

Brukarnöjdhet i beroendevården – en studie av patientinflytande, behandlingstilltro och samordnade insatser

Författare: Mats Ekendahl och Patrik Karlsson, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, 2013)

Innehåll

SAMMANFATTNING	3
INLEDNING.....	5
METOD OCH MATERIAL.....	6
RESULTAT.....	9
Respondenterna	9
Komplexa problem och lösningar	11
Att informeras om och förstå externa hjälpaktörer	16
Tilltro till primär hjälpaktör	19
Den trygga beroendemottagningen	22
DISKUSSION	25
Neuropsykiatriska funktionshinder	26
Motivation till förändring	26
Behandlingsallians och samtidiga insatser	27
Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet	28
Etiska problem med samverkan	29
REFERENSER	30
BILAGA 1: Enkät "Samverkan och styrning utifrån effekter för målgruppen – samordnad vårdplan för personer med samsjuklighet"	32
BILAGA 2: Intervjuguide, Radetzky, Alvik, 2013-06-12.....	45

SAMMANFATTNING

Denna rapport beskriver en utvärdering av projektet "Samverkan och styrning utifrån effekter för målgruppen" som startade 2010 som ett samarbete mellan Ekerö kommun, stadsdelsförvaltningarna i Bromma och Kungsholmen, Beroendecentrum Stockholm, Norra Stockholms psykiatri, samt Brommaplans och Tranebergs vårdcentraler. Genom att sträva efter lättillgänglig hjälp och skriftliga överenskommelser kring vilka hjälpaktörer som gör vad i vilket skede (s.k. "samordnad vårdplan") har avsikten med projektet varit att göra det praktiska arbetet med klienter/patienter mer effektivt. Socialtjänstförvaltningen i Stockholms stad beviljade FoU-medel för att dokumentera vad ökad samverkan mellan olika hjälpaktörer kan innebära för enskilda brukare, och skapa en utvärderingsrapport som kan ge information om hur praktiken möjligen kan förbättras. Utvärderingen tar sikte på brukarnas nöjdhet med en av verksamheterna som ingår i samarbetsprojektet (Alviks beroendemottagning), och deras erfarenhet och upplevelser av samordnade och samtidiga insatser inom såväl det sociala som det medicinska området.

Följande frågor utformades av samarbetsprojektets styrgrupp och gav riktning åt utvärderingen: 1) Upplever den enskilde individen att livssituationen har förbättrats? och 2) Har den enskilde individens behov av stöd och hjälp minskat? Undersökningen innehåller enkät (uppgifter insamlade årsskiftet 2012/2013) och forskningsintervjuer (genomförda sommaren 2013). Enkätundersökningen gjordes i syfte att få en bild av brukarnas erfarenhet av samordnade vårdplaner och hur de värderar verksamheten i Alvik. Dessutom studerades vilka problem brukarna själva upplever sig ha, omfattningen på deras alkohol-/narkotikakonsumtion det senaste året samt om de har behov av samordnade insatser från flera vårdgivare.

Urvalet utgörs av 39 brukare med en medelålder på 46 år. Knappt 60 % av dessa var män och de hade i genomsnitt haft kontakt med mottagningen i ca ett år. Kvalitativa forskningsintervjuer gjordes med tio av de personer som besvarade enkäten. Merparten av dessa hade alkoholberoende som huvudsakligt problem och fyra var kvinnor. Intervjuerna kretsade kring ämnen som livssituation, hjälpbehov, erfarenhet av vårdinsatser, olika vårdgivare och brukarinflytande. Då undersökningen bygger på en selekterad grupp av (relativt nöjda och motiverade) patienter på en av beroendemottagningarna inom Stockholms läns landsting ska resultaten tolkas med försiktighet. Hade datainsamlingen skett med en annan verksamhet som utgångspunkt, och hade urvalet av brukare varit representativt, skulle resultaten antagligen sett annorlunda ut. Däremot ger undersökningen en indikation på vad olika typer av hjälp och olika typer av vårdgivare kan betyda i patientgruppens liv.

Det kvantitativa materialet visar att alkoholmissbruk har varit det huvudsakliga besväret för merparten av patienterna den senaste månaden, och en klar majoritet anger att de har behov av hjälp från flera olika vårdgivare. Nästan samtliga patienter i urvalet är nöjda med den hjälp de erbjuds, de anger att kvaliteten är bra och att insatserna de får motsvarar deras behov. Brukarna anser sig dock generellt sett ha en komplex problematik som inte kan lösas enbart genom kontakt med Alviks beroendemottagning. Det kvalitativa materialet visar att brukarna tillmäter diagnostiserade neuropsykiatriska besvär stor vikt. Dessa ses som en förklaring till svårigheter på övriga områden i livet, och särskilt när det gäller bruket av alkohol och narkotika. De tycks vidare uppleva att de måste lösa missbruksproblemen för att överleva eller uppnå en bättre livskvalitet.

Brukarna uttrycker alltså motivation i förhållande till behandling och stödinsatser, och därför också acceptans för att det tar tid att planera och genomföra hjälpen. De betonar dessutom vikten av att det finns någon person i vårdssystemet som de känner och har förtroende för, det kan t.ex. röra sig om en sjuksköterska, en case manager eller en psykolog. I enlighet med forskning om vad som bidrar till goda utfall i terapeutiskt arbete ser vi alltså att brukarna betonar betydelsen av ett gott bemötande från personal och att man lyckas skapa en allians med någon ur denna. Vi ser också att brukare som är nöjda med insatserna de får och som tror att en förändring är möjlig känner förtroende för vårdgivarens expertis och vet vilka roller som de olika parterna förväntas ha i det gemensamma arbetet. En viktig förklaring till brukarnas positiva värdering av Alviks beroendemottagning är att man där tillåts vara både en patient som blir ompysslad och en medborgare med rätt och förmåga att göra egna val. Detta bidrar antagligen till att de upplever begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i relation till sin problematik och lösningen på denna, samt till att resultatet av hjälpinsatserna kan bli framgångsrikt.

En slutsats av utvärderingen är att det antagligen vore fördelaktigt för samtliga parter som är inblandade i denna typ av ärenden om inte bara samverkan utvecklades utan även insatsernas samtidighet. Detta skulle göra att brukarnas ibland flyktiga behandlingsmotivation togs till vara på ett bättre sätt. En annan slutsats är att ökad samverkan mellan olika hjälpaktörer kan öka insatsernas effektivitet, men att det finns etiska problem med att låta detaljerad information om enskilda individer cirkulera mellan myndigheter. För att inte ytterligare spä på den stigmatisering som missbruks-/beroendeproblem kan vara förenad med bör det vara brukaren själv som avgör vilken och hur mycket information som kommer befintliga eller potentiellt inblandade hjälpaktörer till del.

INLEDNING

Under senare år har allt större vikt lagts vid att samhällets hjälp till missbrukare och andra klienter ska vara evidensbaserad, dvs. att dess effektivitet ska vara vetenskapligt dokumenterad (Satterfield et al., 2009). Ett sätt att närma sig detta mål är att genom samverkan öka informationsutbytet mellan olika organisationer och skapa synergieffekter (jfr Bergmark & Lundström, 2005; El Ansari, Phillips & Hammick, 2001; Socialstyrelsen, 2007). Denna grundtanke genomsyrar projektet "Samverkan och styrning utifrån effekter för målgruppen" som startade 2010 som ett samarbete mellan Ekerö kommun, stadsdelsförvaltningarna i Bromma och Kungsholmen, Beroendecentrum Stockholm, Norra Stockholms psykiatri, samt Brommaplans och Tranebergs vårdcentraler. Tanken är att samordnade och samtidiga insatser inom såväl det sociala som det medicinska området ska minimera risken för att klienterna/patienterna "faller mellan stolarna" (dvs. att ingen hjälpaktör axlar ansvaret för lösningen av deras problematik). Genom att sträva efter att erbjuda lättillgänglig hjälp och genom att arbeta med skriftliga överenskommelser kring vilka hjälpaktörer som gör vad i vilket skede (s.k. "samordnad vårdplan") har avsikten varit att effektivisera praktiken.

Sett ur ett vetenskapligt perspektiv förefaller denna ansats rimlig, då just brukarperspektivet, tillsammans med klinisk expertis och aktuellt kunskapsläge har kommit att anses som helt centrala aspekter av s.k. evidensbaserad praktik (Satterfield et al., 2009; Socialstyrelsen, 2009). Denna utveckling, där de som blir föremål för samhällets hjälp betraktas som brukare eller konsumenter med autonomi, rättigheter och inflytande, kan skönjas inom både hälso-/sjukvård och andra välfärdssektorer (Kolind, 2007). När det gäller t ex missbrukarvård har också WHO (2000) starkt betonat vikten av att ta brukarnas perspektiv på allvar för att lägga grunden för och utveckla en effektiv verksamhet. Avseende insatser mot missbruk råder det dock ofta en diskrepans mellan politiska rekommendationer och faktisk praktik avseende i vilken utsträckning brukarnas åsikter lyfts fram och ges inflytande (King, 2011). Detta är särskilt problematiskt då olika grupper av missbrukare (avseende t ex förekomst av samsjuklighet, dvs. fler problem än bara beroende) kan antas ha mycket olika behov av stöd och hjälp för att kunna hantera och lösa sin svåra situation. Det är med andra ord angeläget att söka belysa olika interventioners relevans, potential och effektivitet utifrån brukarnas egna upplevelser och värderingar.

För att möjliggöra en uppföljning av resultaten av ökad samverkan mellan olika hjälpaktörer tillsattes en styrgrupp med representanter för de olika verksamheterna som projektet omfattar. Denna styrgrupp har haft till uppgift att besluta om projektets utformning samt fånga och följa upp

personalens och brukarnas syn på praktiken. Ett led i denna resultatstyrning var att ansöka om FoU-medel från socialtjänstförvaltningen i Stockholms stad. Med dessa medel ville styrgruppen dokumentera dels vad ökad samverkan mellan olika hjälpaktörer kan innebära för enskilda brukare, och dels skapa en utvärderingsrapport som kan ge information om hur praktiken kan förbättras. FoU-medel beviljades och undertecknade (Karlsson och Ekendahl) rekryterades för att genomföra den vetenskapliga uppföljningen. Utvärderingens syfte och mål var från början riktat mot effekter av samverkan både bland brukare, personal och vad gäller resursutnyttjande. Det visade sig dock att begränsade resurser och svårighet för oss forskare att få tillträde till verksamheterna i samverkansprojektet innebar att huvudfokus blev brukarnas upplevelser. Följande frågor utformades av styrgruppen och kom att ge riktning åt utvärderingen: 1) Upplever den enskilde individen att livssituationen har förbättrats? och 2) Har den enskilde individens behov av stöd och hjälp minskat?

Styrgruppen hade också önskemål om en s.k. lärande processutvärdering (där forskare arbetar i dialog med personal, vilken görs aktivt involverad i utvärderingsarbetet). Detta innebar att flera avvägningar och beslut avseende konkreta metodologiska frågor gjordes gemensamt mellan styrgrupp och forskare. Denna process utmynnade i konsensus kring att undersökningen skulle försöka belysa dels vilken reell erfarenhet brukare har av samordning och samarbete mellan olika hjälpaktörer, och dels ge en inblick i hur brukare resonerar kring sin livssituation och vad de behöver för typ av hjälpinsatser. För att kunna rekrytera forskningsdeltagare med erfarenhet av flera olika vårdgivare (avseende medicinska, psykosociala och psykiatriska problem) bestämdes att undersökningen skulle genomföras vid beroendemottagningen i Alvik. Denna verksamhet kommer i kontakt med ett stort antal brukare med s.k. samsjuklighet och man arbetar aktivt för att samordna olika hjälpaktörers insatser. Det bestämdes också att undersökningen skulle ha ett uttalat brukarperspektiv (Kolind 2007) där fokus läggs vid dynamiska variabler, som upplevelser av autonomi, motivation, förändring, rättigheter och valmöjligheter. Denna typ av kunskap har ett värde i sig, men kan i förlängningen också användas för att förstå hur professionella bedömningar och arbetssätt uppfattas på individnivå och hur dessa kan förbättras för att ligga mer i linje med brukarnas behov och önskemål.

METOD OCH MATERIAL

Det är svårt att studera och uttala sig om vad som fungerar och inte fungerar inom det komplexa området samverkan (Bergmark & Lundström, 2005). Undersökningen som presenteras här är inte upplagd på ett sätt som gör det möjligt att dra slutsatser kring vad samordnade vårdplaner har för effekter. För att besvara denna fråga skulle en experimentell design ha behövts, där brukare med

samordnad vårdplan jämförs med en kontrollgrupp utan sådana vårdplaner. Denna typ av design har aldrig kommit ifråga med tanke på utvärderingens snäva resursramar. Vi har istället närmast oss utvärderingens frågeställningar genom att lyfta fram några brukares perspektiv på sin egen livssituation och hur de ser på den hjälp de erbjuds. Undersökningen innehåller enkät och forskningsintervjuer. Förutom Karlsson och Ekendahl har Eva Radetzky bidragit till datainsamlingen i undersökningen. Eva tackas härmed för sin insats i projektet. Forskningen har granskats och godkänts av regional etikprövningsnämnd (diarienummer 2012/1135-31/5).

Enkätundersökningen genomfördes för att få kunskap om brukarnas behov och erfarenhet av samordnade vårdplaner och hur de värderar verksamheten i Alvik. De senare frågorna baseras på instrument som fångar "klientnöjdhet" (som t ex "The Client Satisfaction Questionnaire", Larsen m.fl., 1979), vilka har visat sig användbara inom missbrukarvården (se t ex Perrault m.fl., 2010). Utöver detta fanns önskemål från styrgruppen att i utvärderingen använda de mätinstrument som redan tillämpas i det vardagliga praktiska arbetet. Mot denna bakgrund inkluderades även ett antal frågor om alkohol-/narkotikakonsumtion utifrån instrumenten AUDIT och DUDIT. Slutligen ställdes frågor om vilka problem brukarna själva upplever sig ha och om de uttrycker behov av samordnade insatser från flera hjälpaktörer. Vid utformningen av enkätformuläret anpassades frågorna till målgruppens mångfacetterade vårdbehov (se bilaga 1).

Datainsamlingen gick till så att alla patienter som under perioden nov-dec 2012 kom till Alviks beroendemottagning (och som inte var nybesök) fick frågan om att delta i projektet. Tanken var att genomföra denna baslinjemätning och att sedan följa upp resultatet ca 10 månader senare. Det visade sig dock inte vara ett hållbart upplägg då det var mycket svårt att rekrytera deltagare. Förhoppningen från forskarnas sida var att låta datainsamlingen för baslinjen pågå tills ca ett hundratal patienter hade besvarat enkäten. Såvida detta urval inte blev snedvridet skulle dess storlek möjliggöra att slutsatser kunde dras för patientgruppen som helhet vid Alviks beroendemottagning. Nu visade det sig dock att väldigt få patienter valde att besvara enkäten. Detta trots att datainsamlingsperioden förlängdes till jan 2013, och trots att samtliga som ställde upp fick viss kompensation i form av fika. När personal på beroendemottagningen och Eva Radetzky hade uttömt alla resurser och möjligheter för att öka svarsfrekvensen var den slutgiltiga undersökningsgruppen 39 patienter till antalet. Svårigheten att rekrytera deltagare gjorde att forskarna och styrgruppen bestämde sig för att avstå från att lägga ytterligare resurser på att inhämta uppföljningsdata några månader senare. Det kan konstateras att undersökningsgruppen inte är representativ för brukarna vid Alviks beroendemottagning som helhet. Urvalet är litet, och det är sannolikt att huvudsakligen de

som var nöjda med verksamheten (och som kunde tänka sig att stanna en stund extra för att svara på frågor) är överrepresenterade bland dem som har fyllt i enkäten. Däremot kan deras svarsbild ge en antydning om hur de brukare som på något sätt är nöjda med den hjälp de får, och som tycks vara på väg att hitta en lösning på sina problem, uppfattar behovet och förekomsten av samverkan mellan olika hjälpaktörer.

Kvalitativa, bandinspelade, forskningsintervjuer genomfördes med tio av de personer som hade besvarat den kvantitativa enkäten. För att tillgodose styrgruppens önskemål om information om gruppen yngre patienter med samsjuklighet var strävan att i första hand försöka få med de yngsta deltagarna. Även detta visade sig vara svårt då flera av dessa antingen avböjde fortsatt kontakt med utvärderingsprojektet eller var omöjliga att kontakta för förfrågan om deltagande. De som till slut valde att låta sig intervjuas (i juni-sept 2013, i ett mötesrum på beroendemottagningen) var mellan 30 och 55 år. Fyra var kvinnor och merparten hade alkoholberoende som huvudsakligt problem. Intervjuerna genomfördes av Eva Radetzky och kretsade kring följande teman: Livssituation och behov av hjälp; Erfarenhet av hjälpinsatser; Uppfattning om olika vårdgivare; Eget inflytande över hjälp (se bilaga 2).

Det bör noteras att resultaten nedan ska tolkas med försiktighet. Vi kan redovisa attityder och erfarenheter hos en selekterad grupp av patienter på en av beroendemottagningarna som finns i Stockholms läns landsting. Hade datainsamlingen skett med en annan verksamhet som utgångspunkt, och hade det funnits större möjlighet att skaffa ett representativt urval av brukare hade resultaten antagligen sett annorlunda ut. Däremot kan det kvantitativa, och särskilt det kvalitativa materialet, ge en indikation på vad olika hjälpaktörer kan betyda i patientgruppens liv och hur dessa kan utvecklas för att bättre möta befintliga behov.

RESULTAT

Respondenterna

Tabell 1. Bakgrundskaraktäristika, antal och procent (n=36-39)

	Antal	Procent
<i>Kön</i>		
Kvinna	15	41
Man	22	59
<i>Boendesituation</i>		
Egen bostad	26	67
Andrahand	5	13
Hos andra	3	8
Försöks-/träninglägenhet	2	5
Inst./kategorihus/familjevård	2	5
Bostadslös	1	3
<i>Hushållssammansättning</i>		
Bor ensam	24	62
Bor med partner och barn	1	3
Bor med partner	6	15
Bor med föräldrar	3	8
Bor med vänner	2	5
<i>Sysselsättning</i>		
Arbete	7	18
Studier	1	3
Pension	6	15
Sjukskriven	12	31
Arbetslös	12	31
Annat	1	3

Som framgår av tabell 1 är det 39 patienter som har besvarat enkäten. Dessa har en medelålder på 46 år (SD 13). Knappt 60 % är män och studiedeltagarna har i genomsnitt haft kontakt med Alviks beroendemottagning i 23 månader (visas ej i tabell 1). Det bör dock noteras att spridningen kring medelvärde är stort, vilket till stor del förklaras av ett fåtal (3 st.) uppger att de haft kontakt med mottagningen i hela 180 månader. Om dessa personer räknas bort blir snittkontakten med beroendemottagningen ca 10 månader, en avsevärt kortare tid. Materialet är uppenbarligen litet. Trots detta visar sig bakgrundsdata för enkätgruppen åtminstone likna 2012 års patientstock på beroendemottagningen. I den var ca 75 % män, en stor andel befann sig i åldersspannet 45-59 år och den genomsnittliga kontakttiden med mottagningen var ca 4 mån (pers. komm., sektionschef Gun Adnell, 2014). Ser man till enkätgruppens sociala situation visar tabell 1 att över hälften lever ensamma, utan partner och/eller barn. De flesta har också egen lägenhet (67 %). Dock är det endast en liten andel som har arbete. Merparten är sjukskrivna, arbetslösa eller pensionärer.

I det följande redovisar vi nyckelinformation om de tio personer som även ställde upp på att bli intervjuade. Vi har gett dem fiktiva namn och anger bara på ett ungefär vilken ålder de är i. Personlig information som framkom under intervjuerna och som gör att enskilda individer skulle kunna identifieras har tagits bort eller ändrats i resultatredovisningen nedan.

Fiktivt namn, löpnr	Ca ålder	Missbruk	Kännetecken	Behöver hjälp från flera	Finns samarbete	Alvik kommer lösa problem
Robert, nr 47	35 år	Tidigare omfattande blandmissbruk	Börjar få stabilitet i livet genom substitution (subutex)	Ja	Ja	Ja
Karl, nr 32	45 år	Narkotikamissbruk och kraftig marginalisering	Att komma igång med arbete är det viktigaste just nu	Ja	Ja	Vet ej
Albin, nr 26	30 år	Alkoholmissbruk och cannabis	Socialt stabil och har insett att det tar lång tid att lösa problem	Ja	Ja	Ja
Edvin, nr 50	55 år	Alkoholmissbruk	Arbetslös, orolig för ekonomi	Ja	Ja	Nej
Fredrik, nr 84	55 år	Alkohol- och tablettmissbruk	Socialbidrag, vill komma igång med fysisk träning	Ja	Ja	Ja
Peter, nr 35	50 år	Alkohol- och tablettmissbruk	Omfattande somatisk problematik.	Ja	Ja	Vet ej
Rebecka, nr 41	45 år	Alkoholmissbruk	Socialt stabil. Har slutat missbruka och äter antabus. Mycket kort intervju	Ja	Ja	Ja
Eva, nr 67	30 år	Alkoholmissbruk	Socialt stabil och behöver antabus som stöd för att låta bli alkohol	Ja	Vet ej	Ja
Maria, nr 27	45 år	Alkoholmissbruk	Socialt stabil. Har slutat missbruka och äter antabus.	Ja	Ja	Ja
Elisabet, nr 40	55 år	Alkoholmissbruk	Socialt stabil men omfattande somatisk problematik	Ja	Ja	Vet ej

Komplexa problem och lösningar

Tabell 2. Upplevelser av olika typer av problem. Antal och procent som anger att de har haft besvär med följande livsområden de senaste 30 dagarna (svarsalternativen litet, måttligt, påtagligt eller stort problem). (n=37-38)

	Antal	Procent
Problem med alkohol	24	65
Problem med narkotika	4	11
Problem med fysisk hälsa	28	74
Problem med psykisk hälsa	31	82
Rättsliga problem eller problem med brottslighet	6	16
Problem med arbete eller arbetslöshet	21	55
Problem med familj och umgänge	20	54

Som framgår av tabell 2 är det, när det gäller missbruk, alkohol som har varit det huvudsakliga besväret för merparten av patienterna den senaste månaden. Endast tio procent svarar att de har haft besvär med narkotika. Anledningen till att inte alla har svarat att de i dagsläget har omfattande missbruksproblem har att göra med att vissa har kommit långt i en rehabiliteringsprocess och kanske har varit nyktra/drogrfria senaste månaden. Ser man till övriga problemområden är det tydligt att respondentgruppen uppfattar sig ha besvär med sin fysiska (74 %) och psykiska (82 %) hälsa.

Däremot är det endast en liten andel som har rättsliga problem (16 %), vilket kan hänga samman med den låga förekomsten av narkotikaproblem. Av tabell 2 framgår också att ca hälften anger att de har arbetsrelaterade respektive familjerelaterade besvär. Sammantaget visar detta att problemen är kopplade till alkohol samt fysisk och psykisk hälsa. Med tanke på hur omfattande social problematik som brukar rapporteras i undersökningar av personer som söker hjälp för missbruksproblem inom sjukvård eller socialtjänst (Storbjörk, 2006) kan vi konstatera att den här studerade gruppen inte kan anses vara representativ när det gäller omfattningen på sociala problem.

Tabell 3. Förekomst av olika diagnoser. Antal och procent (n=36)

	Antal	Procent
Beroendediagnos	30	83
Psykiatrisk diagnos	13	36
Neuropsykiatrisk diagnos	10	28

Tabell 4. Antal diagnoser. Antal och procent (n=36)

	Antal	Procent
Inga diagnoser	2	6
En diagnos	18	50
Två diagnoser	13	36
Tre diagnoser	3	8

När det gäller förekomst av diagnoser visar tabell 3 att ca 80 procent rapporterar förekomst av en beroendediagnos (t ex alkoholberoende). Däremot har en avsevärt mindre andel en psykiatrisk diagnos (36 %, t ex depression) eller neuropsykiatrisk diagnos (28 %, t ex ADHD). Här bör dock noteras att flera respondenter gjorde en skriftlig kommentar till denna fråga och angav att de var osäkra på exakt vilka diagnoser de hade, eller att de i dagsläget höll på eller skulle börja utreda förekomsten av neuropsykiatrisk diagnos. Tabell 4 visar att 44 procent rapporterade att de har två eller flera diagnoser, en siffra som alltså torde vara i underkant.

Kopplar man dessa enkätuppgifter till det som sades under intervjuerna kan man konstatera att patientgruppen har haft avsevärda missbruksproblem, men att patienterna idag är motiverade och (i många fall) på väg att lösa dem. Till skillnad mot tidigare har de fått kontakt med en hjälpaktör (Alviks beroendemottagning) som kan stödja i det konstanta arbetet med att upprätthålla nykterheten/drogfriheten. Brukarna beskriver alltså det nyktra livet som en kamp, vilken dock kan övervinnas genom de samtal och de mediciner som mottagningen erbjuder. En central tanke är också att missbruket uppfattas vara en del av en vidare fysisk eller psykisk problematik som har eller ska diagnostiseras; att man har ett neuropsykiatriskt funktionshinder och att medicin eller behandling för detta kan medverka till att även missbruksrelaterade problem blir avhjälpta. Det tycks i många fall också finnas ett problem som uppfattas vara i stort sett olösligt (t ex ekonomiska, sysselsättning, somatiska) och som resulterar i mycket oro och obehag. Denna problematik aktualiserar vikten av samverkan mellan olika hjälpaktörer (t ex socialtjänst, psykiatri, primärvård, arbetsförmedling), men exemplifierar också att denna kan vara svår att få till stånd eller att den fungerar bristfälligt. Ett ytterligare centralt tema i intervjuerna är hur svårt det är att leva som missbrukare, att det är relaterat till mycket skuld, skam och stigma.

IP: Om det går att genomföra...ja, det är det vi luskar i här nu. Men det tror jag nog. Det tror jag. (I: Och hur?) Ja, hur...jag får ju hjälp här. Jag går ju här en gång i veckan och blåser, med urinprov och tar antabus. Och sen ska jag påbörja en psykiatrisk utredning. ADHD-utredning, eller vad det är. Och sen ska jag gå hos en terapeut som ska lära mig att sova... det låter ju lite knäppt. (I: Är det beslutat idag, när du har varit hos...?) Det har varit beslutat en gång tidigare, men då försvann jag. Jag hann aldrig påbörja det där. Så NU ska jag påbörja det. Den första september. (I: Hur känner du för det?) Det tycker jag ska bli bra (I: Är du mer inne att det passar dig nu att göra det...) Ja, ja. Jamen det är ju kanonbra. Det tycker jag är bra. Det går ju åt rätt håll då. (I: Och sen det här med utredningen, ADHD menar du?) Ja, det är ju det jag menar. (I: Jaha, det är DEN du pratar om). Jaja. För det kanske kan ge...jag kanske kan få nån medicin som gör att jag både sover och mår bra. Det vet man ju inte. Man

vet ju inte vad man har för diagnos. (I: Tror du att du har nån diagnos?) Njae, nåt fel i huvudet måste det ju va, hehe, när man håller på som jag gör. Men jag vet inte. (Fredrik)

I detta intervjuutdrag speglas flera aspekter som verkar betydelsefulla för en positiv relation mellan hjälpaktör och brukare. Tidigt uttrycks att "vi luskar", det vill säga att det görs en gemensam ansträngning att hitta en lösning på problematiken. Med stor sannolikhet skulle andra ord ha valts om patienten inte kände sig delaktig i planeringen, eller om han helt och hållet gick in i rollen som passiv patient. Längre in i citatet blir det också tydligt att det finns en acceptans för insatser som främjar nykterhet genom kontroll (urin- och utandningsprov), samt att dessa insatser tycks förstås som del av ett större system av hjälp. Det framgår också att brukaren har tidigare erfarenhet av att avbryta planeringar ("då försvann jag") vilket givetvis understryker den gamla sanningen att motivation är en färskvara. Citatet visar också att det blir missförstånd kring vilken hjälpinsats som är mest intressant. Det verkar som att intervjuaren refererar till planen att påbörja en terapi, medan brukaren talar om en ADHD-utredning. Detta visar dels den stora betydelse som de intervjuade brukarna tilldelar (ibland misstänkta) neuropsykiatriska funktionshinder, och den tilltro man har till behandling (medicin eller terapi) för denna typ av problematik. Att, som brukaren säger, kanske ha ett "fel i huvudet" framställs mer som en förklaring till än som en ytterligare börda i rådande livssituation. Detta pekar generellt sett emot betydelsen av att brukare och hjälpare är överens om vilka insatser man ska satsa på och att gemensamt bestämmer vilka målsättningar som är rimliga.

IP: Men jag misstänker att min lever är riktigt riktigt, ja ansträngd så att säga. Det är inte långt ifrån att jag kommer att få skrumplever skulle jag tippa. Men då kan ju inte den här doktorn skicka någon remiss, för att kontrollera det. Utan jag måste vända mig till min husläkare. De hanterar all somatisk, alla de delarna. Men honom får jag inte tag i förrän augusti, mitten av augusti va. Jag fasar för sommaren va. (I: Så det är ytterligare ett problem?). Ja, och så har jag andra fysiska problem, och det har jag äntligen nu fått tid på sjukhus då, för att fixa det där. Men där vill de också ha då, eller ha rätt att gå in i alla mina journaler. Och det tycker jag är ganska meningslöst. I och med att, vad har det här problemet och göra med att jag har legat på psyket. Så, jag tycker inte om den utvecklingen helt enkelt. Sådana saker tycker jag inte är relevanta för att göra en operation. (...) Jag emotsätter mig att jag inom hela sjukvården blir registrerad som missbrukare. Jag misstänker starkt att man då blir, att man helt enkelt får sämre vård. Det tycker jag är så jävla tråkigt. (Edvin)

Detta citat illustrerar de intervjuades upplevelse av att primärvården ligger utanför systemet av hjälpaktörer som kan aktualiseras via beroendemottagningen. Det är också tydligt att brukaren här

gör skillnad mellan somatiska problem som är eller inte är missbruksrelaterade, samt att det finns en önskan om att kunna få sjukvård utan att därmed bli kategoriserad som missbrukare. Det framstår som att det bästa vore om han fick utreda misstänkta leverproblem hos en vårdgivare som redan känner till eller tar missbruksproblematiken för given, samt fick genomföra en kirurgisk operation hos en vårdgivare som inte vet något om hans övriga livssituation. Oavsett om detta är möjligt att genomföra utifrån rådande rutiner hos de aktuella verksamheterna aktualiserar brukarens önskemål här ett etiskt dilemma. En mer lättillgänglig somatisk vård skulle antagligen kunna realiseras om samarbetet mellan olika vårdgivare intensifierades, men detta samarbete skulle samtidigt kräva viss öppenhet emellan avseende patientens grundproblematik, vilket en del brukare uppenbarligen inte önskar. Informationens betydelse för kvaliteten på den behandling dessa brukare kan få från primärvården speglas också i följande citat.

IP35: Ja det är ju min vårdcentral, men hon tycker att vi ska avvakta hela tiden... "Ta en tablett, så blir det bättre, det går över". Som enskild person kan man inte göra så mycket. (I: Så vad ska du göra nu då, byta vårdcentral?). Ja, eller jag pratade med sjuksköterskan om det här, för hon har ju själv haft problem med ryggen. Och är opererad för det. Och hon tyckte liksom att jag skulle byta husläkarmottagning, där de tar tag i själva problematiken med ryggen. Och kan remittera mig vidare. Att inte bara skriva ut en tablett, utan att se om det behövs göras andra åtgärder, eller operation. (...)
(I: Så det är bara fysiska problemen som du går där för, ingenting kring något beroende?) Nej men det skulle hon inte förstå. Det skulle hon inte förstå. Jag försökte prata med henne om det och så där, men hon sa "Jag har inte tid för det", att jag var där för ryggvärk och att det andra, det får jag ta med någon annan. (Peter)

Här syns tydligt den utsatthet som brukarna talar om i förhållande till erbjudanden om somatisk vård, samt de problem som uppstår när det finns olika uppfattningar mellan behandlare och patient kring vad som innebär en adekvat lösning. Av intervjun som helhet framgår att mannen i citatet uppfattar fysisk värk som en viktig orsak till att han utvecklat ett beroende av alkohol och smärtstillande medel. Detta uppfattas som grundproblemet. Mot denna bakgrund hamnar han i ett dilemma när den aktuella husläkaren inte kan se eller förstå att ytterligare tabletter snarare förvärrar än löser situationen. Planen blir då att söka sig till en annan vårdgivare som möjligen kan erbjuda en mer adekvat behandling. Detta att patienterna i vissa fall har möjlighet att "rösta med fötterna" ligger givetvis helt i linje med dagens fokus på brukarinflytande. Däremot kan man anta att detta potentiella uppbrott i en redan påbörjad relation varken är terapeutiskt eller ekonomiskt effektivt,

samt att det skulle kunna förhindras genom ett vidare samarbete och informationsutbyte mellan beroendemottagning och primärvård.

Att informeras om och förstå externa hjälpaktörer

Tabell 5. Upplevelser kring samordnad hjälp. Andelar och procent (n=39)

	Antal	Procent
Uppfattat behov av hjälp för flera olika problem	29	74
Samarbete mellan olika hjälpaktörer kan vara till hjälp	32	82
Samarbete finns mellan olika hjälpaktörer	25	64

Som syns i tabell 5 rapporterar en klar majoritet (74 %) att de har behov av hjälp från flera aktörer. Detta pekar mot att patienterna generellt sett uppfattar sig ha en komplex problematik som inte kan lösas genom kontakt enbart med Alviks beroendemottagning. I linje med detta anger en mycket stor andel (82 %) att de tror att samarbete mellan olika hjälpaktörer skulle vara till hjälp. En något mindre andel (64 %) hävdar dock att detta samarbete förekommer i det egna fallet. Vi ser alltså här att enbart ett fåtal i enkätgruppen kan antas uppleva en viss frustration när det gäller behov och erfarenhet av samarbete mellan olika hjälpaktörer.

Denna bild reflekteras också i intervjumaterialet. Brukarna ser sig själva som personer med "multiproblem" vilket gör det självklart att flera hjälpaktörer med specifik kompetens behövs. Det talas också om att det har varit en viktig insikt i förändringsprocessen att acceptera att det inte går att lösa problemen på egen hand. När man nu själv aktivt söker hjälp och gör det man kan för att lösa problemen anser man dessutom att övriga hjälpaktörer borde ställa upp och satsa resurser. När så inte sker tycks de positiva upplevelserna som missbruksfriheten kan bidra med minska. Brukarna beskriver frustration över att skulder, somatiska problem och sysslöshet gör att de inte kommer vidare i rehabiliteringsprocessen. Kontakterna med Alviks beroendemottagning sker vanligtvis ett par gånger per vecka, då patienterna kommer för att samtala med sköterskor och få medicin. Läkaren som ordinerar medicin och drar upp riktlinjer för hur vårdplanen ska se ut träffar man desto mer sällan, men det tycks finnas tilltro till att det skulle gå att ordna ett möte om man vill. Generellt sett låter det i intervjuerna som att beroendemottagningen, eller en specifik läkare/sköterska där, är "spindeln i nätet" som remitterar vidare till andra hjälpaktörer när det behövs (det kan handla om utredning, psykoterapi, samtalsstöd, osv). I några fall tycks "spindeln", alltså den som uppfattas vara huvudansvarig för patientens rehabilitering, befinna sig inom socialtjänsten eller psykiatrin. Det mest tydliga i materialet är dock att brukarna tycks vara osäkra på vem som gör vad när det gäller den hjälp de har tillgång till, samt inom vilken organisation de verkar. De går dit de är tillsagda att gå, och fokuserar främst på ifall de kommer överens med personen i fråga. Däremot verkar den

organisatoriska skillnaden mellan Alviks beroendemottagning, S:t Görans sjukhus, den kommunala socialtjänsten och psykiatrin inte vara tydlig för någon.

IP: Just nu så tycker jag, just Alvik här, och de som jobbar här, gör ett jävligt bra jobb. Runt ikring mig. Det hör ju också till, att jag varje dag gör ett nytt val. Ett nytt åtagande. Jag går upp klockan halv sex varje morgon. Jag börjar dagen med att försöka liksom se positivt. Och jag åker över till Alvik, jag lämnar mitt urinprov och så där. Förr var ju det, ett urinprov, ett straff. Nu är det en fördel för mig. I och med att de här människorna som jag lämnar hos, framför allt...det finns inget genant i det liksom, och i och med att jag inte har nåt merbehov av nån form av medicin eller droger i dagsläget. Jag har inget sug längre, så har jag lyckats vända det där. Men det hör ju också till, vilken inställning man har till livet. Det här hade aldrig funkat om jag inte hade försökt, eller ja, bestämt mig för att det måste finnas ett bättre sätt att leva, än att sitta inne på kåken, eller, att sitta med en nål i armen. Och det, ja...det kan jag säga att de har gjort...samarbetet har funkat. Men det är just den här lilla gruppen. Alviks beroendemottagning. Sen är det ju mycket runt i kring... (...) IP: Mitt huvudsakliga problem är samarbetet med arbetsförmedlingen. Deras...jag ringer till dem varje dag...(...) Jag VILL ju jobba va. Jag är ju hantverkare. Jag ringer runt hela tiden. Men så måste jag ha det här...eftersom jag nu har de diagnoser som jag har så har jag möjlighet till lönebidrag, eller nånting annat, jag har haft det förut...Att få igång det här. De sätter käppar i hjulet. Varför de gör det? Det vet jag inte. Men när jag väl träffar dem så kommer de med ursäkter. "Ah, ber om ursäkt för att det har blivit så här och så här". Men det är inte någon som PERSON som gör nåt fel där. Det är bara det att samarbetet funkar inte till hundra procent där. Hade inte jag haft beroendemottagningen här i Alvik, och min case manager så hade jag haft det jävligt svårt. För att jag vet inte, jag har inte kunnat veta om hur den här karusellen funkar. Så att det biten, den är värdelös.(Karl)

Även i detta citat beskriver brukaren hur nykterhetskontrollerna på beroendemottagningen accepteras eftersom han har bestämt sig för att söka en livsstilsförändring. Betoningen ligger på att personalen är professionell och medverkar till att det som tidigare uppfattades som ett straff nu blir en naturlig del av vardagen. Mannen tar avstånd från sitt tidigare liv som narkotikabrukare genom att konstatera att det inte finns något "merbehov" längre av narkotika samt genom att kontrastera sitt nuvarande strukturerade liv med misär i form av fängelsevistelser och injektioner. I denna inställning finns antagligen också förklaringen till den stora frustration som uttrycks när det gäller möjligheten att få hjälp att hitta ett arbete. Även här görs en viktig kontrastering som belyser brukarens syn på olika hjälpaktörer. Den välbekanta och trygga beroendemottagningen och case managern som jobbar med honom ställs mot den obegripliga och okontrollerbara arbetsförmedlingen och "karusellen" som

jobbar mot honom. Det kan givetvis vara så att mannen har blivit bristfälligt bemött på arbetsförmedlingen, men den aktuella upplevelsen av maktlöshet pekar även på vikten av att alla parter i ett ärende har information om vad olika hjälpaktör kan göra, och på vilket sätt. Saknas denna finns en risk att brukaren tröttnar på sina försök till förändring och låter det uppfattat meningslösa och oprofessionella klä skott för den marginalisering och de svårigheter att återinträda på arbetsmarknaden som antagligen är för handen.

I: Hur ser det ut en typisk månad?

IP: Eh, måndag Alvik och blåsa. Likaledes onsdag och fredag. Måndag och torsdagar, boendestöd. Eh, that's it, nu! Och det är ju inte tillfyllest för min del. Alltså det räcker inte. Det är för lite.

I: Är det i socialtjänsten du tycker att du behöver mer stöd, eller nåt annat?

IP: Jag skulle verkligen ha behov av att åka på ett behandlingshem. För nu har jag ju, i och med att jag fick den här medicinen, så är jag ju mycket mer balanserad idag. Det är större chans att jag skulle kunna, ja hinna klarna till i skallen och tänka logiskt och det hära, nu, än vad det nånsin har varit. Men det blev avslag. Det är ett antal veckor sen. Men jag håller på och jagar dem nu, för jag har inte fått själva beslutet. Så antagligen har de inte dokumenterat att jag har fått avslag. Så jag vet inte. Det verkar inte funka nåt speciellt bra däruppe, på den delen av beroendemottagningen, där på S:t Göransgatan. (I: Hur känns det, att få avslag när man vet att...) Ja, alltså, jag skiter väl i det. Har aldrig varit rädd för döden egentligen. Men jag fasar för sommaren. För det kommer bli hårt. (...) Men jag tror inte att de kommer skicka iväg mig. Det finns nog inte på kartan. Inte förrän jag blir bostadslös och hamnar som uteliggare igen. (Edvin)

Här illustreras den upplevda brist på information som tycks vara avgörande för om brukaren orkar fortsätta på den inslagna vägen mot förändring. I detta fall handlar det om att uppfatta sig vara redo och kunna ha nytta av att vistas en tid på behandlingshem för missbruksproblem, men att av någon anledning bli nekad detta av socialtjänsten. På andra ställen under intervjun framgår det att brukaren har en mycket krass och negativ inställning till socialtjänsten ("ekonomin går före precis allt"), vilken tycks förstärkas av att inte bli delgiven avslaget på ansökan. Bristen på information syns också i den förvirring som tycks råda kring vilken hjälpaktör det är som fattar denna typ av beslut. Av citatet framgår att brukaren beskriver "däruppe" (på S:t Göransgatan) som en annan del av landstingets beroendemottagning, snarare än som den fristående och kommunala socialtjänst det antagligen rör sig om. Denna oklarhet kring vilka hjälpaktörer som gör vad är antagligen inte betydelsefull i de fall rehabiliteringsprocessen fortlöper utan problem, men skulle kunna bidra till att förstärka känslor av maktlöshet och meningslöshet när det uppstår hinder på vägen. Att så är fallet här fastslår brukaren

genom att associera avslaget på behandlingsansökan med att dö eller att så småningom bli bostadslös. Oavsett grunden för detta avslag, och oavsett dess konsekvenser för den enskilda individen belyser citatet betydelsen av att brukare och hjälpaktör är överens när det gäller hur en rehabilitering kan genomföras och vilka de verksamma delarna skulle kunna vara.

Tilltro till primär hjälpaktör

Tabell 6. Generell värdering av Alviks beroendemottagning. Antal och procent (n=37-39)

	Antal	Procent
Uppfattar kvaliteten på hjälpen hos Alviks beroendemottagning som mycket eller ganska bra	36	97
Hjälpen hos Alviks beroendemottagning motsvarar i mycket stor eller stor utsträckning egna behov	36	92
Tror att hjälpen hos Alviks beroendemottagning kommer att lösa egna problem	23	59
<i>Enbart patienter där samarbete finns (n=25)</i> Mycket eller ganska stora förhoppningar om att samarbetet kan vara till hjälp	24	96
Har själv i ganska eller stor utsträckning fått vara med och påverka den samordnade hjälpen	23	92

Som vi ser i tabell 6 är i stort sett samtliga patienter i urvalet nöjda med den hjälp de erbjuds på Alviks beroendemottagning. Hela 96 procent anger att kvaliteten är ganska eller mycket bra, och 92 procent att den hjälp de får motsvarar deras behov. Dock är det en något mindre andel (59 %) som tror att hjälpen också kommer att innebära en lösning av deras problem. Detta kan tolkas som att brukarna överlag är nöjda och trivs med att komma till Alviks beroendemottagning, men att det, som visats ovan, finns en hel del ytterligare problematik i deras liv som en enskild hjälpaktör inte kan rå på. Denna tolkning återspeglas också i att av de 25 patienter som angett att det finns ett samarbete mellan hjälpaktörer kring deras problematik, så är i stort sett alla (96 %) förhoppningsfulla när det gäller resultatet av detta samarbete. De flesta (92 %) av dem tycks också uppfatta sig som delaktiga i utformningen av vad denna hjälp ska bestå av. Det bör dock understrykas att studiedeltagarna sannolikt inte är representativa för hela gruppen brukare vid Alviks beroendemottagning.

Bilden som det kvalitativa materialet målar upp överensstämmer till stor del med detta. Brukarna säger att problem med enskilda hjälpaktörer skulle kunna lösas om det fanns mer samverkan, så att alla berörda parter visste mer om patienternas problematik och hur viktigt det är för hela deras livssituation att de får det de behöver. Det berättas också generellt att man känner sig delaktig och ställer upp på olika planeringar för att man vill själv och tror sig behöva det. Om det sen visar sig vara

en lösning som inte fungerar eller passar kommer man tillsammans på något nytt. Däremot återkommer flera brukare till att de som patienter måste lära sig att inte ha bråttom, att allt tar tid när det gäller planering och genomförande av hjälpinsatser. Det verkar bland de intervjuade också finnas en tilltro till att de professionella gör det de ska och samarbetar kring ärendena, att mycket av samverkan sköts via email och informella möten/telefonsamtal som patienterna inte behöver känna till. Denna pragmatiska inställning till vad samverkan mellan olika hjälpaktörer kan vara reflekteras också i brukarnas kommentarer till vad begreppet "samordnad vårdplan" betyder för något. I detta sammanhang säger de sig ha skrivit på otaliga papper och kontrakt under årens lopp, men att det skulle finnas just en blankett för samverkan känner de inte till.

IP: Alvik, de hjälper mig ju att hålla mig nykter. (...) Alltså jag har ju mera kommit på ett rullande schema. På öppen mottagning. Så jag träffar alla fem. För att tala lite, och sen lämna urin, och ja, blåsprov. Och om jag har, ska vi säga, ett större eller djupare problem så kan jag ta det med dem, och då så förs det vidare till min läkare. Och då så oftast säger de, "Ja, vänta till nästa dag", jag kommer. För jag kommer ju tre gånger i veckan. Och då har de gjort ett beslut om så kallade mitt problem. Och det har ju varit, allting, för att göra mitt liv bättre och hälsosammare. Med sömnproblem, och hålla sig nykter och förebyggande av att dricka. Och sen så har jag ju S:t Göran där, beroendemottagningen där. Som jag får hjälp med, man kan väl kalla det planering av livet, som jag har en gång i veckan. (I: Och det är, menar du då, vilken instans?) Det är väl hon, på KBT (kognitiv beteendeterapi som ip har blivit erbjuden via socialtjänsten) Just det, och sen så går jag via Alvik också genom en psykoanalysutredning. Som jag inte vet hur lång den är. Men jag har varit där sex gånger. (...) För mig är det bra. Eftersom, ett: att jag håller mig nykter, och sen också att, alltså det blir...livet blir enklare och positivare. (...) Det är oerhört hjälpsamt att få hjälp. Jag skulle ju inte klara det själv kan man säga. Många människor använder ju anonyma alkoholister. Jag har varit på såna möten, men jag känner ju ingen kan man säga samhörighet. Eller jag gillar inte själva upplägget. Alltså hur de går tillväga. Då tycker jag att det är skönare att komma och träffa bara en sjuksköterska. Eller sjukskötare. Att bara träffa en individuell person. Än att träffa främmande människor i grupp. (I: Kan du berätta varför du tror att flera ställen försöker hjälpa dig?) Det...har jag faktiskt ingen aning om. Ha ha. Det är väl bara upplägget, att...det har inte varit ett problem för mig. Alltså, jag känner mig inte runtslussad alls. Utan det har mer bara blivit så. Alltså, de på socialen har ju frågat mig, "Vill du prova det här, för det här finns tillgängligt?" Och då har ju jag sagt ja. Och sen har Alvik sagt också att "Vi har det här, vill du prova det?" Och då har jag sagt ja till de sakerna jag har sagt ja till. Så att det är ju bara att de har erbjudit från olika håll. (Albin)

I citatet ovan tydliggörs att bristen på information och klarhet i vilka hjälpaktörer som gör vad inte behöver uppfattas som ett problem. I detta finns en skillnad gentemot ovan nämnda man som fick avslag på biståndsansökan. Brukaren har här ett huvudsakligt skäl för kontakterna med beroendemottagningen, "att hålla mig nykter", och övriga instanser och aktiviteter som aktualiseras får mening genom detta. Det rör sig om nykterhetskontroll och samtal på Alviks beroendemottagning, någon form av terapi på beroendemottagningen vid S:t Göran, samt utredning av neuropsykiatriska funktionshinder. Dessa varierade insatser beskrivs alla som en "hjälpssam hjälp", och brukaren känner sig inte "runtslussad". Nyckeln till denna positiva inställning tycks finnas i att han slipper det han ogillar (anonyma alkoholister) och istället blir erbjuden alternativ som han kan tacka ja eller nej till. Värt att notera är dock att denna brukare inte rapporterar några tecken på social marginalisering eller tidigare erfarenhet av misslyckade rehabiliteringsförsök. Detta, och hans relativa ungdom, skulle kunna hänga samman med hans entusiasm och öppna inställning till vad som än föreslås i termer av hjälp.

I: Vad betyder ordet samordnad vårdplan för dig?

IP: Samordnad vårdplan? Nej alltså, ja, vårdplanen...Ehh, jo men vad dum jag är. Det är väl klart att...jag har ju sett...eller jag har ju, tillsammans med min handledare så har jag ju gått igenom, så får jag ju se på min vårdplan. "Så här och så här har det sett ut, det här har vi gjort". Så att jag har ju varit med och påverkat den. Ja. Och jag har ju gått en sån här återfallspreventionskurs, och den var ju också med i vårdplanen. Så att det är klart att det finns en vårdplan. Ja.

I: Du känner igen begreppet, att den är samordnad på nåt vis...?

IP: Eh, ja eftersom jag inte...jag har ju inte varit...jag förstår inte riktigt det här samordnad...(Maria)

Detta citat speglar inställningen bland de intervjuade att begreppet samordnad vårdplan inte tycks betyda något särskilt. Det finns överlag både en önskan om och erfarenhet av att olika vårdgivare samarbetar, men att detta skulle dokumenteras och skrivas under i form av ett kontrakt eller en speciell vårdplan är inget brukarna direkt känner igen. Även om kvinnan i citatet ovan möjligen inte har den typ av samsjuklighet som gör att fler än en hjälpaktör är inkopplad i ärendet samtidigt så är hennes utsaga typisk för intervjugruppen som helhet. Sekvensen i intervjuerna där vi frågar om denna samordnade vårdplan innehåller mycket förvirring och följdfrågor från brukarnas sida. Det är till exempel inte uppenbart om remisser till och bistånd i form av behandling hos andra vårdgivare är att betrakta som samordnade vårdplaner.

I: Kan du berätta vad hjälpen från olika ställen består av?

IP: Ja, det är ju här, och sen psykologen då. Nån annan kontakt med nåt det har jag ju inte. Och honom läkaren har jag ju gått till. (I: Vad tycker du om den hjälpen du får?) Jamen, jag är nog på det hela ganska nöjd. Fast jag tycker att det är väldigt ont om tid. När man är här, så är...Ja, du kommer hit och gör ditt urinprov, och ja, då ses vi om tre månader ungefär. Och i och med att jag går hos en psykolog så blir det väl lite det att de tycker att, "det tar vi där, du kan ta det där", lite grann sådär. (...) Så att cirkeln blir sluten, så att de vet hur jag mår. Så att inte jag känner mig stressad när jag kommer hit. Utan att, är det frågor, så kan jag ställa dem. Det är nog det enda.

I: Kan du berätta varför du tror att flera ställen försöker hjälpa dig?

IP: Nej, det vet jag inte. ...det finns ju inga psykologer här. Utan man är ju remitterad.

I: Hur har samverkan påverkat dig och din situation?

IP: Ja det har ju påverkat så att...hon och min läkare har ju kontakt. Hon skriver ju till honom om det är typ nånting som hon tycker att jag kanske behöver prova vad det gäller kanske nån medicinering, eller remitteras. Som att jag har gjort en ADHD-utredning. Så på så vis är det bra. (...) Och så pratar vi med läkaren om han kan remittera och så där. Och vad han i slutändan tror. (Peter)

Även i detta citat tycks det oklart vilken hjälpaktör som har huvudansvaret för brukarens rehabilitering. I början tycks det som att en psykolog har denna funktion, men senare framkommer det att läkaren på Alviks beroendemottagning antagligen är den som har remitterat till en psykolog, som i sin tur har föreslagit neuropsykiatrisk utredning. Utifrån detta resonemang verkar det som att brukarna har en primär och önskad hjälpare för ögonen när de reflekterar över sin situation. Detta speglar å ena sidan att det spontana svaret på antalet hjälpare och omfattningen på samordningen dem emellan kan antas vara i underkant. Det speglar å andra sidan också att antalet hjälpaktörer antagligen är av underordnad betydelse så länge det finns någon som brukaren har förtroende för och uppfattar vara s.k. "spindel i nätet". Brist på stöd i form av en hjälpaktör som samordnar insatser tycks kunna leda till en känsla av utsatthet och oförmåga att på egen hand skaffa sig den hjälp man behöver.

Den trygga beroendemottagningen

Tabell 7. Patientnöjdhet. Antal och procent som svarat "stämmer ganska bra" eller "stämmer helt och hållet" på olika påståenden (n= 33-36)

	Antal	Procent
Personalen har <u>inte</u> alltid förstått vilken hjälp jag vill ha	5	15
Jag har blivit väl informerad om beslut som har med min behandling att göra	30	86
Personalen och jag själv har haft olika uppfattning om målen med min behandling	9	26
Det har alltid funnits någon från personalen tillgänglig när jag har velat prata	27	77

Personalen har motiverat mig att lösa mina problem	30	83
Jag har <i>inte</i> gillat alla behandlingsmöten jag deltagit i	8	23
Jag har <i>inte</i> haft tillräcklig tid att lösa mina problem	6	17
Jag anser att personalen har gjort ett bra jobb	32	89
Jag har fått den hjälp jag letade efter	32	89
Jag har ogillat en del regler som har med behandlingen att göra	9	26

Notering: Påståendena är något modifierade för att öka läsbarheten

Tabell 7 visar den stora nöjdhet som brukarna beskriver i relation till verksamheten i Alvik. Vissa påståenden är omvända, så att en liten i stället för en stor andel betyder nöjdhet. Merparten av respondenterna anger att personalen förstår vilken hjälp de som patienter behöver, att de informerar om beslut, att de sätter upp behandlingsmål som uppfattas vara rimliga, att de är tillgängliga, att de hjälper till att motivera och att de generellt gör ett bra jobb. När det gäller formen för behandlingen är det också en stor andel patienter som verkar vara nöjd. Man uppskattar de behandlingsmöten man tagit del av, uppfattar sig ha fått tillräcklig tid att arbeta med sina problem, har fått den hjälp man har sökt efter och accepterar överlag de regler som behandlingen är förenad med.

Denna klart positiva inställning till Alviks beroendemottagning återspeglas också i de kvalitativa intervjuerna. Personalen är snäll, respektfull, professionell och kunnig; "från receptionen till cheferna" (Elisabet). Brukarna upplever att de aldrig behöver skämmas för sina missbruksproblem. Brukarna tycks komma överens med de flesta på beroendemottagningen, medan de uppfattar att andra hjälpaktörers bidrag till lösningen av den egna problematiken är mer beroende av att man åtminstone har en person i respektive verksamhet som man fungerar tillsammans med. Däremot tycks de intervjuade konstatera att verksamheten saknar möjlighet att verkligen lösa de allvarliga problem som patienterna ofta har förutom missbruket och beroendet. Det låter som att de som har social stabilitet och börjar komma ur sina problem motvilligt vill avsluta kontakten med Alvik. Beroendemottagningen blir som en krycka i livet de ogärna släpper. De som fortfarande har stora sociala/psykiatriska problem verkar se Alvikskontakten som givande och trevlig, men att denna krycka i livet inte gör att de en dag kommer kunna gå på egen hand.

IP: Ja, varför jag tycker det är bra att gå hit och prata med personalen här, det är ju för att de...de påminner ju hela tiden mig liksom, om att jag inte ska glömma bort vad jag har gjort. "Tänk på vilken resa du har gjort, hur duktig, det är inte många som ens klarar en sån här sak som du har gjort" Och det här, jag som person glömmet det, eller jag trycker ner det på nåt sätt, precis som att jag "Äh, det var väl ingenting" Men alltså jag förstår nog inte själv hur viktigt det är. Men när jag går hit så liksom plockar de fram det där. Det är den styrkan som jag får....Det känner ju jag som jättebra. Och det är

ju det som jag behöver. (I: Är det samma inom terapin, att du känner det där stödet?) Eh, naej alltså. Jag har ju lättare att vara mig själv här. För jag menar här, det blir liksom ändå det här, när man går till en terapeut, speciellt en sån person som jag, som har såna krav på mig själv, då känns det som att "Oh, vad vill hon att jag svarar nu?" Sådär. Här kan jag bara säga liksom, "Ah, fan, du vet ju hur jag är!" Ha ha. Så det blir lite som en skola. Och det är det som är meningen. Medan här, här är de stöttande, som känner mig liksom. Och därför är det bra att ha båda delarna. (Maria)

Återkommande i intervjuerna är den respektfullhet och professionalitet som personalen på beroendemottagningen bemöter brukarna med. Denna typ av bemötande kan göra, som nämnts ovan, att de nykterhetskontroller som kan uppfattas vara kränkande och straffande upplevs som viktiga delar i en rehabiliteringsprocess, som ett stöd för brukaren att må bra, både långsiktigt och för stunden. Kvinnan i citatet ovan beskriver även att personalens bemötande kan vara ett stöd i sig. Hon uppskattar att ha tillgång till ett socialt sammanhang där man både inser vidden av att försöka och klara av att bli kvitt ett missbruksproblem och erbjuder ett förutsättningslöst stöd i denna process. Av resonemanget framgår att den psykoterapi som hon genomför framstår som vad Erving Goffman (2004) skulle kalla för en *on stage-situation* medan samtal, antabus och nykterhetskontroll på beroendemottagningen framstår som en *off stage-situation*. I den förra uppfattar hon sig behöva prestera och svara rätt, medan hon i den senare förlitar sig på att personalen känner henne och slappnar därför av på ett annat sätt. Intressant nog uppmärksammar brukaren här själv dynamiken mellan att lära sig om sig själv ("som en skola") och att vara sig själv ("hur jag är") och påtalar att den passar för just henne. Denna iakttagelse kan förstås utifrån idéer om att goda behandlingsresultat är avhängiga en god allians mellan hjälpare och patient, samt överenskommelse dem emellan kring vad det gemensamma arbetet syftar till. I fallet här verkar brukaren vara helt nöjd med dessa aspekter.

IP: Jag vill bara tillägga att här, alltså deras...eh, klapp på axeln, inom citationstecken, är mycket värdefull. Inställningen till...brukare. Jag som brukare, ha ha, uppskattar väldigt mycket deras leende och vänlighet. Sättet att ta hand om mig. Det känns att jag är jag, och inte, jag är kanske en i mängden, men jag är lika viktig. Som sagt, idel beröm för Alviks beroendecentrum. (Elisabet)

I detta citat framgår hur personalens bemötande beskrivs som en "klapp på axeln", vilket här inte nämns i förminskande syfte. Snarare är det en formulering som väl fångar den medmänsklighet och det fulla stöd som personalen på Alviks beroendemottagning tillskrivs av de intervjuade. Vidare antyder resonemanget den rollkonflikt det kan innebära för vissa patienter att vara brukare. Kvinnan nämner skämtsamt och i sammanhanget nästan ironiskt att hon ju är en brukare, men att hon ändå

känner sig som en unik och viktig individ, vilket antyder att det finns en motsättning mellan att bli kategoriserad som en viss typ av människa och att bli individuellt bemött. Skrattet här är givetvis situationsbetingat och svårt att tolka i efterhand. Det kan dels ha att göra med det dråpliga i att kalla sig både brukare av alkohol och brukare av vård, och dels med det tänkbart bisarra i att tala om att bruka - i meningen använda/utnyttja - den värme och vänlighet interaktionen med personalen präglas av. Oavsett pekar resonemanget på att termen brukare inte nödvändigtvis uppfattas som en värdeneutral beskrivning av vad det innebär att ha kontakt med en hjälpaktör. Begreppet "röstberättigad" kan fånga en individs politiska ståndpunkter lika lite som "brukare" kan fånga de individuella särdrag och den livshistoria som har lett fram till att en person söker professionell hjälp. Resonemangen i intervjuerna antyder alltså generellt vikten av att hjälpaktörer närmar sig de hjälpsökande som unika individer, vilka ändå har ett gemensamt behov av att bli respekterade, lyssnade på, stöttade och uppmuntrade i arbetet med att förändra livssituationen. Att personalen anses lyckas med detta kan vara en anledning till att Alviks beroendemottagning skattas högt av brukarna. Eller som Elisabet uttrycker det på ett annat ställe i intervjun: "Det är äntligen någon som betraktar mig som en patient, en patient som ska få hjälp. Det känns ovärderligt."

DISKUSSION

Denna undersökning har syftat till att utvärdera vilket avtryck ett samverkansprojekt mellan några olika hjälpaktörer i Stockholms västerort har bland brukare som kommer i kontakt med en av dessa; dvs. Alviks beroendemottagning. Vi har ställt frågor kring om brukarna märker av något samarbete avseende den egna problematiken, om de får den typ av hjälp de tror att de behöver och om de överlag är nöjda med de insatser de får del av. Vi kan direkt påtala omöjligheten i att dra generella slutsatser utifrån resultaten. Metodologiska omständigheter har lett till att undersökningen främst handlar om hur några relativt nöjda, motiverade och socialt stabila brukare ser på sin livssituation och hur Alviks beroendemottagning fungerar som stöd. Trots detta pekar resultaten mot en del viktiga faktorer som antagligen har allmän betydelse för vårdsystemets möjlighet (i vid bemärkelse) att hjälpa personer med missbruksproblem. I diskussionen nedan kommer vi lyfta fram några sådana och även försöka koppla dem till teorier som hjälper oss att förstå förutsättningarna för positiv livsstilsförändring. Vår ambition är att tolka varför brukarna uttrycker sådan nöjdhet med Alviks beroendemottagning i den kvantitativa enkäten, samt ge förslag till områden som eventuellt skulle kunna förbättras i det framtida utvecklingsarbetet kring samverkan mellan olika hjälpaktörer. Men, vad kan vi då lära av resultaten?

Neuropsykiatriska funktionshinder

Till att börja med kan vi konstatera den vikt som brukarna tillmäter sina förmodade eller redan diagnostiserade neuropsykiatriska funktionshinder. Av det kvalitativa intervjumaterialet att döma verkar denna typ av problematik ses som en förklaring till svårigheter på övriga områden i livet, och då särskilt när det gäller bruket av alkohol och narkotiska preparat. Även om merparten av patienterna i undersökningen redan har en dokumenterad beroendediagnos tycks det i deras upplevelse alltså vara ännu viktigare med diagnostiserade neuropsykiatriska funktionshinder. Det är vad de pratar om när det gäller just diagnoser. Detta skulle dels kunna ha att göra med den vikt som läggs i samhället idag vid att hitta problem hos individer och lösa dessa genom avgränsade medicinska insatser, och dels med den trygghet det kan innebära att som enskild individ få en medicinsk förklaring till varför man har vissa svårigheter i livet. Har man identifierat ett problem har man ju även en nyckel till lösningen av problemet. Oavsett vad patienternas fokus på diagnoser står för är det uppenbart att psykiatrin skulle kunna fylla en viktig funktion i deras liv. Utifrån brukarnas perspektiv framträder psykiatrin som den instans som kan fungera som ”spindel i nätet”, åtminstone i de fall en neuropsykiatrisk diagnos konstateras. I andra fall kanske det är av värde att redan tidigt i en rehabiliteringsprocess åtminstone utesluta neuropsykiatriska funktionshinder, så att inte sådana misstankar (hos hjälpsökare eller hjälpaktör) behöver störa eller påverka planeringen av vilka insatser som kan anses vara lämpliga. Vi som författar denna rapport vill inte uttala oss om ifall psykiatrin borde eller inte borde tilldelas större ansvar för människor som har dokumenterad samsjuklighet eller beroendediagnoser i övrigt, men vi kan konstatera att brukarna redan tycks ha en fot i psykiatrin och att det därför vore lämpligt att satsa resurser på att utveckla samarbetsmetoder och informationskanaler mellan denna och övriga hjälpaktörer. I vissa fall kanske det mest adekvata vore om psykiatrin, snarare än socialtjänst eller primärvård, kunde agera grindvakt och vidarremittera patienter till den instans som kan antas vara bäst på att tillgodose befintligt hjälpbehov.

Motivation till förändring

En annan viktig aspekt som framkommer i undersökningen är att patienterna tycks ha tagit ett beslut om livsstilsförändring, att de har kommit till insikt om att de måste lösa missbruksproblemen för att överhuvudtaget överleva eller få någon sorts livskvalitet. De uttrycker alltså motivation i förhållande till att ta del av behandling och stödinsatser. Det är också mot denna bakgrund de tycks ivriga att komma igång med alla de insatser som finns planerade, och det är nog också därför de uppvisar sådan acceptans för att det tar tid att planera och realisera olika hjälpinsatser. De vet vad de vill och vad de kan förlora om de ger upp, och visar fördragsamhet med systemets tröghet. Mot bakgrund av

att motivation är beroende av tid och sammanhang, att den är ett flyktigt fenomen (Ekendahl, 2007; Orford et al., 2006), kan brukarnas acceptans för förseningar i förändringsarbetet ses som något turlig och förvånande. Med tanke på den mängd av olika hjälpaktörer, med sinsemellan olika planeringar, som är aktuella i samma patientärende vore det antagligen fördelaktigt för samtliga parter om inte bara samverkan utvecklades utan även samtidigheten. Det kvantitativa materialet visar att brukarna önskar att olika hjälpaktörer samverkar och i det kvalitativa finns gott om exempel på vikten av att saker och ting sker här och nu. Att till exempel vilja skapa en fungerande relation och ett samarbete med arbetsförmedlingen, men att uppleva att administrativa rutiner fördröjer eller omöjliggör detta måste vara förödande för en person som ser meningsfull sysselsättning som en nyckel till fortsatt drogfrihet och framgångsrik rehabilitering. Likaså tycks det att tvingas invänta ett eventuellt avslag på en biståndsansökan medföra onödigt lidande i en redan ansträngd livssituation. Får man tro på brukaren så är den uttryckta önskan om och tron på förmågan att kunna vistas en tid på behandlingshem för missbruksproblem en mycket stor och avgörande händelse i rehabiliteringsprocessen.

Behandlingsallians och samtidiga insatser

Detta, och liknande tecken på vad patienterna själva uppfattar som uttryck för förändringsmotivation, borde samtliga hjälpaktörer som är aktiva i ärendena uppmärksamma och arbeta utifrån. Givetvis anser vi som författar denna rapport att rätt insats ska erbjudas till rätt patient i rätt skede av rehabiliteringsprocessen. Däremot vill vi understryka ståndpunkten att brukarna själva vet mycket om vad som kan vara verksamt i det egna fallet. Vi vill också understryka att brukarna betonar vikten av specifika personer i vårdsystemet som de känner och har förtroende för. Enligt de kvalitativa intervjuerna kan detta röra sig om allt ifrån en sjuksköterska, en case manager, eller en psykolog med oviss huvudman. Även om flera brukares önskemål om en personlig ledsagare som även i privatlivet kan hjälpa dem i kontakter med myndighetsvärlden skulle bli alltför kostsamt och administrativt komplicerat, tror vi att alla skulle vinna på att dessa viktiga personer identifierades och gavs en både formell och symbolisk roll i utformandet av vårdplaner och överenskommelser. Med en sådan person vid sin sida skulle brukarna känna sig mindre ensamma i sina försök att övertyga andra hjälpaktörer, som i övrigt inte är insatta i grundproblematiken, om vikten av att en viss hjälp kommer till stånd. Givetvis använder många verksamheter som hjälper människor med missbruks- och beroendeproblematik redan kontaktpersoner. Det vi dock vill understryka är att brukarna borde tillåtas att påverka vilka personer som tillerkänns rollen som "särskilt viktig person", samt vilken funktion dessa tilldelas i kontakterna med andra hjälpaktörer.

Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet

I enlighet med forskning om vad som bidrar till goda utfall i terapeutiskt arbete med människor med livsstilsrelaterade problem ser vi alltså att respondenterna betonar betydelsen av ett gott bemötande från personal och att man lyckas skapa en allians med någon ur denna (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010). Vi ser också, särskilt tydligt i det kvalitativa materialet, att brukare som är nöjda med insatserna de får och som tror att en förändring är möjlig känner förtroende för hjälparens expertis och vet vilka roller som de olika parterna förväntas anta i det gemensamma arbetet. Här kan vi dra oss till minnes det som en av brukarna sa i intervjuerna om att urinprovstagnning inte innebär ett kränkande moment och det en annan sa om att allt som erbjuds i termer av stöd och behandling är en "hjälpssam hjälp". Detta pekar mot att de intervjuade brukarna generellt sett tycks ha axlat rollen som patient och, i och med detta, förutsätter att det som hjälparen föreslår och erbjuder kan vara till gagn i en rehabiliteringsprocess. Det är, till exempel, inte svårt att föreställa sig att insatser som görs för att kontrollera nykterhet/drogfrihet kan uppfattas som integritetskränkande om man inte ser sig som en patient med beroendeproblem, och inte heller är det svårt att sätta sig in i känslan av att många olika förslag på och försök med olika hjälpinsatser skulle kunna vara förvirrande och ses som att hjälparen famlar i blindo. Att brukarna inte ser det på så sätt kan förklaras med hänvisning till det salutogena perspektivet, som söker belysa och öka förståelsen för varför hälsobringande faktorer i människors liv (Antonovsky, 1996). Enligt detta förefaller det som att de intervjuade brukarna förstår varför de ska göra vissa saker (begriplighet), anser att de klarar av att göra det som förutsätts av dem (hanterbarhet) och ser en mening med att faktiskt göra det de gör på beroendemottagningen (meningsfullhet). Detta skulle kunna ses som viktiga förutsättningar för att påbörja och vidmakthålla en förändringsprocess inom vårdsystemet för missbruks- och beroendeproblem. Ett liknande resonemang kan användas för att förstå betydelsen som några intervjuade kvinnor tilldelade det att förutsättningslöst bli bemött som en patient med rätt till hjälp. Det låter som att dessa personer, och andra av de intervjuade, ser beroendemottagningen som en plats dit man kan komma som man är, och där man inte behöver prestera för att ha rätt till hjälp. Precis som Maria uttrycker det ovan verkar medvetenheten om och klarheten i vilka roller hjälpare och brukare har i rehabiliteringsprocessen medverka till trygghet kring att både visa upp och få hjälp att hantera svårigheter i livet. Poängen tycks vara att man på beroendemottagningen tillåts samtidigt vara både en patient som blir ompysslad och en brukare med rättigheter och förmåga att göra egna val. Denna omständighet bidrar antagligen till att patienterna upplever begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i relation till sin problematik och lösningen på denna, samt till att resultatet av hjälpinsatserna kan bli framgångsrikt.

Etiska problem med samverkan

Som har framgått finns alltså troligtvis mycket att vinna på ett ökat samarbete mellan olika hjälpaktörer när det gäller såväl resursutnyttjning som behandlingseffektivitet. I bästa fall skulle vård-/stödbehovet hos människor med missbruks-/beroendeproblem bara behöva bedömas vid ett tillfälle, av en hjälpaktör, som sedan snabbt remitterar vidare till ytterligare lämpliga verksamheter vilka alla är insatta i den aktuella problematiken. Då organiseringen av samhällets hjälpapparat för människor med missbruks-/beroendeproblem inte medger denna typ av upplägg måste detta dock ses som något att i bästa fall sträva efter. Ett sätt att göra det är att samla alla tänkbara hjälpaktörer som kan vara aktuella i enskilda ärenden och sen komma överens om och skriva under ett kontrakt kring vad som förväntas av olika parter (en s.k. samordnad vårdplan). Detta låter givetvis rimligt och adekvat men är även det förenat med ett par problem. Dels blir dessa fysiska möten svåra att få till stånd av rent logistiska skäl, och dels kan det vara svårt för både brukare och hjälpaktörer att tidigt i en rehabiliteringsprocess förutse vilka behov av hjälp som kan dyka upp framöver. Likaså kan det infinna sig etiska problem om det finns meningsskiljaktigheter mellan brukare och hjälpaktör kring vilka övriga parter som borde involveras i ärendet. Man kan ju t ex lätt föreställa sig att olika åsikter kan förekomma kring huruvida en brukare behöver eller inte behöver hjälpinsatser i socialtjänstens eller arbetsförmedlingens regi, samt att dessa i huvudsak kommer att handla om brukarens rätt och möjlighet till autonomi och integritet. Vidare torde det faktum att missbruks-/beroendeproblem är stigmatiserande i dagens samhälle kunna leda till problem för brukare om/när känsliga personuppgifter yppas för vissa hjälpaktörer. Å ena sidan skulle information om att brukaren har ett pågående eller tidigare missbruks-/beroendeproblem kunna leda till att ärendet prioriteras och hanteras på ett adekvat och individualiserat sätt (t ex psykoterapi istället för medicin vid smärta eller depression), och å andra sidan kan just denna känsliga information leda till att den part som uppenbarligen är viktig drar sig undan och kräver att andra hjälpaktörer som är experter på missbruks-/beroendeproblem axlar huvudansvaret för problematiken (t ex att bli nekad psykiatrisk hjälp pga. omfattande missbruksproblem). Detta dilemma tydliggörs i fallet ovan med Karl och Arbetsförmedlingen. Detaljerad information om Karls situation skulle antagligen leda till mer individualiserad hjälp, men samtidigt också ytterligare försämma möjligheterna att finna en arbetsgivare som är villig att anställa honom.

Som vi ser det finns ingen enkel lösning på denna etiska problematik. Däremot verkar de intervjuades fördragsamhet med att olika hjälpaktörer kommunicerar informellt med varandra vara en öppning. Kanske skulle det i sammanhang där vårdplaner bestäms och "särskilt viktiga personer" identifieras klargöras vilka befogenheter olika hjälpaktörer ges när det gäller att föra brukarens talan. Är det bara ömsesidigt överenskommet i vilken utsträckning en specifik hjälpaktör får bidra till att en brukare får

den hjälp som han/hon uppfattar sig behöva torde fältet vara fritt. Som så mycket annat vi pekat på i denna rapport handlar detta antagligen om att till stor del låta brukaren fatta beslutet.

REFERENSER

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1): 11-18.

Bergmark, Å. & Lundström, T. (2005). Med förenade krafter? Om individ- och familjeomsorgens samverkan med andra myndigheter. *Socionomen, Forskningssupplementet*, 17, 1-20.

Duncan, B.R., Miller, S.D., Wampold, B.E. & Hubble, M.A. (editors). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). Washington, DC, US: American Psychological Association. (2010).

Ekendahl, M. (2007). Time to change: an exploratory study of motivation among untreated and treated substance abusers. *Addiction Research & Theory*, 15(3): 247-261.

El Ansari, W., Phillips, C.J., & Hammick, M. (2001). Collaboration and partnerships: developing the evidence base. *Health and Social Care in the Community*, 9, 215-227.

Goffman, E. (2004/1959). *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

King, A. (2011). Service user involvement in methadone maintenance programmes: the 'philosophy, the ideal and the reality'. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 18, 270-275.

Kolind, T. (2007). Form or content. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14, 261-275.

Larsen, D.L., Atkinson, C.C., Hargreaves, W.A., & Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Program Plann*, 2, 197-207.

Orford, J., et al. (2006). The clients' perspective on change during treatment for an alcohol problem: qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial. *Addiction*, 101(1): 60-68.

Perrault, M., et al. (2010). Relationship between perceived improvement and treatment satisfaction among clients of methadone maintenance program. *Eval Prog Plann*, 33, 410-417.

Satterfield, J.M., et al. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *The Milbank Quarterly*, 87, 368-390.

Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Storbjörk, J. (2006). *The social ecology of alcohol and drug treatment. Client experiences in context*. Stockholm University: Centre for Social Research on Alcohol and Drugs.

WHO (2000). *Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment: workbook 6 client satisfaction evaluations*. Geneva: World Health Organization.

BILAGA 1: Enkät ”Samverkan och styrning utifrån effekter för målgruppen – samordnad vårdplan för personer med samsjuklighet”

Patientens namn:.....

Personnummer (10 siffror):.....

Kontaktuppgifter (för att möjliggöra uppföljningsenkät):

(Fyll gärna i så mycket som möjligt av adresser, telefonnummer, anhöriga som får kontaktas, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VAR GOD VÄND BLAD FÖR YTTERLIGARE INFORMATION OCH UNDERSKRIFT!

Jag har fått information om undersökningen och väljer att (sätt kryss i lämpligt svarsalternativ nedan):

☐ Delta i studien, OBS: underskrift.....

☐ Inte delta i studien

☐ Har ingen möjlighet att delta i studien, pga:

☐ Hälsoskäl

☐ Språkskäl

☐ Nybesök (det är första gången jag kontaktar Alviks Beroendemottagning och har därför inget att tillföra undersökningen)

☐ Annat, vad.....

Lite frågor om Dig själv:

1. Ditt kön:

☐ 1) Kvinna

☐ 2) Man

2. Födelseår: 19

3. Hur ser Din situation ut just nu vad gäller sysselsättning?

(kryssa för ett alternativ)

☐ 1) Arbete

☐ 2) Studier

☐ 3) Pension

☐ 4) Sjukskriven

☐ 5) Arbetslös

☐ 6) Annat: _____

4. Hur/med vem bor Du just nu?

(kryssa för ett alternativ)

- ☐ 1) Med partner och barn
- ☐ 2) Endast med partner
- ☐ 3) Endast med barn
- ☐ 4) Med föräldrar
- ☐ 5) Med vänner
- ☐ 6) Ensam

- ☐ 7) Annat: _____

5. Vad är Ditt huvudsakliga boende?

(kryssa för ett alternativ)

- ☐ 1) Egen bostad (bostadsrätt, förstahandskontrakt)
- ☐ 2) Andrahandsboende
- ☐ 3) Hos föräldrar, släktingar, inneboende, boendekollektiv
- ☐ 4) Försöks/träningslägenhet
- ☐ 5) Institution/kategorihus/familjevård (organiserat av myndighet)
- ☐ 6) Hotell (organiserat av myndighet)
- ☐ 7) Bostadslös

- ☐ 8) Annat: _____

6. Har Du fått någon diagnos? (flera svarsalternativ är möjliga)

- ☐ 1) Beroende (alkohol/narkotika/annat)
- ☐ 2) Psykiatrisk diagnos (t ex depression, schizofreni)
- ☐ 3) Neuropsykiatrisk diagnos (t ex ADHD)
- ☐ 4) Annan diagnos, vad: _____

7. Behöver Du i nuläget hjälp för flera olika problem? (t ex både psykiska problem och missbruks-/beroendeproblem eller både ekonomiska problem och missbruks/beroendeproblem) (kryssa för ett alternativ)

- ☐ 1) Ja
- ☐ 2) Nej
- ☐ 3) Vet ej

8. Tror Du att samarbete mellan olika vårdgivare/instanser (beroendevård, psykiatri, socialtjänst, primärvård, frivård) skulle kunna vara till hjälp för Dig? (kryssa för ett alternativ)

- ☐ 1) Ja, i mycket stor utsträckning
- ☐ 2) Ja, i ganska stor utsträckning
- ☐ 3) Nej, i ganska liten utsträckning
- ☐ 4) Nej, inte alls
- ☐ 5) Vet ej

9. Finns det något sådant samarbete mellan olika vårdgivare/instanser (beroendevård, psykiatri, socialtjänst, primärvård, frivård) när det gäller Ditt hjälpbehov? (kryssa för ett alternativ)

- ☐ 1) Ja
- ☐ 2) Nej
- ☐ 3) Vet ej

9a. Om "ja", vilka förhoppningar har Du på att detta samarbete kan hjälpa Dig? (kryssa för ett alternativ)

- ☐ 1) Mycket stora förhoppningar
- ☐ 2) Ganska stora förhoppningar
- ☐ 3) Ganska små förhoppningar
- ☐ 4) Inga förhoppningar alls
- ☐ 5) Vet ej

9b. Har Du själv fått vara med och påverka den samordnade hjälpen? (kryssa för ett alternativ)

- ☐ 1) Ja, i mycket stor utsträckning
- ☐ 2) Ja, i ganska stor utsträckning
- ☐ 3) Nej, i ganska liten utsträckning
- ☐ 4) Nej, inte alls
- ☐ 5) Vet ej

10. Ungefär hur lång tid tillbaka från i dag har Du haft kontakt med Alviks beroendemottagning? Skriv i antalet månader:

_____ månader

Här kommer frågor till Dig som har haft kontakt med Alviks beroendemottagning minst en månad från idag. Du som haft kortare kontakt med Alviks beroendemottagning än en månad, hoppa till fråga 13 längre ned på denna sida.

Följande påståenden och frågor handlar om hur nöjd Du är med den hjälp Du har fått. Utgå från Dina erfarenheter av verksamheten på Alviks beroendemottagning. Kryssa för den ruta som bäst stämmer överens med Dina upplevelser. Vänligen läs påståendena 11a-11j noga, samt frågorna 12-14.

	Stämmer helt och hållet (4)	Stämmer ganska bra (3)	Osäker (2)	Stämmer inte så bra (1)	Stämme r inte alls
11. Under min kontakt med denna verksamhet har:					

					(0)
a)...personalen <u>inte</u> alltid förstått vilken typ av hjälp jag vill ha					
b)...jag blivit väl informerad om beslut som har med min behandling att göra					
c)...personalen och jag själv haft olika uppfattning om vilka målen borde vara med min behandling					
d)...det alltid funnits någon från personalen tillgänglig när jag har velat prata					
e)...personalen hjälpt till med att motivera mig att lösa mina problem					
f)...jag <u>inte</u> gillat alla behandlingsmöten jag har deltagit i					
g)...jag <u>inte</u> haft tillräckligt med tid till att lösa mina problem					
h)...jag ansett att personalen har gjort ett bra jobb					
i)...jag fått den hjälp jag letade efter					
j)...jag ogillat en del regler som har med behandlingen att göra					

12. Hur uppfattar Du kvaliteten på den hjälp Du får här på Alviks beroendemottagning som helhet? (kryssa för ett alternativ)

- ☐ 1) Mycket bra
- ☐ 2) Ganska bra
- ☐ 3) Ganska dålig
- ☐ 4) Mycket dålig

13. Motsvarar hjälpen Du får här på Alviks beroendemottagning Dina behov? (kryssa för ett alternativ)

- ☐ 1) I mycket stor utsträckning
- ☐ 2) I ganska stor utsträckning
- ☐ 3) I ganska liten utsträckning
- ☐ 4) Inte alls

14. Tror Du att hjälpen Du får här på Alviks beroendemottagning kommer att lösa Dina problem? (kryssa för ett alternativ)

☐ 1) Ja

☐ 2) Nej

☐ 3) Vet ej

Nu kommer några frågor om hur oroad eller besvärad Du har varit av olika problem de senaste 30 dagarna. För varje problemområde (15a-15g) kryssa för den ruta som bäst stämmer överens med Dina upplevelser.

15. Hur oroad eller besvärad har du varit under de senaste 30 dagarna för:	Inget problem (0)	Litet problem (1)	Måttligt problem (2)	Påtagligt problem (3)	Mycket stort problem (4)
a) problem med alkohol?					
b) problem med narkotika?					
c) din fysiska hälsa?					
d) din psykiska hälsa?					
e) rättsliga problem eller problem med brottslighet?					
f) problem med arbete eller arbetslöshet?					
g) problem med familj och umgänge?					

På de två sista sidorna kommer några frågor som handlar om Din alkohol-/droganvändning. Var god vänd blad!

Med ett "glas" menas: 50 cl folköl <u>eller</u> 33 cl starköl <u>eller</u> 1 glas rödvin <u>eller</u> 1 litet glas starkvin <u>eller</u> 4 cl sprit.					
16. Hur ofta dricker Du alkohol?	Aldrig ☐	1 gång i månaden eller mer sällan ☐	2-4 gånger i månaden ☐	2-3 gånger i veckan ☐	4 gånger/ veckan eller mer ☐
17. Hur många "glas" (se ovan) Dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?	1-2 ☐	3-4 ☐	5-6 ☐	7-9 ☐	10 eller fler ☐
18. Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐
19. Hur ofta under det senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐
20. Hur ofta under det senaste året har Du låtit bli att göra något som Du borde för att Du drack?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐

	☐	☐	☐	☐	☐
21. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐
22. Hur ofta under det senaste året har Du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av Ditt drickande?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐
23. Hur ofta under det senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐
24. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?	Nej ☐	Ja, men inte under det senaste året ☐		Ja, under det senaste året ☐	
25. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?	Nej ☐	Ja, men inte under det senaste året ☐		Ja, under det senaste året ☐	

26. Hur ofta använder Du andra droger än alkohol (t ex cannabis, amfetamin, heroin eller bensodiazepiner)?	Aldrig ☐	1 gång i månaden eller mer sällan ☐	2-4 gånger i månaden ☐	2-3 gånger i veckan ☐	4 gånger/vecka eller mer ☐
27. Använder Du fler än en drog vid ett och samma tillfälle?	Aldrig ☐	1 gång i månaden eller mer sällan ☐	2-4 gånger i månaden ☐	2-3 gånger i veckan ☐	4 gånger/vecka eller mer ☐
28. Hur många gånger tar du droger under en typisk dag då Du använder droger?	0 ☐	1-2 ☐	3-4 ☐	5-6 ☐	7 eller fler ☐
29. Hur ofta blir Du kraftigt påverkad av droger?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐
30. Har Du under senaste året upplevt att din längtan efter droger varit så stark att Du inte kunnat stå emot?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐
31. Har det hänt att Du under senaste året inte kunnat sluta ta droger sedan Du börjat?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐

Om Du har några kommentarer kring denna enkät eller kring hur Alviks beroendemottagning (eller andra vårdgivare) kan förbättra sin verksamhet går det bra att skriva här:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

BILAGA 2: Intervjuguide, Radetzky, Alvik, 2013-06-12

Urval: De 10 yngsta personerna som svarade på enkäten. Om några av dessa väljer att inte låta sig bli intervjuade kan andra patienter i samma ålder tillfrågas. Intervjuerna beräknas ta ca 30 min och ska spelas in på band (kassettbandsspelare, mp3-inspelare, telefon el dyl) så att materialet kan transkriberas. Tänkbara följdfrågor för alla teman nedan: berätta mer, kan du utveckla, hur kändes det, vad hände då osv. Försöka att undvika JA/NEJ-svar så långt det går. Det är helst patienten som ska prata.

Livssituation och behov av hjälp

- kan du lite kortfattat försöka beskriva din nuvarande livssituation
- vilket ser du som ditt huvudsakliga problem (finns det flera problem)
- vad du tror skulle kunna vara en lösning på detta problem (om du fick säga en sak som verkligen skulle ha betydelse och vara bra för dig, och sen följdfråga varför, går det att genomföra osv)

Erfarenhet av hjälp

- vad får du för hjälp just nu på Alviks beroendemottagning och varför just den hjälpen
- kan du beskriva om (eller på vilket sätt) den hjälp du får passar för just dina problem
- vilka olika ställen hjälper dig just nu (gärna specifika frågor om socialtjänst, primärvård, psykiatri)
- beskriv hur en typisk månad ser ut för dig när det gäller kontakter med olika ställen som hjälper dig

Uppfattning om olika hjälpare

- kan du berätta vad hjälpen från olika ställen består av (frågor om socialtjänst, primärvård, psykiatri)
- vad tycker du om den hjälp du får från dessa ställen, varför tycker du så
- kan du berätta varför du tror att flera ställen försöker hjälpa dig
- kan du beskriva hur samverkan mellan dessa ställen påverkar dig och din situation

Samverkan och inflytande över hjälp

- kan du beskriva hur det brukar gå till när det bestäms vilken hjälp du ska få (olika på olika ställen)
- vad betyder ordet samordnad vårdplan för dig
- känner du till ifall olika ställen som hjälper dig brukar samarbeta när det gäller hjälpen till dig
- hur skulle hjälpen till dig se ut om du fick bestämma helt själv (gärna följdfrågor om sammanlagd hjälp från alla olika ställen)
- tror du att du kommer att få den typ av hjälp som du önskar