delar fungerar så smidigt som möjligt.

Flera av de intervjuade behandlande socialsekreterarna uppfattade sin nya huvudsakliga arbetsuppgift vid Sbt som att de själva skulle utgöra den huvudsakliga behandlingsinsatsen. Att de skulle fungera på likvärdigt sätt som till exempel tolvstegsbehandlingen eller psykoterapin. Detta kräver dock en mycket tydligare prioritering av just denna uppgift i de behandlande socialsekreterarnas arbetsbeskrivning. Det kräver dessutom att de andra uppgifterna tilldelas någon annan eller på annat sätt reduceras. Det gäller i så fall att de behandlande socialsekreterarna överger sin allmänt stödjande roll och mer entydigt inriktar sig på att följa de arbetsmetoder som de utbildade sig att följa när de började vid Sbt.

En lärande organisation

Både inom implementeringsforskningen och inom forskningen kring evidensbaserat socialt arbete påpekas att organisationer som Södermalms beroendeteam måste ha ett visst utrymme att anpassa verksamheten efter de aktuella klienterna. Olika kunskapsöversikter och målbeskrivningar kan utnyttjas för att ge viss vägledning men kunskap blir snabbt gammal och olika råd och anvisningar som framställs är ofta av en ganska generell karaktär. Personalen måste därför vara utbildad att själv kunna avgöra i vilka fall som vilka metoder skall användas och ha tillgång till de senaste rönen. Personalen vid Sbt har genomgått utbildning i användandet av olika metoder som CRA och MI och de har också tillgång till handledning vid behov. De har även fått lära sig att dokumentera verksamheten med hjälp av ASI. De tycks dock inte utnyttja dessa möjligheter i önskad utsträckning. Att ASI-undersökningarna inte utnyttjas i inledningsskedet av kontakten kan bero på att många av klienterna är kända sedan tidigare och man därför inte ser något behov av vidare utredning eftersom man tycker sig känna till tillräckligt om personens problembild för att bestämma behandlingsinriktning. Det visar dock samtidigt ett ganska tydligt ointresse för en mer systematisk kunskapssammanställning för att vidareutveckla verksamheten. Dokumentation ses av flera av de intervjuade socialsekreterarna enbart som ett byråkratiskt påhitt som de måste göra för att någon utomstående säger så. För att ändra denna uppfattning är det viktigt att socialsekreterarna själva ser någon nytta av dokumentationsverksamheten. Den största nyttan de kan ha av detta arbete är att lära sig mer om sitt eget arbete. Men för att detta skall vara möjligt fordras att alla led av verksamheten dokumenteras så att det är möjligt att följa hur varje enskild individs problembild såg ut före, under och efter mötet med Sbt. ASI är en väldokumenterat bra metod för detta ändamål men den utnyttjas inte på detta sätt.

Besparingsåtgärd

Det är för tidigt att avgöra om verksamheten vid Sbt utgör en besparing eller inte. Kostnaderna beror på vilka resultat som verksamheten kan visa upp på lite längre sikt. Sammantaget med kostnaderna för missbruksvården vid de båda stadsdelarnas vuxenenheter är socialtjänstens kostnader för missbruksvård på Södermalm ungefär desamma idag som före öppnandet av Sbt. Avgörande för Sbt:s förmåga att bedriva en verksam öppenvård torde vara att förhållandet mellan Sbt och stadsdelarna klargörs så att alla parter känner till ansvarsfördelningen och kan arbeta med det som de är bäst på. De mycket skilda kostnadsutvecklingarna vid de båda stadsdelarna bör därför diskuteras vidare mellan de olika aktörerna. Troligen kan de minskade kostnaderna vid den ena stadsdelen snarare

härledas till interna förändringar än starten av Sbt. Denna undersökning ger inget underlag för att avgöra om dessa besparingar har varit ändamålsenliga eller inte. Det kan lika gärna vara så att den utgiftsökning som registrerades vid den andra stadsdelen på lite sikt visar sig mer kostnadseffektiv.

Med brukaren i centrum

Titeln på denna utvärdering är ”Med brukaren i centrum?” men avsikten har inte varit att ge något enkelt svar på om Södermalms beroendeteam sätter brukaren i centrum eller inte. Syftet har snarare varit att ge en inblick i hur verksamheten vid Sbt genomförs med detta som sin huvudsakliga målsättning. Mycket talar för att klienterna uppfattar att de blir satta i centrum i den mening att de verkar mycket nöjda med bemötandet vid Sbt. Annat talar för att målet kommit i skymundan när väl verksamheten kom igång. Det finns inget ”smörgåsbord” av olika behandlingar att välja mellan. Det finns inte heller något brukarråd eller liknande för att underlätta en dialog med brukarna. Olika evidensbaserade metoder används inte i den utsträckning som tänktes. Socialsekreterarna tycks å andra sidan i mångt och mycket försöka stå på klienternas sida. Klienterna har ofta en mycket sammansatt problembild vilket även återspeglas i Sbt:s organisation med bland annat en budget- och skuldrådgivare. Mitt intryck är att en viss del av personalen funnit sig väl till rätta vid Sbt men att somliga inte riktigt funnit en plats. Jag får uppfattningen att flera av dem som har lång erfarenhet av socialt arbete i öppenvård känner sig överkörda av de nya idéerna om ett evidensbaserat socialt arbete som Sbt enligt andra är ett uttryck för. Detta skulle i så fall förklara bland annat oviljan att dokumentera verksamheten, att använda olika metoder fullt ut och så vidare. Detta kan bero på att personalen inte har känt sig tillräckligt delaktig i implementeringsprocessen. De uppfattar att de besitter en ”tyst kunskap” som inte tas tillvara i tillräcklig utsträckning. För dem kan ”olika metoder med förkortningar” representera ovanifrån kommande förvrängningar av det sociala arbetet som de har erfarenhet av. Själva uppfattar de sig stå på missbrukarnas sida och representera deras intressen mot en alltför långtgående byråkratisering, avhumanisering och enkelspårighet. Många socialsekreterare ser säkerligen fortfarande principen om en helhetssyn på klientens situation som en ledstjärna för arbetet vid Sbt. De uppfattar Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer som alltför ensidigt inriktade på att motverka missbruket eller beroendet. Möjligen skulle av denna anledning ett arbete som var mer i linje med tankarna kring Case management vara mer passande för denna personalgrupp.

Referenser

- Ashery, Rebecca Sager (red) (1992) *Progress and Issues in Case management Us departement of Health and human services* NIDA research Monograph 127, Rockville, USA
- Bergmark, Åke och Lundström, Tommy (2005) *En sak i taget? Om specialisering inom socialtjänstens individ och familjeomsorg* Socialvetenskaplig tidskrift 2005; 12 (2-3): s. 125-148
- Bergmark, Åke och Lundström, Tommy (2005b) *Med förenade krafter? Om individ- och familjeomsorgens samverkan med andra myndigheter* Socionomen 2005;1, forskningssupplement 17, s. 1-20
- Boklund, Ann (1995) *Olikaheter som berikar? Möjligheter och hinder i samarbete mellan socialtjänstens äldre- handikappomsorg, barnomsorg samt individ- och familjeomsorg* Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete, Rapport i socialt arbete nr 71 (Avhandling)
- Dahlberg, Magnus och Vedung, Evert (2001) *Demokrati och brukarutvärdering* Studentlitteratur, Lund
- Danermark, Berth och Kullberg, Christian (1995) *Samverkan Välfärdsstatens nya arbetsform* Studentlitteratur, Lund
- Engström, Christer och Armelius, Bengt-Åke (2005) *Implementering av en strukturerad intervju (ASI) i missbruksvård och kriminalvård* Socialvetenskaplig tidskrift nr 1, 2005
- Guba, Egon G och Lincoln, Yvonna S (1989) *Fourth Generation Evaluation* London, New Delhi Sage Newbury Park
- Graham, Kathryn och Timney, Carol, Birchman (1995) *Continuity of Care in Addictions Treatment: The Role of Advocacy and Coordination in Case Management* American Journal of Drug and alcohol Abuse, 21 (4), pp 433-451
- Kalman, Hildur (2006) *Kunskap och kunnigt handlande* s 49-63 i Blom, Björn et al. (red) *Kunskap i socialt arbete* (2006) Natur och Kultur, Stockholm
- Kommunförbundet Stockholms län och Hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms län (1998) *Samverkan i missbrukar och beroendevården. En gemensam policy för missbrukarvård och specialiserad beroendevård i landstinget och kommunerna i Stockholms län* Stencil
- Kommunförbundet Stockholms län och Stockholms läns landsting (2006) *Lägesbeskrivning – Lokal integrerade beroendemottagningar* Stencil daterad februari 2006
- Lahovary, Catrine (2004) *Samverkanscentret* Stencil daterad 2005-09-02
- Markström, Urban (2003) *Den svenska psykiatireformen. Bland brukare, eldsjälur och byråkrater* Boréa, Umeå
- Nationell psykiatrisamordning (2006) *En nationell satsning på kunskapsproduktion och kunskaps spridning och implementering inom området psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder* Stencil från Statens offentliga utredningar s 2003:9
- Noel, Pamela, E (2006) *The Impact of Therapeutic Case Management on Participation in Adolescent Substance Abuse Treatment* The American Journal of Drug an Alcohol Abuse, 32: 311-227, 2006
- Patton, Michael Quinn (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods* Sage publications, Newbury Park, London, New Delhi
- Rosen, Aaron (2006) *Evidensbaserad praktik i socialt arbete – utmaningar och möjligheter* s. 229-247 i Blom, Björn et al. (red) *Kunskap i socialt arbete* (2006) Natur och Kultur, Stockholm

- Rothstein, Bo (2002) *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. Andra upplagan SNS Förlag, Stockholm
- Sannerstedt, Anders (2001) *Implementering – hur politiska beslut genomförs i praktiken* s 18-48 i Rothstein, Bo (red.) *Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem* SNS-förlag, Stockholm
- SBU (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: en evidensbaserad kunskapssammanställning* SBU rapport 156: 1-2, Stockholm
- Socialstyrelsen (1996) *Kursändring i missbrukarvården – mot öppnare former* Socialstyrelsen 1996:3, Stockholm
- Socialstyrelsen (2003) *Organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård*
- Socialstyrelsen (2003b) *ASI - en strukturerad intervju metod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem*
- Socialstyrelsen (2003c) *Brukarmedverkan i socialtjänstens kunskapsutveckling*
- Socialstyrelsen (2004) *För en kunskapsbaserad socialtjänst*
- Socialstyrelsen (2006) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård* Remissversion 11 april 2006, från Socialstyrelsens webbplats
- Stockholms läns landsting (2004) *Behandling av personer med komplexa vårdbehov p g a Psykisk störning och missbruk.*
- Stockholms stad (2004) *Stan-programmet. Stockholms Tobaks-, Alkohol-, och Narkotikapolitiska program* Antaget av kommunfullmäktige 2004-12-14, Stencil
- Stockholms stad (2004b) *Ansökan om medel ur Kompetensfonden* Stencil, Dnr 500-316/2004
- Skåne, Stockholms och Västra Götalands länsstyrelser (2005) *Steget före. Om öppenvårdsprojekt och kunskapsutveckling inom socialt arbete i Skåne, Stockholms och Västra Götalands län*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Att bryta missbruk. Nio nedslag i öppenvården*
- Vedung, Evert (1998) *Utvärdering i politik och förvaltning* Andra upplagan, Studentlitteratur, Lund
- Wirbing, Peter (2002) *Moderna beteendeterapeutiskt inriktade behandlingsmetoder* hämtat från www.beroende-medicin.nu/pages/content/mod-beteende.asp den 14 november 2006

Bilaga 1. Enkät till dem som planerade Södermalms beroendeteam

Ersta & Sköndals högskola har fått i uppdrag att utvärdera projektet ”Södermalms Beroendeteam”. För att planera utvärderingen på bästa sätt vill vi i ett tidigt skede av arbetet ställa en del frågor om vilka förväntningar som finns på projektet, vilka mål som är viktiga och hur de olika samverkansparterna ser på utvärderingen av projektet. Vi förväntar oss inga slutgiltiga svar på dessa frågor i och med denna enkät, utan dessa frågor kommer att följa utvärderingen under hela dess gång. Utvärderingens slutrapport skall vara färdig i slutet av 2006 och först då räknar vi med att ha så mycket information att vi kan skapa en fullgod bild av projektet.

Enkäten är uppdelad i fem olika frågeområden. Först kommer några inledande frågor om den svarande och dennes roll i planeringen av projektet. Sedan följer ett antal frågor om målen med projektet och därefter kommer några frågor om hur den svarande ser på möjligheterna att uppnå målen inom projektets ramar. Efter detta frågar vi om vilka förväntningar den svarande har på utvärderingen av projektet och slutligen efterfrågas om den svarande vill lägga till något som vi missat i de övriga frågorna eller om enkäten bör tillställas någon person som inte finns med på den ursprungliga sändlistan.

En del frågor är svårare att besvara än övriga. Vi ber dig då att ta god tid på dig att tänka igenom dina svar och formulera dig så som du finner lämpligt för att ge din syn på projektet. Det är mycket viktigt att de områden som efterfrågas i enkäten får en så allsidig belysning som möjligt i utvärderingens inledningsskede eftersom svaren kommer att forma det fortsatta utvärderingsarbetet. Om det är någon fråga som är oklar så fundera över vad du tror att syftet med frågan är, ge din tolkning och besvara den. Har du några frågor så är du alltid välkommen att kontakta undertecknad. Det är bättre att du skickar tillbaks en ofullständig enkät än att du inte svarar alls.

Enklast fyller du i enkäten direkt i Word-dokumentet, sparar den med ett nytt namn och bifogar den som e-post till adressen nedan. Du kan också skriva ut frågorna och skriva dina svar för hand om du finner att detta passar dig bättre. I så fall bör du ta med dig några blanka sidor eftersom utrymmet att skriva på mellan frågorna är högst begränsat. Skicka svaren så snart som möjligt, om ca två veckor kommer en påminnelse att skickas ut om du inte svarat då.

Vänliga hälsningar

Anders Kassman, FD
Ersta & Sköndals högskola
128 85 Sköndal
anders.kassman@sssd.se
tel 08-508 25 315

Information om den svarande

1. Namn:

2. Befattning:

3. Professionell bakgrund:

4. Vilken roll har du haft i planeringen av Södermalms beroendeteam? Har du varit med från starten i planeringsprocessen? Var du en av initiativtagarna?

5. Vet du när och av vem de första initiativen till projektet togs?

6. På vilket sätt kommer du i fortsättningen att följa projektet? Kommer du t ex att hålla dig löpande informerad om projektet? Vilka kanaler finns i så fall för detta? Finns det en samverkansgrupp på ledningsnivå som följer projektet? Hur ofta möts denna grupp?

Frågor om målen med projektet

7. Vilket eller vilka är projektets målsättningar på kort och lång sikt?

8. Är det din uppfattning att samverkansparterna har samma eller snarlika målsättningar med projektet?

9. Riktas projektet till några särskilda kategorier av missbrukare?

10. Hur ser du på möjligheterna att fortsätta verksamheten efter utgången av 2006?

11. Har din uppfattning om projektets mål förändrats under planeringens gång? På vilket sätt i så fall och varför?

12. Är projektet att betrakta som ett pionjärprojekt med potentiell påverkan på olika aktörers framtida arbetssätt gentemot missbrukare? Vilka aspekter av projektet rymmer sådana moment? Vilka aktörer är i sådana fall aktuella?

Frågor om förväntade resultat av projektet

13. På vilka sätt tror du att Södermalms Beroendeteam kommer att bidra till att målen för projektet uppnås? Vilka är de viktigaste beståndsdelarna i verksamheten?

14. Är Södermalms Beroendeteam, enligt din uppfattning, ett tecken på ett nytt sätt att tänka eller är det mer så att projektet fyller en funktion som man länge sett ett behov av att fylla?

15. Finns det något liknande projekt som ni hämtat inspiration från eller som ni av andra anledningar vill jämföra projektet med? Det kan röra sig om såväl svenska som utländska erfarenheter. Beskriv detta eller dessa projekt kortfattat samt ange hur mer information kan inhämtas.

16. På vilket sätt, om något, skiljer sig Södermalms Beroendeteam från dina tidigare erfarenheter av arbete bland missbrukare?

17. Finns det några hinder eller problem som ni befärrar kan ställa till svårigheter för verksamheten vid Södermalms Beroendeteam? Det kan t ex gälla samverkan, budgetfrågor eller lagar och regler.

Förväntningar på utvärderingen

För utvärderingen av projektet har Ersta Sköndals högskola kontrakterats för motsvarande en halvtidstjänst under 2005 och 2006. Slutrapporten skall vara färdig i slutet av 2006.

18. Vilka förväntningar har du på utvärderingen av projektet?

19. Finns det några effekter bland brukarna som du tror kan vara möjliga att utläsa i tid för att kunna beaktas i utvärderingen?

20. Är det några aspekter av projektet som du ser som mer centrala att belysa än andra? Bör t ex samverkansformerna, arbetsmetoderna, implementeringen, ekonomin, brukarintresset eller projektets förnyelseaspekter särskilt lyftas fram i utvärderingen? Motivera!

Är det något eller någon som saknas i enkäten?

Enkäten har sänts till följande sändlista:

Denise Melin, Socialtjänstförvaltningen, Katarina-Sofia
Eva Hagberg-Dyberg, Socialtjänstförvaltningen, Maria-Gamla stan
Lisa Kinnari, Socialtjänstförvaltningen, Maria-Gamla stan
Olle Johnselius, Stadsdelsdirektör, Katarina-Sofia
Britt-Marie Kyndel, Stadsdelsdirektör, Maria-Gamla stan
Eva Frunk Lind, Hälso- och sjukvårdsdirektör

21. Är det någon utöver dessa som du anser bör besvara enkäten? Motivera gärna varför.

22. Är det något annat du vill tillägga?

Tack för din medverkan

Bilaga 2. Intervjuguide - klienter Södermalms beroendeteam

Syftet är att undersöka klienternas uppfattning om behandlingen vid Södermalms beroendeteam.

- Presentation: Ersta Sköndal forskare, utvärderar, berättar inget för personalen eller någon annan om vad du säger till mig. Jag skriver en forskningsrapport som kommer någon gång kring julen 2006.
- Berätta om urval och be om att få titta i material vid SBT + intervjua personalen
- Dela ut två trisslotter

Om dig och din bakgrund

- 1) Kan du berätta lite om bakgrunden till att du sökte dig till SBT?
- 2) Några konkreta frågor om dig och din bakgrund
 - Ålder
 - Kön
 - Familjeförhållanden
 - Boende
 - Sysselsättning
 - Utbildning
- 3) Vad sökte du för? Var det en akut situation eller var det mer långsiktiga problem?
 - Kan du beskriva det som att du sökte främst efter ett eget beslut eller fick du tydliga påtryckningar någonstans ifrån? Varifrån, hur, ge exempel?
 - Sökte du behandling för att göra en större förändring av ditt liv eller var det endast smärre förändringar du var ute efter?
 - Sökte du för att helt sluta med alkohol/narkotika eller för att komma till rätta med vissa negativa konsekvenser?
 - Kom dina sökskäl att omformuleras under din behandling vid SBT? När skedde detta? På vilket sätt skedde detta?
 - Har du erfarenheter av tidigare behandling inom socialtjänst? Inom sjukvård? Psykvård? Kontakter med frivilligorganisationer?
 - Många eller få tidigare tillfällen, ungefärligt antal?
 - Kan du ge ett exempel på vad som skiljer SBT från andra du varit i kontakt med?

Om den första kontakten med SBT

- 4) Hur länge har du varit i kontakt med SBT?
 - Hur kom du i kontakt med SBT? Hur fick du reda på att de fanns?

- Fanns det några andra alternativ som du valde mellan?
- Kan du minnas den första tiden, vad skedde då?
- Gjorde personalen någon form av utredning av din situation? ASI?
- Var det något du tyckte att de ägnade omotiverat stor uppmärksamhet åt? Var det något de missade?
- Skrevs det en särskild handlingsplan för dig? Har den tagits upp igen? Har den följts?

Om behandlingen vid SBT

- 5) Behandlingen vid SBT
 - Vilken eller vilka olika behandlingar har du genomgått vid SBT? Enskilda samtal, gruppbehandling, psykiatrisk behandling, medicinsk?
 - Vad var bra respektive dåligt i behandlingen?
 - Vilka olika personer har du varit i kontakt med vid SBT?
 - Har du deltagit i någon annan typ av behandling parallellt med den vid SBT?
- 6) Motsvarade SBT dina förväntningar?
 - Har du haft möjlighet att få den behandling du behöver vid SBT?
 - Har du kunnat påverka behandlingens utformning, omfattning?
 - Lyssnar personalen på dina synpunkter när det gäller behandlingens utformning?
 - Är personalen professionell och kunnig?
 - Är det något i behandlingen som du så här i efterhand tycker borde skett på ett annat vis?
 - Skiljer sig den behandling du har genomgått från det du trodde när du först sökte hit? På vilket sätt? Beskriv!

Om behandlingens resultat

- 7) Skulle du beskriva det som att du genomgått en större förändring av din droganvändning?
 - Omfattar förändringen även andra livsområden?
 - Sociala relationer?
 - Umgänge?
 - Sysselsättning?
 - Försörjning?
- 8) Var drogerna tidigare en viktig del av din livsstil vad ingick i så fall i denna livsstil?
 - Hur ser du på din egen roll i din behandling? Vad kan du göra för i fortsättningen för att förbättra din situation?
- 9) Vad har hindrat dig från att sluta tidigare? Finns det synliga och osynliga hinder i vägen? (push/pull)

- 10) Finns det olika avgörande händelser utöver behandlingen som bidragit till en förbättrad situation?
- förhållande till barn
 - fru/man
 - föräldrar
 - andra betydelsefulla personer
 - Hjälporganisationer, etc
- 11) Är det frågan om tvära övergångar eller har förändringen mer karaktären av en process där det ena efter hand ledde till det andra?
- 12) Tycker du att beteckningen nykter alkoholist beskriver din situation på ett bra sätt? Varför inte?
- 13) Har du själv använt dig av någon särskild strategi för att sluta dricka (använda droger)?
- Har det varit ett viktigt mål under en lång tid? Hur länge?
- 14) Kan man beskriva det som att du efterhand tröttnade på drogerna?
- 15) Upplever du det som att du själv i större utsträckning ändade livsstil eller var det främst tillvaron med drogerna som förändrades?
- 16) Finns det något som du önskar att du gjort annorlunda på något vis?
- Finns det något som du skulle kunnat göra annorlunda så att du inte fått problem med alkohol/ narkotika, eller så att du snabbare kunnat lösa dina problem?
 - Hur ser du på din egen roll i samhället?
 - Upplever du att förväntningarna på dig och din roll i samhället har förändrats?
- 17) Är det något annat som påverkat dig så starkt att du tror ditt liv skulle fått en helt annan inriktning om det inte skett?

Om framtiden

- 18) Hur tror du att din situation är om ett år? Hur sköter du de grundläggande behoven då?
- Alkohol och narkotika?
 - Boende?
 - Sysselsättning?
 - Försörjning?
 - Sociala kontakter?
- 19) Avslut
- Tycker du att ditt fall är ett gott exempel på behandling vid SBT? Varför då?

- Får vi titta i det material som finns om dig hos SBT och intervjua personalen där?
- Hur var det att bli intervjuad? Vad fick dig att ställa upp för intervjun?
- Är det något jag missat som du tycker bör komma fram?

Bilaga 3. Intervjuguide - personal Södermalms beroendeteam

Syftet är att undersöka den behandlande personalens uppfattning om verksamheten vid Södermalms beroendeteam och behandlingens resultat i fallen med de goda exemplen.

Om dig själv och din yrkesbakgrund

- Befattning vid SBT?
- Hur många år i yrket?
- Ålder?
- Utbildning och vidareutbildning, utbildning vid SBT?
- Tidigare arbetsområden inom yrket?
- Hur kom det sig att du började vid SBT?

Om verksamheten vid SBT – egna funderingar, försök att formulera dina egna tankar snarare är vad du tror förväntas av dig

- Hur skiljer sig verksamheten vid SBT från dina tidigare erfarenheter? Vad är speciellt i den verksamhet som erbjuds vid SBT? Ge exempel!
- Motsvarar SBT dina förväntningar? Ge exempel!
- Riktas sig verksamheten mot några särskilda målgrupper eller personer i olika vårdfas: (Nyttillkomna/förebyggande - eftervård) (Yngre – äldre personer) (Psykiska problem – missbruk).
- Finns det ett särskilt behov av god tillgänglighet och en välkomnande atmosfär för olika målgrupper? Ge exempel! (Förebyggande, akutstöd och mer långsiktigt)
- Finns det någon målgrupp SBT är mindre lämpat för? Ge exempel!
- Är det särskilt behandlingsmotiverade klienter som söker sig till SBT?
- Kommer det flera med behandlingskrav? Hur skiljer sig dessa från övriga (för att de skall få försörjningsstöd?)
- Är det så att klienter i allmänhet söker stöd för att helt sluta med alkohol/narkotika eller för att komma till rätta med vissa negativa konsekvenser?
- Hur ser du på klienternas möjligheter att påverka valet av socialsekreterare/ behandlingsansvariga och insatser?
 - Fördelar - Ge exempel!
 - Nackdelar - Ge exempel!
- Hur dokumenteras klientarbetet vad är viktigt att tänka på när det gäller dokumentationen?

Om den aktuella klienten

1. Söskäl, vårdfas, utredning och motivationsarbete

- Kan du beskriva klientens söskäl när han eller hon först kom till SBT?
- Hade klienten redan tidigt en klar uppfattning om vad han eller hon ville ha hjälp med? Ge exempel!

- Sökte klienten i ett akut skede eller var det främst långsiktig hjälp som efterfrågades?
 - Sökte klienten stöd för att helt sluta med alkohol/narkotika eller för att komma till rätta med vissa negativa konsekvenser? Ge exempel!
 - Gjorde du någon form av utredning av klientens situation? (ASI) (MI) Varför, varför inte? För- och nackdelar. Ge exempel!
 - Hur informerade du dig om klientens bakgrund/tidigare behandling/ problembild?
 - Familj
 - Uppväxtförhållanden
 - Aktuell livssituation
 - Utbildning
 - Försörjning
 - Sysselsättning
 - Annat
 - Tidigare behandling
 - Vilken typ av information var viktig för att ge det stöd som klienten behövde?
 - Förändrades klientens problemuppfattning under tiden han eller hon var aktuell? Ge exempel!
 - Förändrades din uppfattning om klientens situation under tiden klienten var aktuell? Ge exempel!
 - Råder/rådde det en balans mellan klientens och din problemuppfattning?
 - Skrevs det en särskild handlingsplan för klienten? Har den tagits upp igen/ reviderats? Har den följts? Ge exempel!
2. Om klientens behandlingen vid SBT
- Vilken eller vilka olika behandlingar/insatser genomgick klienten vid SBT? Enskilda samtal, gruppbehandling, psykiatrisk behandling, medicinsk?
 - Vilka för- och nackdelar hade behandlingen i just detta fallet? Ge exempel!
 - Är det något i behandlingen som du så här i efterhand tycker borde skett på ett annat vis?
 - Hur fungerade samarbetet mellan er internt och andra vårdgivare i det enskilda fallet? T ex med övrig socialtjänst, sjukvård, psykvård, frivilligorganisationer? Något som saknas?
3. Om behandlingens resultat
- Skulle du beskriva det som att klienten genomgått en större förändring av sin droganvändning som ett resultat av behandlingen vid SBT?
 - Omfattar förändringen även andra livsområden? Ge exempel!
 - Psykiska problem?
 - Sociala relationer?
 - Umgänge?

Sysselsättning?

Försörjning?

- Hur ser du på klientens och behandlarens roll i behandlingen? Ge exempel!
- Upplever du det som att klienten helt ändrat livsstil eller var det främst tillvaron med drogerna som förändrades? Ge exempel!
- Kan man beskriva det som att klienten efterhand tröttnade på drogerna? Ge exempel!
- Finns det något som du önskar att du gjort annorlunda på något vis?

4. Om klientens framtid och omvärld

- Hur tror du att klientens situation är om ett år? Hur sköter han/hon de grundläggande behoven då?
 - Alkohol och narkotika?
 - Boende?
 - Sysselsättning?
 - Försörjning?
 - Sociala kontakter?
- Känner du till några omständigheter utanför behandlingen som varit viktiga i klientens återhämtningsprocess? Ge exempel!

Avslut

- Hur ser du på öppenvården i förhållande till slutenvård? För- och nackdelar. Ge exempel!
- Hur fungerar samarbetet i allmänhet t ex mellan behandlare, på chefsnivå, internt, t ex med övrig socialtjänst, sjukvård, psykvård, frivilligorganisationer?
- Använder du dig av några särskilda metoder i ditt klientarbete? Vilka metoder och i vilka faser av klientarbetet? Ge exempel!
- Hur ser du på att klientens ekonomi och planering/behandling sköts av olika personer?
- fördelar? Ge exempel!
- Nackdelar? Ge exempel!
- Tycker du att klienten är ett gott exempel på behandling vid SBT? Varför då?

Kriterier för goda exempel:

1. Klienten skall ha genomgått behandling vid Södermalms beroendeteam med bra resultat.

a) Vad är ett bra resultat? I vilket behandlingsskede kan man avgöra om ett resultat är bra eller inte? Görs det några prognoser för framtiden? Finns det olika sorters bra resultat? Kan man ha uppnått ett bra resultat inom ett område men inte ett annat? Råder det konsensus bland personalen om vad ett bra resultat innebär? Överensstämmer personalens och klienternas bedömningar av behandlingens resultat?

b) Vad innebär det att genomgå behandling vid SBT? Exkluderar det klienter som lotsas vidare? Inkluderas de som går på flera olika behandlingsprogram, varav SBT

är ett?

2. Klienten skall vara villig att ställa upp för intervju samt ge sitt tillstånd att intervjua personal och att använda den dokumentation som finns hos Södermalms beroendeteam

a) Hur kan klientens anonymitet bevaras gentemot personalen? Är detta ett problem? Det är ett problem om det hindrar klienterna från att tala fritt t ex pga lojalitetskonflikter.

3. Exempelen skall användas för att ge en bild av verksamheten vid SBT.

a) Exempelen bör uppvisa en viss variation t ex avseende kön, ålder, missbrukets varaktighet och preparat, andra problem, framtidsutsikter

Är det något jag missat som du tycker bör komma fram?

Vad tycker du om oss?

ABCDE

SÖDERMALMS BEROENDETEAM



ERSTA & SKÖNDAL HÖGSKOLA

Vad tycker du om oss?

Södermalms beroendeteam vill veta om du får den behandling som du förtjänar. Svaren på frågorna används för att förbättra verksamheten så att alla kan få den behandling de behöver. Svaren sammanställs i tabeller och du är helt anonym när du svarar. Tack för din medverkan.

Det är lätt att komma fram på telefon

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Instämmer helt Instämmer inte alls

Jag har den information jag behöver för min behandling

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Instämmer helt Instämmer inte alls

Jag kan själv påverka behandlingen

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Instämmer helt Instämmer inte alls

Behandlingen är anpassad efter mina behov

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Instämmer helt Instämmer inte alls

Jag är nöjd med behandlingens resultat hittills

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Instämmer helt Instämmer inte alls

Jag får gehör för mina önskemål om behandling

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Instämmer helt Instämmer inte alls

Jag saknar behandling för mina problem

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Instämmer helt Instämmer inte alls

Personalen bemöter mig på ett kompetent sätt

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Instämmer helt Instämmer inte alls

Hur många gånger har du varit hos Södermalms beroendeteam?

0-5 gånger

6-10 gånger

11-20 gånger

mer än 20 gånger

Kön: Man Kvinna

Ålder _____ år

Civilstånd: Ensamstående Gift/ sambo Annat

Sysselsättning: Arbetar heltid Arbetar del- eller halvtid Studerar Ålderspensionär
Sjukpensionär Sjukskriven Annat: _____

Vad sökte du för?

Alkohol

Narkotika

Läkemedel

Anhörigs problem

Annat, nämligen: _____

Har du tidigare sökt för liknande problem?

Nej

Ja, var? _____

91

Senaste halvåret

Senaste året

Längre än ett år sedan

Tack för din medverkan

Bilaga 5: Brukarenkät 2006

ABCDE

SÖDERMALMS BEROENDETEAM



ERSTA & SKÖNDAL HÖGSKOLA

Vad tycker Du om oss?

Vi önskar ha Dina svar för att kunna bli ännu bättre! Kryssa för de rutor som stämmer bäst in på Dig. Läggs sedan enkäten i ett kuvert och klistras igen det. Vårdpersonalen kommer inte att få se hur Du har svarat, utan svaren sammanställs i tabellform och används för kvalitetsförbättring.

Hur många gånger har Du varit på denna mottagning/avdelning under 2005

- 0-5 gånger 6-20 gånger över 20 gånger

Är det lätt att nå oss per telefon?

- lätt
 svårt
 ibland lätt, ibland svårt
 har aldrig ringt hit

Hur blir Du bemött när Du ringer oss?

- vänligt
 likgiltigt
 kyligt
 har aldrig ringt hit

Hur blir Du bemött när Du är här? (flera rutor kan väljas)

- med respekt
 vänligt
 likgiltigt
 kyligt

Tycker Du att personalen verkar kunnig?

- mycket kunnig
 ganska kunnig
 inte så kunnig

Tycker Du att personalen ger Dig all information Du behöver om Din hälsa och behandling?

- ja, helt tillräcklig
 i stort sett tillräcklig
 inte tillräcklig

Tycker Du att det tas rimliga hänsyn till Dina önske mål om behandling?

- ja, jag är nöjd
 jag är i stort sett nöjd
 är missnöjd

Vad anser Du i stort om behandlingen på den här mottagningen/avdelningen?

- är helt nöjd är i stort sett nöjd är missnöjd

Publikationer från enheten för forskning om det civila samhället

Publikationer i urval

- Whitaker, Anna (under utgivning). The body as existential midpoint - the aging and dying body of nursing home residents. I *Journal of Aging Studies*.
- Brandsen Taco, Kendall Jeremy, Nordfeldt Marie and Olsson Lars-Erik (under utgivning). *Third sector policy communities in Europe: a comparison of the UK, The Netherlands and Sweden*.
- Olsson, Lars-Erik, Nordfeldt, Marie, Larsson, Ola och Kendall, Jeremy (under utgivning). Sweden: When strong third sector historical roots meet EU policy processes. I J. Kendall (red.) *Handbook of third sector policy in Europe*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Trägårdh Lars (under utgivning). *Från SSUs folkrörelser till civilsamhälle: Staten och samhället i det moderna Sverige*.
- Forssell, Emilia (under utgivning) . Anhörigomsorg i migrantfamiljer. Integrationsprocesser och kulturalisering. I *Innvandrarskap inom äldreomsorg och -omsorg*, Magnusón, Finnur & Torres, Sandra (red.). Malmö: Gleerups förlag.
- Forssell, Emilia (under utgivning). Vad görs i civilsamhället för ökad integration? Äldre och unga i fokus. I *Innvandrare & Minoriteter*.
- Jegermalm, Magnus och Jeppsson Grassman, Eva (under utgivning). Caregiving and Volunteering among Older People in Sweden – Prevalence and Profiles. *LAging & Social Policy*.
- Olsson Lars-Erik, Nordfeldt, Marie, Larsson Ola, and Kendall, Jeremy (under utgivning). The third sector and the policy process in Sweden - path dependence and opportunity structures. In *Handbook of third sector policy in Europe*. Cheltenham: Edward Elgar (ed.) Kendall.
- Svedberg Lars och Olsson Lars-Erik (under utgivning). Voluntary Organisations and Welfare Provision in Sweden – Voice and Social Service. I Ewers, Adalbert & Zimmer Anette (red) *Third Society Organizations Facing Turbulent Environments: Sports, Culture and Social Services in Germany, Italy, U.K., Poland, and Sweden*. Bremen: Nomos Verlag.
- Whitaker, Anna. (under utgivning). Family involvement in the institutional eldercare context. Towards a new understanding. I *Journal of Aging Studies*.
- Åberg, Pelle (under utgivning). Transnational Translation - Cooperation between Swedish and Estonian Popular Education Organizations. I Wijkström, Filip & Zimmer, Annette (red.) *The Nordic Light Revisited - Scandinavian Civil Society in A New Era*.
- Larsson, Ola (2009) "Folkbildning as Ideology". I Bron Jr, M et al (red.) *The State, the Civil Society and the Citizen. Exploring relationships in the field of adult education in Europe*, Peter Lang Verlag.
- Lundåsen Susanne och Thorleif Pettersson (2009). Att mäta tillit: teori och metodproblem. I Lars Trägårdh (red). *Tilliten i det moderna Sverige. Den dumme svensken och andra mysterier*. Stockholm: SNS förlag.
- Pettersson Thorleif och Susanne Lundåsen (2009): Tillit, medborgaranda och kommunpolitik. I Lars Trägårdh (red). *Tilliten i det moderna Sverige. Den dumme svensken och andra mysterier*. Stockholm: SNS förlag.
- Segnestam Larsson Ola (2009). Folkbildning as Ideology. I Bron Jr. M et al (red). *The State, the Civil Society and the Citizen. Exploring relationships in the field of adult education in Europe*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.

- Svedberg Lars och von Essen, Johan (2009). Om självförverkligande och samhällsnytta – forskning kring det ideella arbetet. I Sjökvist, Inger (red). *Det ger mig så mycket. 28 röster om ideellt arbete*. Stockholm: Liv i Sverige.
- Trägårdh Lars (2009) (red). *Tilliten i det moderna Sverige. Den dumme svensken och andra mysterier*. Stockholm: SNS förlag.
- Trägårdh Lars (2009). Den dumme svensken och allemansrättens magi. I Lars Trägårdh (red). *Tilliten i det moderna Sverige. Den dumme svensken och andra mysterier*. Stockholm: SNS förlag.
- Whitaker, Anna (2009). *Åldrande, död och anhörigskap inom äldreomsorgen*. Malmö: Gleerups förlag.
- Börjeson, Bengt (2008). *Förstå socialt arbete – en grundbok*. Stockholm: Liber.
- Engel Charlotte. (2008) Diakoni – för vilka och varför? Ett kyrkans dilemma, I E. Blennberger & M.J. Hansson (red.) *Diakoni. Historik, ideologi och praktik*. Stockholm: Verbum förlag.
- Gullberg, Eva och Waltersson Kent (2008). Ungdomar – hot eller löfte? I *Konsten att bry sig om. Föreningslivets betydelse för unga, kommunerna och staten. Ungdomsstyrelsens skrifter 2008:7*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Jegermalm, Magnus (2008). *Informal Care and Support for Carers: The Case of Sweden*. Saarbrücken: VDM Verlag.
- Jegermalm, Magnus, & Jeppsson Grassman, Eva (2008). Patterns of Informal Help and Caregiving in Sweden: a 13-year Perspective. I *Social Policy and Administration*.
- Jegermalm, Magnus, & Henning, Cecilia (2008). Older People as Informal Caregivers in Sweden – Patterns of Support Among Caregivers and Care Recipients. I *Journal of Aging & Social Policy*.
- Karlsson, Magnus (2008). *Arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykiska funktionsbinder*. Lund: Studentlitteratur.
- Kassman, Anders (2008). Främjande ungdomsverksamhet i civilsamhälle, staten och kommunerna. I *Konsten att bry sig om. Föreningslivets betydelse för unga, kommunerna och staten. Ungdomsstyrelsens skrifter 2008:7*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Larsson, Jan (2008). *Folkhemmet och det europeiska huset. Svensk välfärdsstat i omvandling*. Stockholm: Hjalmarsson & Högberg Bokförlag.
- Olsson, Lars-Erik och Nordfeldt, Marie (2008). Homelessness and the Tertiary Welfare System in Sweden - The Role of the Welfare State and Non-profit Sector. I *European Journal of Homelessness*. Volume 2, December 2008.
- Olsson, Lars-Erik (2008). Civila samhället och utsatta medborgare; exemplet hemlöshet. I *Socialmedicinsk tidskrift* nr 1/2008.
- Olsson, Lars-Erik (2008). *Frivilligt arbete bland äldre och hälsa - Medborgarundersökning 2005*. Vårdalsstiftelsen.
- Svedberg, Lars och Trägårdh Lars (2008). Det civila samhället, ungdomarna och välfärden. I *Konsten att bry sig om. Föreningslivets betydelse för unga, kommunerna och staten. Ungdomsstyrelsens skrifter 2008:7*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Trägårdh Lars (2008). Det civila samhällets karriär som vetenskapligt och politiskt begrepp i Sverige. I *Tidskrift för samhällsforskning* nr 4.
- Pestoff, Victor (2008). *A Democratic Architecture for the Welfare State. Promoting citizen participation, the third sector and co-production*. London & New York: Routledge.
- Pestoff, Victor & Taco Brandsen (red) (2008). *Co-production. The Third Sector and the Delivery of Public Services*. London & New York: Routledge.
- Brandsen, Taco & Victor Pestoff (2008). Co-production. The Third Sector and the Delivery of Public Services. An Introduction. I *Co-production. The Third Sector and the Delivery of Public Services*; V. Pestoff & Brandsen, T. (red). London & New York: Routledge.

- Pestoff, Victor (2008). Citizens and Co-production of Welfare Services: Childcare in eight European countries. I *Co-production. The Third Sector and the Delivery of Public Services*; V. Pestoff & Brandsen, T. (red). London & New York: Routledge.
- Pestoff, Victor, S. Osborne, & T. Brandsen (2008). Patterns of Co-production in Public Services: Some concluding thoughts. I *Co-production. The Third Sector and the Delivery of Public Services*; V. Pestoff & Brandsen, T. (red). London & New York: Routledge.
- Pestoff, Victor (2008). Co-production, the third sector and functional representation in Sweden. I *The Third Sector in Europe. Prospects and challenges*, Osborne, S. (red). London & New York: Routledge.
- Pestoff, Victor (2008). Democratic Governance: Co-Production, the Third Sector and Citizen Participation in the Provision of Social Services, *Good Governance Quarterly*.
- Pestoff, Victor (2008). *Democratizing Medical and Health Care – the Japanese Example, solicited by the Institute of Nonprofit Health Care Cooperation*. INHCC Review: Nagano: Japan.
- Pettersson, Thorleif (2008). Religious commitment and socio-political orientations. Different patterns of compartmentalisation Among Muslims and Christians. I J Haynes (red), *The Handbook of Religion and Politics*, (ed) Jeff Haynes, London: Routledge.
- Pettersson, Thorleif (2008). Changing Swedish Civic Orientations: From solidarity to Activism. I T Pettersson & Y Esmer (red) *Changing Values, Persisting Cultures*. Leiden: Brill
- Pettersson, Thorleif (2008). *Unga sjunga med de gamla. En jämförande analys av grundläggande värderingar och uppfattningar om demokrati och politik bland blivande vuxna från 24 länder*. Rapport 08-53, SKB AB, Stockholm.
- Whitaker, Anna (2008) Anhörigskap och anhörigstöd i särskilt boende. *Fokus på anhöriga*, nr 7. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreheten.
- Börjeson Martin och von Essen Johan (2007). *Det sociala ledarskapet*. FoU-rapport 2007:3. Riksidrottsförbundet.
- Jeppsson Grassman Eva och Svedberg Lars (2007). Civic Participation in the Welfare State: Patterns in Contemporary Sweden. I Trägårdh Lars (red.) *State and Civil Society in Northern Europe: The Swedish Model Reconsidered*. New York: Berghahn Books.
- Johansson Göran (2007). *Annars får man inte vara med. Missbrukarvård och kulturens täckelse – exemplet romer*. Forskningsrapport nr 1 2007. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.
- Kassman Anders (2007). Mottagningen av sökande till Enheten för hemlösa i Stockholm. I Cecilia Löfstrand och Marie Nordfeldt (red.) *Bostadslös! Lokalpolitik och praktik*. Malmö: Gleerups förlag.
- Kassman Anders och Eva Franzén (2007). Unga vuxna utanför både skola och arbetsliv - nya etableringsmönster eller början till social utslagning? I *Agoras årsbok*. Stockholm: Agora.
- Kassman Anders och Eva Franzén (2007). Unga vuxna utan känd sysselsättning - Är det ett problem? I Jonas Olofsson (red.) *Utbildningsvägen - vart leder den? Om ungdomar, yrkesutbildning och försörjning*. Stockholm: SNS förlag.
- Knutagård Marcus och Nordfeldt Marie (2007). Natthärbärgat som vandrande lösning. I *Sociologisk forskning* nr 4 2007.
- Löfstrand Cecilia och Nordfeldt Marie (red.) (2007). *Bostadslös! Lokalpolitik och praktik*. Malmö: Gleerups förlag.
- Olsson, L-E (2007). *Frivilligt arbete inom idrotten. Möjlighet och ofrånkomlighet*. Riksidrottsförbundet 2007:4. Stockholm.
- Olsson L-E, (2007). Kristna organisationer och hemlöshet - relik eller nisch i det generella välfärdssystemet. I *Bostadslös! Lokalpolitik och praktik*. Löfstrand & Nordfeldt (red.). Malmö: Gleerups förlag.
- Svedberg, Lars och Trägårdh Lars (2007). Ungdomar, civilsamhälle och välfärd. I *Fokus 07*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

- Trägårdh Lars (red.) (2007). *State and Civil Society in Northern Europe: The Swedish Model Reconsidered*. New York: Berghahn Books.
- Trägårdh Lars (2007). The 'Civil Society' Debate in Sweden: The Welfare State Challenged. I Lars Trägårdh (red.), *State and Civil Society in Northern Europe: The Swedish Model Reconsidered*, London and New York: Berghahn Books.
- Åberg, Pelle (2007). (Re-)Building Adult Education through Transnational Cooperation. I Vieira de Castro, Rui - Guimarães, Paula - Bron Jr, Michal - Martin, Ian - Oliveira, Raquel (reds.) *Changing Relationships between the State, the Civil Society and the Citizen: Implications for Adult Education and Adult Learning*. Braga: Unit for Adult Education, University of Minho.
- Berggren Henrik och Trägårdh Lars (2006). *Är svensken människa? Gemenskap och oberoende i det moderna Sverige*. Stockholm: Norstedt.
- Blennberger Erik (2006). Etik för socialt arbete. I Anna Meeuwisse, Sune Sunesson och Hans Swärd(red.) *Socialt arbete – en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Börjeson Bengt (2006). Socialarbetaren och kunskapsneurosen. I Björn Blom, Stefan Morén och Lennart Nygren (red.) *Kunskap i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Börjeson Bengt, Börjeson Martin och Svedberg Lars (2006). Att utveckla kunskapen i socialt arbete genom att återigen sätta praktiken i centrum. I Anna Meeuwisse, Sune Sunesson och Hans Swärd (red.) *Socialt arbete – en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Christiansson Elisabeth (2006). *Kyrklig och social reform. Motiveringar till diakoni 1845-1965*. Stockholm: Artos & Norma.
- Forssell Emilia, Olsson Lars-Erik och Grosse Julia, (2006). *Välfärdens offentliga organisering och utsatta medborgare. En kunskapsgenomgång och empirisk studie av medborgares erfarenheter av välfärdsorganisationers inriktning och praktiska utformning*. SOU.
- Habermann Ulla, Ottesen Laila, Pfister Gertrud & Skristad Berit (2006): *Det loser sig selv (?) - om idræt og kvindeligt lederskab*. I Idrætshistorisk Årbog 2005. Institut for Idræt, Københavns Universitet.
- Jegermalm, Magnus (2006). Informal care in Sweden: a typology of care and caregivers. *International Journal of Social Welfare*. Volym 15, nr 4, sid. 332-343.
- Karlsson Magnus (2006). *Självhjälpsgrupper – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundåsen, Susanne (2006). Föreningars betydelse för valdeltagande. I Svedberg, Lars & Trägårdh, Lars, *Det civila samhället som forskningsfält*. Stockholm: Riksbankens Jubileumsfond/Gidlunds.
- Nordfeldt Marie och Olsson Lars-Erik (2006) Trösklar och gränshinder på bostadsmarknaden. I Paulina de los Reyes (red.) *Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet*, SOU 2006:37.
- Olsson Lars-Erik och Svedberg Lars (2006). Det ideella engagemanget i Sverige. I *Samhället är större än staten*. Stockholm: Forum för Frivilligt Socialt Arbete.
- Svedberg Lars (2006). Mer omfattande insatser än någonsin. I *Svensk kyrkotidning*, nr 5-6.
- Svedberg Lars och Vamstad Johan (2006). The civil society and the provision of welfare – ideological visions and social realities. I Aila-Leena Matthies (ed.) *Nordic civic society organisations and future of welfare services - A model for Europe?* Nordic Research Council. Tema Nord 2006. Köpenhamn.
- Svedberg Lars & Lars Trägårdh (red.) (2006). *Det civila samhället som forskningsfält. Nya avhandlingar i ett nytt sekel*. Riksbankens Jubileumsfond i samarbete med Gidlunds förlag.
- Svedberg Lars & Lars Trägårdh (red.) (2006). Introduktion. I *Det civila samhället som forskningsfält. Nya avhandlingar i ett nytt sekel*. Riksbankens Jubileumsfond i samarbete med Gidlunds förlag.
- Trägårdh Lars (2006). "Staten och samhället: Från SSUs folkrörelser till Timbros civilsamhälle" i Håkan A. Bengtsson (red) *I rörelse. Folkrörelse och demokratin*. Stockholm: Atlas.

- Blennerger Erik (2005). Offentlig och ideell sektor - partners för ett gott samhälle. I *Gatljus*, nr 3, sid. 8-10.
- Blennerger Erik (2005). *Etik i socialpolitik och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Franzén Eva M. och Kassman Anders (2005). Longer-term Labour-market Consequences of Economic Inactivity during Young Adulthood: A Swedish National Cohort study i *Journal of Youth Studies*. Volym 8, nr 4, sid. 403-424.
- Habermann Ulla, Ottesen Laila & Skristad Berit (2005): It will solve itself(?) - on the attitudes of Scandinavian sports managers towards equal opportunities. I Annette R. Hofmann & Else Trangbæk (ed.): *International Perspectives on Sporting Women in Past and Present*. Institut for Idræt, Københavns Universitet.
- Johansson Göran (2005). *Påverkan eller total förändring? Kritik av en förhållning med avstamp i ett program mot missbruk och kriminalitet*. Statens institutionsstyrelsens forskningsråd.
- Kassman, Anders & Eva Franzén (2005). Longer-term Labour-market Consequences of Economic Inactivity. I *Journal of Youth Studies* vol 8, no 4, s 403-424.
- Lundåsen, Susanne (2005). *Frivilliga insatser och hälsa*. Statens Folkhälsoinstitut.
- Olsson L-E, Svedberg L och Jeppsson Grassman E, (2005). *Medborgarnas insatser och engagemang i civilsamhället*. Regeringskansliet, Justitiedepartementet.
- Svedberg Lars (2005). Några karaktäristika och utvecklingsdrag för frivilligt socialt arbete. I *Socialstyrelsen och den sociala ideella sektorn*. Socialstyrelsen.
- Svedberg Lars (2005). Det civila samhället och välfärden. I Erik Amnå (red.) *Civilsamhället - några forskningsfrågor*. Hedemora: Riksbankens Jubileumsfond och Gidlunds förlag.
- Will C, Crowhurst I, Larsson O, Olsson L-E and Nordfeldt M, (2005). The challenges of translation: the Convention and debates on the future of Europe from the European third sectors. *Third Sector European Policy Working Paper, no 12. London, London School of Economics and Political science*.
- Börjeson Bengt (2004). Från Skås försök. En diskussion om relationen kunskap och social praktik. I: *Perspektiv på kunskapsutveckling inom socialtjänsten*. Socialstyrelsen.
- Börjeson Bengt (2004). A Breakthrough for a New Way of Thinking and Acting - the Development of Child Welfare and Childcare in the Republic of Belarus. I Sven Trygged (red): *Orphaned Children in Belarus*. Institutionen för socialt arbete, Stockholms Universitet.
- Börjeson Bengt (2004). Freud och Sartre. Steg på väg mot tystnaden. I: Staffan Selander(red): *Text och tolkning*. Göteborg: Daidalos förlag.
- Börjeson Bengt (2004). Skolan i samhället – om strukturer av social exkludering I: *För oss tillsammans - Om utbildning och utvecklingsstörning*. SOU 2004:98.
- Hammare Ulf (2004). *Kompetens i de sociala professionerna - en pilotstudie*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Holmberg Carin och Enander Viveka (2004). *Varför går hon? - Om våldsutsatta kvinnors uppbrottsprocesser*. Ystad: Kabusa Böcker.
- Jegermalm Magnus (2004). Informal care and support for carers in Sweden: patterns of service receipt among informal caregivers and care recipients. I *European Journal of Social Work*. Volym 7, nr 1, sid. 7-24.
- Karlsson Magnus (2004). Rehabiliterings- och självhjälpsinsatser för och av personer med psykisk sjukdom – En kvalitativ studie av Fountain House i Stockholm. I *Socialmedicinsk tidskrift*, nr 4, sid. 370-379.
- Karlsson Magnus (2004). Klubbhus - övergångsanställning vid ett klubbhus, möjlig rehabiliterande insats för personer med psykisk sjukdom? I *Svensk rehabilitering*, nr 4, sid. 370-379.
- Blennerger Erik (2003). Etik för politik – med äldrepolitik som exempel. I *SOU 2003:91, bil A. Äldrepolitik för framtiden*.

- Cederlöf Siv-Britt (2003). *Att arbeta med patriarkala familjer*. Kommunförbundet Stockholms län.
- Hammare Ulf och Stenbacka Susan (2003). *Socialt inriktade organisationer som arbetar mot missbruk - vilka är de, vad gör de och vad vet forskarna?* Socialstyrelsen.
- Holmberg Carin och Bender Christine (2003). *Det är något speciellt i den här frågan” – Om det lokalpolitiska samtalet om mäns våld mot kvinnor*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- Jeppsson Grassman Eva (red.) (2003). *Anhörighetens uttrycksformer*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundström Tommy och Svedberg Lars (2003). The Voluntary Sector in a Social Democratic Welfare State - The Case of Sweden. I *Journal of Social Policy*, årgång 32, nr 2.
- Svedberg Lars (2003). Att vara sårbar och få en marginell ställning. I Eva Jeppsson Grassman m fl *Att drabbas och att forma sitt liv*. Lund: Studentlitteratur.
- Svedberg Lars och Jeppsson Grassman Eva (2003). Frivilligt socialt arbete i Sverige. Vad vet vi efter 10 års forskning. I *Jubileumsskrift 2003, Forum för frivilligt socialt arbete*.
- Jegermalm Magnus (2002). Direct and Indirect Support for Carers. Patterns of Support for Informal Caregivers to Elderly People in Sweden. I *Journal of Gerontological Social Work*, volym 38, nr 4, sid. 67-84.
- Jeppsson Grassman Eva och Svedberg Lars (2002). Frivilligt socialt arbete i Sverige. Betydelsefullt men löser inte välfärdens dilemma. I *Sociologen* nr 4, sid.1-5.
- Johansson Göran (2002). *Bete sig normalt – positioner, perspektiv och problem i den vuxna familjehemsvården*. Statens institutionsstyrelses forskningsråd.
- Karlsson Magnus, Jeppsson Grassman Eva och Hansson Jan-Håkan (2002). Self-help Groups in the Welfare State: Treatment Program or Voluntary Action? I *Nonprofit Management and Leadership*, volym 13, nr 2, sid. 155-167.
- Nordfeldt Marie och Söderholm Johan (2002). *Frivilligorganisationer som uppdragstagare. Vad betyder det för brukarna?* Socialstyrelsen.
- Hammare Ulf och Lundström Tommy (2001). *Socialt inriktade barn- och ungdomsorganisationer. En kunskapsöversikt*. Socialstyrelsen.
- Svedberg Lars och Jeppsson Grassman Eva (2001). Frivilliga insatser i svensk välfärd – med utblickar mot de nordiska grannländerna. I Bjarne Ibsen och Lars Skov Henriksen (red.): *Antologi om frivilligt arbejde*. Odense: Odense universitetsforlag.
- Svedberg Lars (2001). Spelar ideella och informella insatser någon roll för svensk välfärd? I Marta Szebehely (red.) SOU 2001:52. *Välfärdstjänster i omvandling*. Forskarantologi från Kommittén Välfärdsbokslut.
- Johansson Göran (2000). *Tvång och tillit. LVM-vård som kulturell ingenjörskonst – exemplet Hornö*. Stockholm: Statens institutionsstyrelses forskningsråd.
- Blennberger Erik, Hansson Mats J., Stål Rolf (1999). *Diakoni – teologi, ideologi, praxis*. Tro & Tanke 1999:2. Uppsala: Svenska kyrkans forskningsråd.
- Jeppsson Grassman Eva och Svedberg Lars (1999). Medborgarskapets gestaltningar – insatser i och utanför föreningslivet. I Erik Amnå (red.) SOU 1999:84. *Civilsambället. Demokratiutredningens forskarvolym nr. 8*.
- Whitaker Anna (1999). *I livets slutskede: Frivilligsamverkan i vården*. Socialstyrelsen.
- Holmberg Carin och Bender Christine (1998). *Våld mot kvinnor – män i kris*. SoS-rapport 1998:6. Stockholm: Fritzes förlag.
- Johansson Göran (1998). *Måttligt eller meningsfullt*. Folkhälsoinstitutet.
- Lundström Tommy och Svedberg Lars (1998). Svensk frivillighet i internationell belysning – en inledning. I *Socialvetenskaplig Tidskrift*, årgång 5, nr 2-3.
- Svedberg Lars (1998). *Marginella positioner – kritisk granskning av begrepp, teori och empiri*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum.

- Lundström Tommy och Wijkström Filip (1997). Defining the Nonprofit Sector: Sweden. I Salomon M Lester och Anheier K Helmut (ed). *Defining the Nonprofit Sector. A Cross-national analysis*. Manchester: Manchester University Press.
- Lundström Tommy och Wijkström Filip (1997). *The Nonprofit Sector in Sweden*. Manchester: Manchester University Press.
- Blennerger Erik och Svedberg Lars (1996). Frivilligt socialt arbete i Sverige - en översikt. I *Frivilligt välfärdsarbete och offentlig ansvar*. Göteborg: NOPUS.
- Jeppsson Grassman Eva och Svedberg Lars (1996). Voluntary Action in a Scandinavian Welfare Context: the Case of Sweden. I *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, årgång 25, nr 4.
- Gunnarsson Evy (1996). *Forum 50+ - en organisation i tiden*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Svedberg Lars (1996). Introduktion till svensk frivillighet - ideologi och verksamhet. I *Tro och tanke*. Svenska Kyrkans forskningsråd 1996:7.
- Svedberg Lars (1996). Frivillighet som ideologiskt slagträ och faktisk verksamhet. I *Ojämligheten från vaggan till graven - på väg in i 2/3-sambället*. FKF Fakta.
- Jeppsson Grassman Eva och Svedberg Lars (1995). Frivilligt socialt arbete i Sverige - både mer och mindre. I Erik Amnå (red.) *Medmänsklighet att hyra? Åtta forskare om ideell verksamhet*. Örebro: Libris.
- Lundström Tommy (1995). Staten och det frivilliga sociala arbetet i Sverige. I Kurt Klaudi Klausen & Per Selle (red.) *Frivillig organisering i Norden*. Oslo: Tano.
- Lundström Tommy (1995). Frivilligt socialt arbete under omprövning. I *Socialvetenskaplig Tidskrift*, årgång 2, nr 1.
- Svedberg Lars (1995). *Marginalitet. Ett socialt dilemma*. Lund: Studentlitteratur.
- SOU 1993:82. *Frivilligt socialt arbete i Sverige. Kartläggning och kunskapsöversikt*. Svedberg Lars, Blennerger Erik, Isaksson Kerstin, Jeppsson Grassman Eva, Qvarsell Roger.

Skrift- och bokserie i urval

- Johansson, Göran (2009). *Ett nådens tillstånd. Samtal om tillit med andliga ledare i Katrineholm*. Stockholm: Ersta Sköndal högskola/Fritzes förlag.
- Johansson, Göran (2009). *Den måste finnas. Anteckningar om grundläggande tillit*. Stockholm: Ersta Sköndal högskola/Fritzes förlag.
26. Engel Charlotte (2006). *Svenska kyrkans sociala arbete - för vem och varför? En religionssociologisk studie av ett diakonalt dilemma*.
25. Johansson Göran (2005). *Särilaregnets tid. Fragment och bilder från Betania - pingstförsamling i och ur tiden*.
24. Karlsson Magnus, Borkman Thomasina, Munn-Giddings Carol och Smith Lesley (2005). *Self-help Organizations for Mental Health - a Cross-National Study*.
23. Blennerger Erik, Habermann Ulla och Jeppsson Grassman Eva (2004). *Genus och civilt sambälle*.
22. Lundström Tommy (2004). *Teorier om frivilligt socialt arbete. En diskussion om forskningens läge och organisationernas framtid*.
21. Johansson Göran (2003). *Att räcka varandra handen. Mångsidig, entydig, kontinuerlig - narkotikaprevention i norra Örebro län*.

Arbetsrapportserie i urval

63. Engel, Charlotte (2009). *Ett halleluja-moment? En empirisk studie av förväntningar inför Fryshusets spridning på tre orter*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
62. Engel, Charlotte (2009). *Ett halleluja-moment? En empirisk studie av förväntningar inför Fryshusandans spridning på tre orter*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
61. Engel, Charlotte (2009). *Från utopi till praktisk handling. En studie av reparativ rättvisa i arbetet med hemlösa på Bostället*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
60. Segnestam Larsson, Ola (2009). *Ideologi och de ideella organisationerna. En förstudie av ideologibegreppet i svensk forskning och praktik*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
59. Engel, Charlotte (2009). *Hemlöshet - många ansikten mångas ansvar? En uppföljande studie av ansökningar om utvecklingsmedel för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
58. Gullberg Eva, Kassman Anders och Waltersson Kent (2009). *Ungdomar, civilsamhälle och stat. En undersökning om historiska relationer och en studie av samtida teorier om främjande ungdomsarbete*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
57. Sandén, Annika (2009). *Stiftelsen Kronprinsessan Margaretas Minnesfond - 90 år av stöd till frivillig social hjälpverksamhet*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
55. Engel, Charlotte (2008). *Mind the Gap! En empirisk studie av Lugna gatan i Göteborg och Malmö samt United Sisters i Uppsala*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
54. Nordfeldt Marie (2008). *Ideell sektor och stat som partners i ungdomsarbete. Utvärdering av Equal Outstanding*.
52. Olsson Lars-Erik (2007). *Ett delvis ensamt liv. En studie av människor som inte deltar i föreningslivet*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
51. Olsson Lars-Erik och Blomquist Lena (2007). *Värden som grund. Arbete i en idéburen vård- och omsorgsorganisation*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
49. Grosse Julia (2007). *Nordisk tillitsforskning. En kartläggning och värdering av det vetenskapliga läget*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
46. Habermann Ulla (2007). *Kvinnor på toppen – om kvinnor, idrott och ledarskap*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
43. Grosse Julia (2006). *Volontärprogram riktade till ungdomar. En introduktion till ett nygammalt fenomen*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
39. Olsson Lars-Erik, Svedberg Lars och Jeppsson Grassman Eva (under utgivning). *Medborgarnas insatser och engagemang i civilsamhället - några grundläggande uppgifter från en ny befolkningsstudie*. Elektronisk utgivning på vår hemsida <http://www.esh.se>
38. Grosse Julia (2005). *Nonprofitorganisationer inom vård och omsorg. En explorativ genomgång av kunskapsläget i Sverige, Kanada och Storbritannien*. Elektroniskt utgiven på vår hemsida <http://www.esh.se>

Metodbokserie

4. Karlsson Magnus (2007). *Vänskap och arbete? En dokumentation och utvärdering av Fountain House i Stockholm*.
3. Engel Charlotte (2003). *Se det som är. Diakonal inventering i brytningstid*.
2. Sjöberg Malena (red.) (2001). *Men hur mår Du själv? – Om stöd till dem som vårdar anberöriga*.
1. Norlin Lena och Olsson Lars-Erik (2000). *Partner sökes – Samverkan mellan kommuner och frivilliga organisationer*.

