

Socialtjänstförvaltningen
Enheten för hemlösa
- Stödteam för män

Utredning och uppföljning i samarbete med klienten –
rapport från ett tvåårigt projekt med stöd av Länsstyrelsen i
Stockholms län.

2007-01-25

Författare:
Anna-Lena Cronqvist, projektsamordnare
Kristina Öberg Östergren, sektionschef

Förord

Enheten för hemlösa har genomfört ett utvecklingsprojekt med stöd av Länsstyrelsen under två år. Syftet har varit att öka socialsekreterarnas yrkeskunskap och profession i det som är en viktig del i myndighetsutövningen - utredningsprocessen. Mycket har handlat om att skingra dimridåer kring begreppet handläggning och utredning, som av tradition och utförande tolkats på många skilda sätt inom socialtjänsten. För det mesta oförutsägbart för de människor som varit föremål för dessa utredningar och bedömningar.

ASI som en strukturerad intervjumetod involverar både klientens och socialsekreterarens perspektiv i processen, frågor och svar blir transparenta och därmed tillgodoses klienternas insyn och delaktighet i myndighetens arbete. Det krävs givetvis att socialsekreterarna tillägnar sig metoden och till det krävs utbildning och tillämpning, som inledningsvis också har krävt handledning.

De uppföljningsintervjuer som ingår som en del av ASI, återspeglar och har fokus på den förändringsprocess som sker i det sociala arbetet. Den feedback som uppföljningen ger tydliggör också för socialsekreterarna det värde som metoden för med sig. Genom att sedan systematiskt via ett särskilt datasystem behandla de uppgifter som tillämpningen av ASI gett, har Enheten genererat ett intressant underlag för analys på gruppnivå, utan att några klienters identiteter röjs.

Efter två års arbete med att metodiskt introducera och tillämpa ASI på Enheten har de flesta socialsekreterare nu denna kunskap och tillämpningen sker nu regelmässigt, framförallt i den grupp som arbetar med inriktning på män med missbruksproblematik. Sektionschef Kristina Öberg Östergren som målmedvetet och drivande introducerat ASI möttes till en början av en viss skepsis, men tillsammans med den kunnige projektsamordnaren Anna-Lena Cronqvist vid sin sida har de lyckats implementera modellen.

Det är inte utan stolthet jag ser hur ASI fungerar som en självklar arbetsmetod i Enhetens arbete, också med tanke på att den rekommenderas av både från forskare och från statligt håll, som ett led i att skapa en evidensbaserad praktik.

19 januari 2007

Claudette Skilving
verksamhetschef

Sammanfattning

Denna skrivelse är en rapport från ett tvåårigt projekt med namnet – ”Utredning och uppföljning i samarbete med klienten”. Rapporten ställs till Länsstyrelsen i Stockholms län som beviljat medel till projektet.

Rapporten inleds med att konstatera att det finns ett stort behov av att utveckla socialtjänstens sätt att utreda och bedöma människor med missbruksproblem, att utveckla metoderna för att följa upp de egna insatserna och att i högre grad än hittills basera utredningsarbetet på empiriskt grundad kunskap.

Därefter redogör den för hur ”Stödteamet för män” på Enheten för hemlösa i sitt utvecklingsarbete ansökt om projektmedel från Länsstyrelsen i Stockholm år 2004, för att förstärka implementeringen av systematiska utredningar. Syftet med projektet var att införa systematisk utredning i en arbetsallians med den enskilde klienten, parallellt som motivation till förändring förstärks –att arbetet i högre grad skulle baseras på empirisk grundad kunskap.

De metoder som i huvudsak använts för att vårt utredningsarbete ska bli systematiska och även medverka till att en arbetsallians skapas är Addiction Severity Index (ASI), som är en strukturerad utredningsteknik och Motiverande Samtal (MI) som är en samtalsmetodik och ett förhållningssätt. Båda väl utprovade och adekvata.

Under de två projektåren har vi arbetat för att få dessa metoder att bli en naturlig del av vårt arbete. Detta implementeringsarbete har kommit att handla om aktiv arbetsledning och stöd från projektsamordnarens, att konstruera planer och mer eller mindre konsekvent följa dessa samt möten och planeringsdagar med hela arbetsgruppen. Utbildningar och uppföljningar av dessa samt att delta i konferenser och utbildningar för missbruksvården i Stockholm. Dessutom har ett stort arbete lagts ner på att ta fram statistik på olika sätt.

Efter två års arbete kan vi idag säga att vi har infört ett systematiskt sätt att utreda våra klienter med, som omfattar alla socialsekreterare i arbetsgruppen och de klienter som kommer som nybesök eller blir återaktualiserade. Utredningsmaterialet utgör en grund för planering av insatser och uppföljning av klienterna. Vi har också ökat vår förmåga att skapa en arbetsallians med den enskilde klienten samt fått ökad kunskap och förmåga att arbeta med motivationsprocesser. Utredningsmaterialet ger gruppstatistik om vår målgrupp som används för att utveckla verksamheten.

Efter att ha arbetat med att införliva dessa metoder i vårt dagliga arbete har vi dragit följande lärdomar som kan ha allmän giltighet i socialtjänstens missbrukarvård när man ska införliva – förändra sitt utredningsarbete. Våra erfarenheter pekar på:

- Vad som behövs för att lyckas i ett implementeringsarbete i en arbetsgrupp är beroende av var i en förändringsprocess arbetsgruppen befinner sig.
- Kunskap genom utbildningar – kurser räcker för det mesta inte alls för att man ska kunna omsätta kunskapen i det vardagliga arbetet.
- Det krävs en långsiktig plan och struktur och uppföljning av detta över tid som ansvarig chef håller i. Dessutom måste en person understödja en förändringsprocess och bidra till att upprätthålla den i det vardagliga arbetet. Det kan vara en fördel om detta är en annan person än chefen.
- Man måste få möjlighet att öva sig i metoderna under minst ett halvt år. Det behövs en viss frekvens i övningarna.

- När man behärskar ASI som teknik, behöver man i det enskilda klientarbetet fördjupa användningen av ASI genom att analysera materialet och använda det som ett bedömningsunderlag för att göra arbetsplan – vårdplan, där både motivationsaspekter, prioriteringsordning, tidsplan och vem som gör vad framkommer.
- Vi behöver utveckla ett systematiskt sätt att dokumentera de insatser klienterna erhållit under den tid som förflutit mellan grundintervjun och uppföljningsintervjun för att få en ökad kännedom om vad som gynnar förändring för olika klientgrupper.
- Vi behöver använda den kunskap som framkommer på gruppnivå för att utveckla verksamheten.
- Våra uppdragsgivare behöver efterfråga materialet och använda det för en strategisk utveckling av socialt arbete.
- När man fattat beslut om att förändra arbetet och man har stöd för detta, är det sedan viktigt att utvecklingen blir en del av det reguljära arbetet.
- Målen och kriterierna för utvecklingsarbetet ska vara både mät- och upplevelsebara för personalen. Man behöver kunna följa verksamhetens utveckling kontinuerligt och uppleva en positiv professionell utveckling av arbetet.
- Det behövs någon form av tydliga belöningssystem som stimulerar utvecklingsarbete och förnyelse.

Med ett systematiskt sätt att utreda klienter, i samarbete med dem, är det vår förhoppning och vision:

- att vi kan lyfta fram både individers och gruppers behov
- att sker på ett sådant sätt att kunskapsunderlaget får tyngd och
- att det på sikt kan medverka till ökade resurser för dem samt
- att vi fortlöpande kan utveckla verksamheten efter målgruppens behov och
- att kunna påvisa att socialtjänsten bidrar till en positiv förändring för dem.

1. BAKGRUND	7
BAKGRUND TILL PROJEKTET	7
ENHETEN FÖR HEMLÖSA I STOCKHOLMS KOMMUN	8
2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	9
SYFTE	9
FRÅGESTÄLLNING	9
3. METODER	10
VAL AV METODER	10
METODER SOM ANVÄNTS I PROJEKTET	10
ADDICTION SEVERITY INDEX- ASI	10
MOTIVERANDE SAMTAL (MI) OCH STAGES OF CHANGE	11
MOTIVATIONSBEFRÄMJANDE UTREDNING (MBU)	13
FALLBESKRIVNING	14
4. IMPLEMENTERINGSARBETET	15
UTREDNINGSARBETET	15
ASI	15
UPPFÖLJNINGSENTREVJUER	16
MBU	16
UTBILDNINGAR	17
GRUNDUTBILDNINGAR	17
UPPFÖLJNING OCH ÖVNING AV NY KUNSKAP	17
PROJEKTSAMORDNAREN	18
ANSTÄLLNING	19
MÖTEN MED ANSVARIG CHEF	19
UTBILDNING	19
ARBETSUPPGIFTER	19
FÖRANKRINGEN I DET VARDAGLIGA ARBETET	20
ARBETSLEDNING	20
BEHANDLINGSPLANERING.	20
PLANERINGSDAGAR.	20
PEDAGOGISKA HJÄLPMEDEL	21
DOKUMENTATION UNDER PROJEKTIDEN	21
SPRIDA KUNSKAP	22
ANVÄNDADET AV STATISTIKMATERIAL	23
GRUPPSTATISTIK	23
ANDRA PROJEKT	23

5. RESULTAT AV ASI OCH ENKÄTER **24**

ASI-INTERVJUERNA	24
GRUNDINTERVJUN	24
UPPFÖLJNINGSENTERVJUN	24
BORTFALLET	25
REFLEXIONER FRÅN ARBETSGRUPPEN	25
BESKRIVNING AV DE MÅN VI MÖTER UTIFRÅN ASI-INTERVJUN	25
UPPLÄGG AV KLIENTBESKRIVNINGEN	25
ALLMÄN INFORMATION OM MÄNNEN PÅ ENHETEN FÖR HEMLÖSA	26
FYSISK HÄLSA	26
ARBETE OCH FÖRSÖRJNING	27
ALKOHOL OCH NARKOTIKAANVÄNDNING	27
KRIMINALITET	29
FAMILJ OCH UMGÄNGE	30
PSYKISK HÄLSA	30
HUR BLEV DET – GJORDE VI NÅGON NYTTA?	31
KLIENTERNAS SYN PÅ ASI	33
RESULTAT AV ENKÄTEN OM ASI	33
PERSONALENS SYN PÅ ASI	34

5. SLUTDISKUSSION **34**

MOTIVATIONSPROCESSEN I ARBETSGRUPPEN	35
SYSTEMATISK ANVÄNDNING AV UTREDNINGAR	36
ARBETSALLIANS	38
MOTIVATION TILL FÖRÄNDRING HOS KLIENTER	39
BASERAS ARBETET I HÖGRE GRAD PÅ EMPIRISK GRUNDAD KUNSKAP?	39
HUR GÅR VI VIDARE?	40

7. REFERENSER **41**

BILAGOR.	43
1. KLIENTBESKRIVNING (BORTFALL)	43
2. ENKÄT TILL KLIENTERNA	46
3. STATISTIK	48
GRUNDINTERVJUN	48
UPPFÖLJNINGSENTERVJUN	53

1. Bakgrund

Rapportens första kapitel beskriver bakgrunden till varför vi har genomfört detta projekt samt gör en sammanfattande beskrivning av den arbetsplats där projektet utförts, nämligen på Enheten för hemlösa vid Socialtjänstförvaltningen i Stockholms kommun.

Bakgrund till projektet

Såväl lagstiftning som aktuell forskning anger riktlinjer och principer för hur utredningsarbetet inom socialtjänsten bör bedrivas. Socialtjänstlagen (SOU 1999:48) fastställer bland annat socialtjänstens skyldighet att hjälpa människor med missbruksproblem att komma från missbruk, att hjälpinsatserna ska planeras och att denna planering ska ske i samråd med klienten: ”Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs” (2001:453 SoL kap 5 § 9).

Vikten av kvalificerad utredning och bedömning betonas också inom behandlingsforskningen på missbruksområdet. Forskare understryker exempelvis att missbruk är ett komplext fenomen och att de människor som kommer i kontakt med socialtjänsten för sina missbruksproblem skiljer sig åt i en mängd avseenden, som har betydelse för valet av insats (t.ex. Blomqvist, 1991, 1996; Lindström, 1992). Resultatforskning har också visat att det inte finns någon bestämd behandlingsmodell eller -metod som är ”den bästa” för alla missbrukare (t.ex. Lindström 1994; 1998; Berglund m.fl., 2000). En förutsättning för adekvata insatser är därför en noggrann och allsidig individuell bedömning.

Att människors vägar ut ur missbruk är många och att förändring oftast innebär en lång process där behandling kan vara en del, har bland annat Blomqvist (1999) visat. Han konstaterar att: ”en förutsättning för att kunna använda tillgängliga resurser på det i varje enskilt fall optimala sättet, är givetvis en noggrann och allsidig bedömning, i dialog mellan hjälpsökande och hjälpare, av den förres problem och svårigheter, personliga och sociala resurser och egen målsättning” (a.a.sid. 208).

Många forskare pekar också på vikten av att etablera en arbetsallians och att den är en grundförutsättning för ett behandlingsarbete. Det måste finnas en överenskommelse mellan klient och behandlare om mål, uppläggning samt deras respektive roller (Berglund m.fl. 1996; Blomqvist, 1999; Melin & Näsholm, 1998).

Vikten av uppföljning och utvärdering inom missbrukarvården har påtalats av många forskare. Man har också konstaterat vikten av att dokumentation och uppföljning görs till en del av det praktiska arbetet (Berglund m.fl. 1996; Oscarsson 1999). Tengvald (Berglund m.fl. 1996) sammanfattade sina synpunkter på dokumentation och uppföljning på följande sätt:

”Om vi ska få bättre kunskaper måste i praktiken både frontpersonal och arbets- och verksamhetsledande personal inom missbrukarvården själva arbeta med att följa upp och utvärdera missbruksarbetet”...”Viktiga argument för systematisk uppföljning och utvärdering är, att vi med detta som grund ökar möjligheterna för en kunskapsstyrd utveckling av klientarbetet i riktning mot bättre resultat för klienterna och deras närstående”.

År 1999 granskade Länsstyrelsen i Stockholm 1230 verksamheter i samtliga kommuner samt 1850 klagomål från enskilda människor. Efter granskningen framförde Länsstyrelsen bland annat kritik mot socialtjänstens sätt att utreda. Kritiken riktade sig både mot att väsentliga

uppgifter angående den enskildes situation, förutsättningar och behov ofta saknades i utredningarna, och mot att enskilda klienter ofta inte erbjuds insatser som är anpassade till deras behov och aktuella situation (Socialstyrelsen 1999b).

Socialstyrelsen (1999a) lyfter fram att klienterna ofta inte ges möjlighet att medverka i och utöva inflytande över planering av vård och stödinsatser och konstaterar vidare att den enskildes ställning i det sociala arbetet generellt behöver förstärkas. Att sätta klienten i fokus är också, enligt Socialstyrelsens mening, en förutsättning för kunskapsuppbyggnad inom socialtjänsten.

Sådan kritik som fanns 1999 av tillsynsmyndigheterna har fortsatt framkomma även fram till idag. Ett exempel på sådan kritik är den revisionsrapport som revisionskontoret i Stockholms stad publicerade 2004 (nr 8 september 2004). Där man bland annat konstaterade att brister i främst dokumentationen har börjat åtgärdas men att det fortfarande finns betydande behov av att förbättra både rutiner och dokumentation (a.a.s2).

En rimlig slutsats av det ovan sagda är att det finns ett stort behov att utveckla socialtjänstens sätt att utreda och bedöma människor med missbruksproblem, att utveckla metoderna för att följa upp de egna insatserna och att i högre grad än hittills basera utredningsarbetet på empiriskt grundad kunskap.

Enheten för hemlösa i Stockholms kommun

Enheten för hemlösas uppdrag är att bedriva en socialtjänstverksamhet som riktar sig till hemlösa i Stockholm stad som är över 20 år och som inte har någon tillhörighet i en stadsdel. De arbetar för att förbättra de hemlösas livssituation och för ett varaktigt boende, samt att vara ett kunskapscentrum för hemlöshetsfrågor i staden.

Verksamheten är organiserad i flera team med olika inriktningar. Bland annat ett team som riktar sig till hemlösa kvinnor, ett team till personer med psykisk ohälsa och ett större team med inriktning på missbruksproblematik som heter Stödteam för män.

Föreliggande rapport avser ett projekt som drivits i det sist nämnda teamet – Stödteam för män. I teamet finns 11 heltidstjänster, socialsekreterare, som arbetar med drygt 353 män vid ett och samma tillfälle. Männerna har en omfattande problematik av missbruk och hemlöshet. Många av dessa män har haft en svår livssituation under många år och har en sviktande motivation i sin syn på möjligheterna att faktiskt förändra sin livssituation.

Stödteamet för män har under de senaste sex åren arbetat med att vidareutveckla det psykosociala förändringsarbetet, att utreda i dialog med klienten, att ha systematisk dokumentation och uppföljning m.m. Vi har konstaterat att det behövs både kompetensutveckling och ny kunskap i personalgruppen för att åstadkomma detta. Det har medfört att det skett en satsning på metodutveckling genom handledning och utbildning, i bland annat Addiction Severity Index (ASI) och orienteringskurs i kognitiv psykoterapi (KPT) och handledning med sådan inriktning samt återkommande diskussioner på utvecklings och planeringsdagar.

För att den utvecklingsambition som fanns vad gäller systematisk dokumentation och större delaktighet från de utredande klienternas sida skulle uppnås bedömde vi att det initialt krävdes en förstärkning och vi ansökte därför om projektmedel från Länsstyrelsen i Stockholm i februari 2004. Vi bedömde att det krävdes en projektsamordnare som skulle få ett särskilt uppdrag för implementering och uppföljning för att hjälpa socialsekreterarna att använda sig av mer systematiska dokumentationsmetoder tillsammans med klienten. Vi bedömde att det inte fanns utrymme för arbetsledaren att driva detta, med ansvar för socialsekreterargruppen, att arbetsleda och handleda och med ett stort besluts-, personal- och budgetansvar. Men att när

implementeringen har skett bör socialsekreterarna ha införlivat metoderna i det reguljära arbetet och behovet av en samordnare borde upphöra.

Planeringen av projektarbetet beskrevs så här i projektansökan:

1. Socialsekreterare utbildas i motivationsförstärkandet intervjuteknik (MI) och utredningsarbete (MBU).
2. Under projekttiden sker även påbyggnad av användandet av systematisk dokumentation och uppföljning (ASI) genom uppföljningsdagar av redan genomförd utbildning med David Zingmark som utbildar i ASI.
3. Under projektet sammanställer samordnaren ASI och återför sammanställt material regelbundet till verksamheten. Samordnaren har ständig återkoppling med projektansvarig sektionschef.
4. Från september 2004 erbjuds alla nybesök vid missbruksgruppen en systematisk kartläggande intervju (ASI) samt vid behov ytterligare motivationsförstärkande utredning. Därefter sker systematisk uppföljning vid ett par tillfällen.

Efter att ha använt ovan nämnda strukturerade och utprovade metoder under projekttiden med klienterna ska materialet utvärderas, socialsekreterarna och deltagande klienter intervjuas. Metodernas för och nackdelar i just vår verksamhet ska diskuteras och användningen justeras efter framkommet resultat.

Klientgruppen som valt att tacka ja till ASI intervju ska också beskrivas genom sammanställning av relevanta variabler ur ASI inledningsintervjuerna och ASI uppföljningsintervju. Den grupp som inte intervjuats ska även beskrivas genom de uppgifter som framkommit, genom att socialsekreteraren fyller i en bortfallsenkät.

2. Syfte och frågeställningar

Syfte

Syftet med projektet var att införa systematisk utredning i en arbetsallians med den enskilde klienten, parallellt som motivation till förändring förstärks –att arbetet i högre grad skulle baseras på empirisk grundad kunskap.

Frågeställning

Socialtjänstlagen, aktuell forskning och tillsynsmyndigheter har i varierande omfattning under många år angett riktlinjer och principer för hur utredningsarbete inom socialtjänstens missbruksvård bör bedrivas för att medverka till en positiv förändring för den enskilde. Hur ska då ett sådant arbete implementeras och utföras i praktiken på en socialbyrås missbruksgrupp? Hur omsätts teorin i praktiken?

3. Metoder

Detta kapitel inleds med att vi nämner något om skälen till varför vi valde några metoder bland många andra. Därefter beskrivs varje metod kortfattat; Addiction Severity (ASI), Motiverande samtal (MI) samt Motivations Befrämjande Utredning (MBU). Kapitlet avslutas med en fallbeskrivning för att illustrera hur metoderna används i praktiken.

Val av metoder

När vi skulle utveckla ett mer systematiskt sätt att utreda tillsammans med klienten parallellt till att motivation förstärktes, valde vi tekniker och metoder som var väl utprovade och adekvata. Detta kom vi fram till genom att söka i kunskapssammanställningar och genom att ha samtal med tillsynsmyndigheter som hade överblick i kunskapsläget. Dessutom valdes en metod (MBU) som hade utvecklats genom praktiska erfarenheter av bland annat sektionschef och som visat att det var möjligt att tillämpa principer, som var förankrade i aktuell forskning, inom socialtjänstens missbruksarbete (FoU 2001:1).

Vad beträffar systematiska utredningsmetoder så hade ASI stöd av bland annat socialstyrelsen där man idag på sin hemsida konstaterar bland annat följande: ”Kraven som ställs på ASI-intervjun är mycket höga. Frågorna prövas vetenskapligt och ASI-användarna får utbildning. Det säkerställer att den information som läggs in blir tillförlitlig och kan användas för vetenskapliga studier. ASI-information kan då komma att generera värdefull kunskap om de insatser som görs inom missbrukarvården och deras värde för klienterna”(www.sos.se).

Dessutom var sektionschefen själv utbildad i ASI och van användare innan det infördes i Stödteam för män. Hon kunde konstatera att ASI kunde bli användbart och berätta om möjligheterna på det sådant sätt att gruppen själva blev tillräckligt intresserade av metoden för att vilja genomföra utbildningen i ASI.

Vad beträffar motivationsarbete tog vi del av en kunskapsöversikt av Bergmark och Oscarsson (1999) där de konstaterade att det, bland forskare och praktiker, mest inflytelserika perspektivet på motivationsfrågan är ”Motivational Interviewing” som företräds av Miller (Miller & Rollnick 1991) samt Prochaska och DiClemente (1984) teoretiska stadiemodell (stages of change) för förändringsprocesser som är närbesläktat med Millers perspektiv. Bergmark och Oscarsson (a.a.) framförde att dessa två teoretiska modeller dominerande det vetenskapliga och professionella resonemanget kring motivationsproblematiken hos missbrukare. Vi tog själva ställning till om metoden skulle kunna passa även oss genom att läsa deras (Miller & Rollnick 1991) bok i ämnet och fann att vi kände igen oss väl i deras sätt att resonera och beskriva motivationsprocesser. Vi började söka efter utbildare i Sverige genom den hemsida som Miller hade (www.motivationalinterview.org) och hittade en förteckning av utbildare i Sverige. Vi tog så småningom kontakt med en av dessa och genomförde utbildningen.

För att åskådliggöra hur vi använder dessa metoder i vårt dagliga arbete avslutas metodkapitlet med en fallbeskrivning.

Metoder som använts i projektet

Addiction severity index- ASI

Addiction Severity Index, ASI (Andreasson, S. m.fl. 1999), är en strukturerad intervju som innehåller frågor som är relevanta för klienters missbruksproblem.

Intervjun täcker förutom alkohol- och narkotikamissbruk även andra livsområden som arbete, fysisk och psykisk hälsa, socialt umgänge och kriminalitet.

I slutet av varje område skattar klienten hur stort problem respektive hur stort hjälpbehov han har inom just detta område. Efter intervjun gör intervjuaren en skattning baserad på vad klienten har svarat på de kritiska, objektiva frågorna inom varje område.

Intervjuaren kan sedan sammanställa det som framkommit under intervjun i ett feedbackformulär som också är lämpligt att använda när man gör återkopplingen av intervjun till klienten.

ASI-intervjun finns i två versioner, en grundintervju som innehåller drygt 180 frågor och en uppföljningsintervju med ungefär 150 frågor. Grundintervjun fokuserar både på klientens tidigare liv och aktuella förhållanden medan uppföljningsintervjun koncentreras till aktuella förhållanden.

Vetenskapligt är ASI-intervjun utprovad för grupper av missbrukare. Flera studier har gjorts i USA och det finns även studier gjorda i Sverige. ASI-intervjun utvecklades i början på 1980-talet av den amerikanske missbruksforskaren Tom McLellan och hans kollegor vid universitet i Philadelphia. Ursprungligen konstruerades intervjun för en utvärdering av sex olika behandlingar. I dag är ASI-intervjun översatt till ett stort antal språk och används i många länder.

På initiativ av Centrum för utvärdering av socialt arbete, CUS (nuvarande IMS) och i samarbete med forskare på Karolinska institutet, Universitetssjukhus, MAS och Institutionen för psykologi i Umeå har en svensk version utarbetats. Denna första svenska officiella version gavs ut 1996. Den senaste och nu gällande versionen publicerades 1999.

I första hand är grundintervjun tänkt att användas som en personlig intervju i möte med klienterna medan uppföljningsintervjun kan genomföras per telefon.

I Sverige används ASI-intervjun i missbrukarvården, både inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Den används också inom kriminalvården och vid flera behandlingshem och några av Statens institutionsstyrelses (SiS) institutioner. Internationellt används ASI-intervjun i Nordamerika och i flera europeiska länder. (<http://www.socialstyrelsen.se/IMS/ASI/index.htm>)

För att kunna använda sig av ASI krävs en utbildning på cirka tre dagar. Utbildning i ASI finns att tillgå, bland annat genom Socialstyrelsen, IMS.

Motiverande samtal (MI) och stages of change

Motivations samtal har utvecklats under de senaste drygt 20 åren och syftar till att hjälpa människor att förändra beteenden. Motiverande samtal (eller på engelska Motivational Interview) är både ett förhållningssätt och en samtalsmetodik som bygger på arbetet av professor William Miller i USA. Metoden utvecklades inom missbrukarvården men har visat sig mycket användbar inom allt fler områden, t ex diabetesvård, rökavvänjning mm.

Ett viktigt grundantagande inom motiverande samtal är att motivationen inte betraktas som en egenskap hos individen utan som benägenhet till förändring och därför kan påverkas av situationen. Denna benägenhet till förändring kan påverkas och kan variera över tid. Klienten är också betraktad och behandlad som en individ som är fri att välja om han/hon vill ändra sitt beteende – klienten betraktas varken som hjälplös eller omotiverad.

Den professionella som använder motiverande samtal tillsammans med en klient har som uppgift att uppmuntra och stödja klienten att själv beskriva vilka problem han/hon upplever och också vad som behöver göras.

Socialekreterarens roll är stödjande och reflekterande. Klienten ska mötas med empati och respekt. De frågor som avhandlas är:

1. Varför är det viktigt med förändring? Hur viktigt är det? Man går noggrant igenom för- och nackdelar med det aktuella beteendet tillsammans med klienten och dessa vägs mot varandra, ofta med hjälp av numeriska skattningar som klienten själv gör.
2. Den andra huvudfrågan är i vilken utsträckning klienten tror sig vara kapabel att ändra sitt beteende, d.v.s. hur ska en förändring gå till? Här går man igenom konkreta situationer där ett annat beteende krävs och diskuterar klientens beredskap att klara av dessa.
3. Den tredje frågan är när ska förändring ske? Detta beror på vad man kommit fram till under punkt 1 och 2. Om fördelarna överväger nackdelarna och beredskapen till förändring bedöms god, ökar också benägenheten att gå till handling.

Motiverande samtal lämpar sig bäst i ett läge när klienten själv börjat fundera eller ifrågasätta sitt eget beteende, men kan också användas för t ex ungdomar som inte alls upplever att missbruket ännu är ett problem. Om flera problem förekommer i klientens liv bör man arbeta med ett i taget.

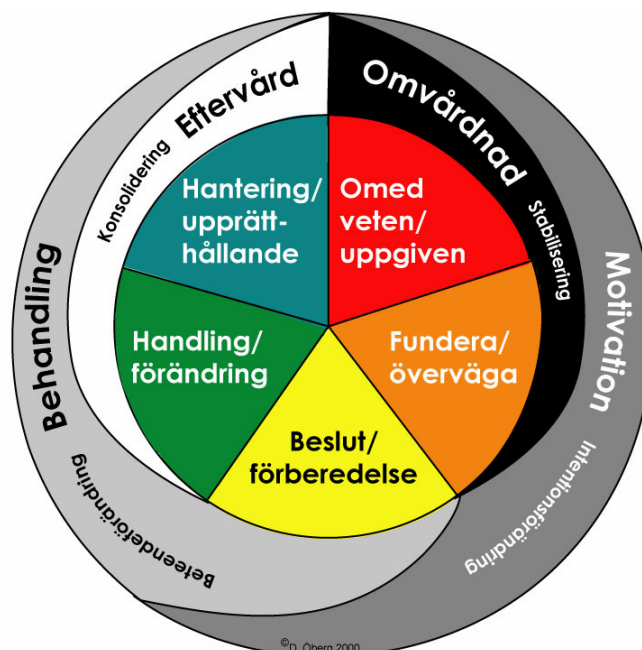
Detta finns beskrivet i boken *Motivational Interviewing* av Miller W. R & Rollnick S (2002).

En modell som används tillsammans med motiverande samtal är stages of change av Prochaska och DiClemente (1984). Den bärande tanken i denna modell är att en persons förändring går via ett antal stadier som följer på varandra i tid. Om en person inte återfaller i sitt tidigare beteende lämnar han modellen och har då slutgiltigt genomfört sin förändringsprocess.

Modellen är enkel, pedagogisk och hjälper både klient och personal pricka in var klienten befinner sig när det gäller beredskap till förändring, d.v.s. motivationsnivån. Beroende på var klienten befinner sig ger modellen konkreta råd angående vad personalen ska fokusera på.

”Förändringshjulet” finns beskrivet bland annat som följande bild av David Öberg (2004) som illustrerar förändringshjulet kopplat till vilken insats som är lämplig under respektive fas. De olika faserna benämns omedveten/uppgiven, fundera/överväga, beslut/förberedelse, handling/förändring samt hantering/upprätthållande.

Figur 1: ”Medaljongen” av David Öberg (2004).



Omedveten/uppgiven innebär antingen att man inte insett att man har ett problem eller att man gett upp hoppet om att lösa problemet i fråga. När det gäller personer med allvarligt missbruk så behöver de främst omvårdnad under denna fas, eventuellt kombinerat med information om man är beredd att ta emot denna. Under nästa fas – *fundera/överväga* – behövs fortsatt omvårdnad men man är också mottaglig för motivationssamtal med inriktning mot att utforska ambivalensen kring missbruket. Under tredje fasen, *beslut/förberedelse*, har man fattat beslut om att förändra sitt beteende men har ännu inte kommit till handling. Under denna period undersöker man olika behandlingsalternativ för att ta ställning till hur man ska gå vidare. Fasen därefter innebär att man gått till handling och att förändringen är inledd. Under fasen *hantering/upprätthållande* ligger tyngdpunkten på insatser som underlättare för klienten att leva ett normalt liv – återfallsprevention är en viktig del i denna fas.

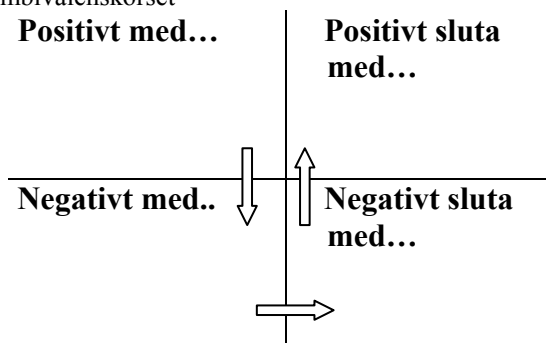
Några av de MI-tekniker vi använt oss av under projektiden är *BÖRS* och *ambivalenskorset*. *BÖRS* är en förkortning av **B**ekräftelse, **Ö**ppna frågor, **R**eflektivt lyssnande samt **S**ammanfattningar.

Bekräftelse innebär att understryka sådant som klienten gör eller säger och som är positivt för honom. Öppna frågor får klienten att berätta med egna ord och kan inte besvaras med ett enkelt ja eller nej. Reflektivt lyssnande innebär en återkoppling av det klienten sagt fast med andra ord för att visa att man förstått vad klienten menar. Sammanfattningar av vad som sagts kan göras både under samtalet och slutet av samtalet och görs på ett sådant sätt att det klienten sagt som talar för en positiv förändring.

Ambivalenskorset är ett hjälpmedel att använda när klienten befinner sig i fasen ”fundera/överväga”. Det är ett sätt att utforska såväl negativa som positiva följder av ett beteende samt även utforska negativ och positiva effekter av att sluta med ett beteende.

För bästa resultat börjar man utforska det positiva med beteendet, övergår till att beakta de negativa effekterna av beteendet, går vidare till det negativa med att upphöra med beteendet och avslutar med att gå igenom vilka positiva effekter man kan få av att sluta.

Figur 2: Ambivalenskorset



Motivationsbefrämjande utredning (MBU)

Motivationsbefrämjande utredning, MBU, innebär att tillsammans med klienten kartlägga, bedöma och reflektera kring hans/hennes livssituation, i syfte att komma fram till adekvata insatser och samtidigt stärka motivationen för förändring.

MBU svarar mot både klientens och socialtjänstens behov och har därmed dubbla syften:

- att klienten skall få en överblick över sina resurser och behov med utgångspunkt i egna mål, samt hur behoven kan tillgodoses, parallellt med att motivationen till förändring stärks, samt
- att socialtjänsten skall få underlag för bedömning av behov inför beslut om insatser, samt för uppföljning och utvärdering.

MBU är individinriktad och bygger på enskilda samtal som utgår från individens uppfattning av sin situation. Arbetet med MBU pågår under en avgränsad tidsperiod om exempelvis tre månader, med en fast samtalsfrekvens. Arbetssättet innebär en process i flera steg som följer en bestämd ordning och struktur. Det innebär också att ett skrivet material produceras, där utredaren sammanställer vad som kommit fram samt skriver ned sammanfattande slutsatser och behandlingsplanering. Klienten tar del av utredningen som sedan sparas i personakten. Uppföljning och utvärdering görs regelbundet efter avslutad utredning med hjälp av ASI-intervju.

MBU är ett sätt att använda väl etablerade principer i arbetet med vuxna missbrukare inom socialtjänsten. MBU är utvecklat av Johan Wallér och Kristina Öberg Östergren. Se även FoU rapport 2001:1, Socialförvaltningen FoU byrån Stockholm.

I den fortsatta texten kommer ovan beskrivna metoder att benämnas med sina förkortningar, d.v.s. ASI, MI och MBU.

Fallbeskrivning

Nedan görs en kort fallbeskrivning för att visa hur vi praktiskt använder ASI och MI i det dagliga arbetet på Enheten för hemlösa. Vi kallar klienten "Janne" och han är en ganska typisk klient hos oss. Beskrivningen visar hur det kan gå när allt går som planerat, vilket det kanske inte alltid gör...

Janne kommer på sitt första besök till Enheten för hemlösa efter att ha varit hemlös de senaste fem åren. Under dessa fem år har han löst sitt boende genom att bo hos olika missbrukande kompisar, bott i portar eller hos olika kvinnor och nu senaste tiden på olika härbärgen. Han är trött på att inte ha ett någonstans att bo och har vänt sig till oss för att få hjälp med en bostad.

Vid första besöket träffar han två socialsekreterare, Anna och Bertil. För Janne är hela livssituationen kaotisk och han behöver först och främst ett ordnat boende och pengar till mat och cigaretter. Anna och Bertil bokar boende på ett härbärke eftersom Janne inte tror att han kan klara något drogfritt boende just nu. Genom utredningssektionen får han fickpengar.

Vid besök två månader senare informerar Anna och Bertil om ASI-intervjun som är tänkt att genomföras nästa gång och Janne får med sig en kortfattad skriftlig information om denna.

Vid tredje besöket gör Anna ASI-intervjun tillsammans med Janne, av intervjun framgår i korthet att Janne är mycket bekymrad över sin hälsa p.g.a. hepatit C, astma samt problem med ryggen. Han är inte speciellt oroad för arbete eller försörjning eftersom han lyckats hanka sig fram genom kortare svartjobb senaste åren. Han uppger att han tar amfetamin intravenöst så gott som dagligen, rökt cannabis 20 av de senaste 30 dagarna samt druckit alkohol till berusning 10 av de senaste 30 dagarna men tycker trots detta att varken alkohol eller narkotika är något bekymmer. Däremot är han bekymrad över att han förlorat kontakten med sin nu 19-åriga son, han har också mått psykiskt dåligt samtliga av de senaste 30 dagarna och anser att han behöver hjälp för detta.

Vid fjärde besöket ger Anna feedback på intervjun; hon går igenom område för område och tar upp styrkor och svagheter inom varje område samt hur hon och Janne skattat behovet av hjälp inom varje område. I de fall skattningarna skiljer sig åt så motiverar hon sin skattning medan hon också ger Janne möjlighet att tala om varför han valt en annan skattning. När de är färdiga är de båda överens om att Janne har ett stort behov av hjälp med den fysiska hälsan och ett

något mindre behov av hjälp inom familj/umgänge. Anna har även skattat att Janne har ett stort behov av hjälp inom område alkohol/narkotika och Janne kan visst förstå hennes synpunkter men står ändå fast vid att detta inte är något större bekymmer. Anna menar också att anledningen till att Janne mått psykiskt dåligt senaste trettio dagarna främst beror på hela hans livssituation och inte är ett tecken på psykisk ohälsa varför hon inte skattat att han har så stort behov av hjälp inom detta område.

Femte besöket ägnas åt att göra en arbetsplan utifrån det som framkommit under feedbacken på ASI-intervjun. Arbetsplanen består i att Janne ska boka en tid på infektionsmottagningen på att kolla upp sin hepatit C samt boka en tid hos en läkare för att få en remiss till en ortoped för ryggproblemen. Med på arbetsplanen finns också att Anna och Bertil ska kontakta Skatteverket för att därigenom ta reda på adressen till Jannes son. Under samtalet kommer Janne själv på att det nog skulle vara bra om han kunde vara nykter vid läkarbesöken och undrar över möjligheten att flytta till ett drogfritt boende, det visar sig att han redan minskat intaget av både alkohol och narkotika till en sådan nivå att det inte ska vara några större problem att avstå helt. Infosamtal bokas på drogfritt boende och några dagar senare flyttar Janne till ett drogfritt utredningsboende.

Kontakten mellan Janne och hans socialsekreterare fortsätter och efter ca tre månader finns en utredning skriven som väl beskriver Jannes livssituation och vilka stödbehov han har framöver. Det visar sig bl.a. att han tidigare gått igenom flera 12-steps behandlingar och varit nykter långa perioder efter dessa varför man kommer överens om att Janne skulle behöva en återfallsbehandling. Janne flyttar till ett inackorderingshem där han får fortsatt stöd till att vara drogfri och genomgår en återfallsbehandling.

Efter sex månader görs en ASI-uppföljningsintervju och den visar att Janne är fortsatt bekymrad över sin fysiska hälsa och att han nu också vill ha hjälp att komma igång i arbete samt att han nu uppger att han är bekymrad för sitt alkohol- och narkotikamissbruk även om han inte just nu tycker att han har något behov av hjälp för detta just nu. Problemen inom familj och umgänge har upphört eftersom Janne fått kontakt med sin son och träffat honom vid ett par tillfällen. Janne har heller inte några psykiska problem längre.

Ny arbetsplan skrivs som främst handlar om att se till att Janne kommer i arbete.

4. Implementeringsarbetet

I detta kapitel beskrivs vad vi konkret gjorde under de två projektåren för att aktivt påverka implementeringsprocessen på arbetsplatsen, bland klienter och för andra. Det kom att handla om arbetsledning och projektsamordnarens funktion samt möten mellan dessa. Att konstruera planer och mer eller mindre konsekvent följa dessa. Möten och planeringsdagar med hela arbetsgruppen. Utbildningar och uppföljningar av dessa samt att delta i konferenser och utbildningar för missbruksvården i Stockholm. Dessutom ett stort arbete med att hantera statistik på olika sätt.

Utredningsarbetet

ASI

Projektet startade september 2004. Inför ansökan om projektmedel fastställde sektionschefen en plan och struktur för användandet av ASI grundintervju, bestämde att uppföljningsintervjuer skulle genomföras samt att vi skulle öka användningen av MBU. Planen för ASI grundintervju

byggde på erfarenheter som arbetsgruppen erhållit genom att under cirka ett år både ha övat sig på ASI och därefter använt den individuellt. Hur vi skulle använda ASI mer systematiskt hade diskuterats i hela arbetsgruppen på planeringsdagar. Vid dessa diskussioner kom vi fram till att det skulle vara rimligt att erbjuda alla nybesök eller återaktualiserade personer att under utredningstiden genomföra en kartläggning med hjälp av ASI. Detta skulle innebära att vi genomförde ASI med ca 10 personer per månad. Vi trodde inte att det skulle vara möjligt att genomföra ASI intervjuer med alla gamla klienter, ca 350 stycken. Det skulle vara svårt att motivera för människor som varit aktuella länge att ännu en gång redogöra för sin livssituation och att det skulle bli ett för omfattande arbete för oss. Det var viktigt för socialsekreterarna att ha goda motiv till att genomföra intervjun. Vi kom även fram till att vi skulle kartlägga de som vi inte genomförde ASI intervjuer mer. Vi skulle använda en bortfallsblankett (se bilaga 1) som skulle fyllas i av socialsekreteraren.

Det var svårt för oss att avgöra när ASI uppföljningsintervju skulle genomföras men vi bestämde oss för att göra den ungefär sex månader efter grundintervjun eftersom uppföljningsintervjun frågar efter de sista sex månaderna i klientens liv.

Socialsekreterarna började i september 2004 att använda ASI systematiskt enligt upprättad plan. Första halvåret följde sektionschefen upp projektarbetet och höll i samordningen av arbetet med ASI.

Vi konstruerade en blankett för alla nybesök. Där skrev vi löpande upp alla nya klienter samt datum för genomförd ASI intervju eller att bortfallsblankett var ifylld. Sektionschefen påminde regelbundet om detta vid personalmöten och efterfrågade ASI intervjuer om de inte var gjorda. Med hjälp av blanketten kunde vi vara säkra på att vi inte missade några nybesök.

Uppföljningsintervjuer

Ungefär ett halvt år efter de första ASI-intervjuerna i projektet hade gjorts var det dags att börja göra uppföljningsintervjuer med klienterna. Dessa skulle genomföras av socialsekreterarna. Vi konstaterade i ett tidigt skede att det var svårt att komma ihåg att göra dem. Vi behövde något sätt att bli påmind om att nu är det dags för uppföljningsintervju – efter sex månader. Här kom projektsamordnaren att spela en viktig roll. Hon hade en lista på alla ASI intervjuer och datum för när det var dags för uppföljningsintervjuer och påminde om dessa i samband med våra möten. Ganska snart insåg hon att det behövdes flera sätt för att få socialsekreterarna att göra dessa uppföljningsintervjuer. Uppföljningsblanketterna trycktes upp i knallgul färg, hon gjorde en notering i den elektroniska akten samt påminde muntligt vid åtskilliga tillfällen.

MBU

Vad beträffa en mer fördjupad kartläggning av livssituationen i form av MBU tänkte vi oss att alla successivt skulle träna sig även i detta men att vi började med dem som var intresserade. Fördjupad kartläggning och reflektion kring livssituationen genom en s.k. MBU utredning pågick i liten utsträckning under första projektåret genom att ett par av socialsekreterarna under handledning av sektionschefen provade metoden med ett par klienter.

I dagsläget används MBU mest sporadiskt, det hänger troligen nära samman med att arbetsgruppen förändrats och därmed fått ökad arbetsbelastning. MBU förutsätter att man har möjlighet att träffa klienten med viss regelbundenhet under en längre tidsperiod samt har möjlighet att bearbeta materialet mellan besökstillfällena.

Utbildningar

Grundutbildningar

Under första halvåret av projektet pågick också ett fortsatt förberedelsearbete genom att vi genomförde utbildning för de i personalgruppen som ännu inte var utbildade i ASI - ett fåtal och för de som redan var utbildad i ASI genomfördes en uppföljnings dag för att uppdatera kunskapen. Vi hade möjlighet att använda samma person som höll i grundutbildningen, David Zingmark.

Under hösten 2004 vi genomförde också utbildning i MI. Utbildningen hölls av Steve Wicks. Den genomfördes till två tredjedelar under hösten 2004. Utbildningen var upplagd med tre separata tillfällen: Motiverande Samtal för nybörjare, Motiverande Samtal - Påbyggnad samt tredje delen som var en fördjupning. Alla i teamet gick 1 och dag 2. Vi avvaktade med dag tre och kom senare att bestämma oss för att inte genomföra denna p.g.a. att alla socialsekreterare genom kompetensfondens försorg tog del av ytterligare MI utbildning i den KBT utbildning om 5 poäng som anordnades under 2005 och 2006.

Uppföljning och övning av ny kunskap

Under de två år projektet har pågått har förutom grundutbildning i ASI, MI och fem poäng i KBT även genomförts uppföljningar av ASI och MI på lite olika sätt.

För att ge möjlighet till att utveckla sin skicklighet som intervjuare tyckte vi att det var viktigt att på kunna få personlig återkoppling på hur man genomförde sina ASI intervjuer (vilket beskrivs under avsnittet med projektsamordnarens roll) men även att få påfyllnad från någon med större och bredare erfarenhet av att arbeta med ASI samt att få ställa frågor kring stora och små frågor i ASI.

ASI

Vi kom därför att bjuda in Anneli Jäderland till två halvdagar där hon delade med sig av sina erfarenheter, den ena våren 2005 och den andra hösten 2005. Anneli har arbetat som socialarbetare i många år och är nu anställd hos IMS (Institutet för Metodutveckling inom Socialt arbete) på Socialstyrelsen och godkänd ASI-utbildare.

Tillsammans med henne pratade vi etiska frågor kring ASI – hur gör man på bästa sätt när frågorna väcker svåra känslor till liv. Vi kunde konstatera att det är viktigt att för klienten vara tydlig med att man ser att han mår dåligt och fråga om det är OK att gå vidare eller om man ska avbryta för att prata om det svåra. Anneli betonade vikten av att vara lyhörd för klienten och höra vad som är bäst för honom, att kanske boka en ny tid redan nästa dag för att kolla hur klienten mår. Hon berättade att hon själv aldrig gör någon ASI på fredagar för att kunna vara tillgänglig åtminstone dagen efter intervjun. Vi kunde också konstatera att just den delen kanske ibland kunde vara svårare med vår kategori klienter eftersom dom lever ett så kaotiskt liv med boende på härbärge etc.

Anneli tipsade också om att formulera om frågan: ”Hur många nära vänner har du?” till: ”Har du några nära vänner?” Vid positivt svar frågar man hur många. Vi pratade också om skattningar, Anneli menade att det är väldigt bra att använda feedback formuläret både för att göra skattningen men också för att återföra till klienten. Viktigt att titta på svaren på de kritiska frågorna och sedan fundera över grad, längd och intensitet vad gäller bekymren inom området. Utifrån den diskussion som sedan uppstod så kan man nog våga påstå att vi kan det här med skattningarna.

Vi pratade också om ASI i allmänhet och lite om historiken bakom ASI. Vi fick också många goda tips och råd.

MI

Vi hade diskussioner på våra planeringsdagar kring hur vi kunde införliva det vi lärt oss av MI. Vi bestämde att samtliga skulle titta igenom MI-materialet från utbildningen och funderar på vilka tekniker som kunde lämpa sig att börja använda i vardagsarbetet. Det visade sig att de flesta tyckte att följande delar i MI var mest tilltalande:

- klienten i centrum
- motivationscirkeln
- BÖRS (Bekräftelse, Öppna frågor, Reflektioner, Sammanfattningar)
- rulla med motståndet
- ambivalenskorset

Utifrån diskussioner på planeringsdagar gjorde vi en plan som innebar att alla i gruppen till nästa planeringsdag en månad senare skulle ha använt ambivalenskorset med minst två klienter, för att träna och få ytterligare erfarenheter. Vi kom även överens om att vid nästa planeringsdag genomföra rollspel för att träna på bekräftelse, öppna frågor, reflektion och sammanfattning - BÖRS. Projektsamordnaren förberedde material till detta samt ordnade inspelningsmöjligheter.

I planen ingick även att vi skulle starta en studiecirkel i MI. I cirkeln skulle boken ”Motiverande samtal” av Miller & Rollnick läsas och diskuteras. Den skulle äga rum på en timme av ordinarie personalmöte på onsdagar. Cirkeltid var klockan 11-12. Varannan onsdag läser man och varannan diskuterar man tillsammans. Studiecirkeln startade hösten 2005 – den pågick fram till februari 2006. Till varje cirkeltillfälle läste man två eller flera kapitel och därefter diskuterades hur de aktuella kapitlen skulle kunna tillämpas på våra klienter. Man ansåg att studiecirkeln var till hjälp när det gällde att börja tillämpa MI tillsammans med klienterna. Litteraturen utgår från betydligt mer välfungerande människor än vår klientgrupp och det var viktigt att tillsammans fundera över hur man tillämpar MI på bästa sätt med vår klientgrupp, vissa begrepp inom MI upplevdes som mer svårtillgängliga och vi hjälptes åt att reda ut begreppen under studiecirkeln.

Handledning

Med tanke på vår satsning på metoder och tekniker som är besläktade med varandra sökte vi även efter en handledare som hade tillägnat sig dem och kunde använda dem i handledningen. I januari 2006 inledde vi samarbetet med en ny handledare, psykologen och socionomen Steve Wicks, som tillika är utbildare i både ASI och MI, för att ytterligare införliva dessa metoder i det direkta klientarbetet.

Studiebesök

Tre personer var på studiebesök hos Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning där man har goda erfarenheter av att använda ASI och där man också använder MAPS – en kartläggningsmetod för att ta reda på var i förändringsprocessen klienten befinner sig och som också utgör en grund för behandlingsplanering. Anitta Litvinov Säarelä från Hässelby kom också till hela arbetsgruppen och berättade.

Projektsamordnaren

I vår projektansökan skrev vi att ”för att den utvecklingsambition som fanns vad gäller systematisk dokumentation och större delaktighet från de utredande klienternas sida ska uppnås, krävs en förstärkning i form av en projektsamordnare. Denna ska initialt ha ett särskilt uppdrag för implementering och uppföljning för att hjälpa socialsekreterarna att använda sig av mer systematiska dokumentationsmetoder tillsammans med klienten”. Vi ansåg alltså att det var av stor vikt att få en kompetent person som kunde driva implementeringsarbetet tillsammans med sektionschefen i det vardagliga arbetet.

Anställning

När vi startade projektet hade vi ännu inte lyckats anställa någon projektsamordnare. Under hösten 2004 pågick därför också arbete med att anställa en projektsamordnare. Anställningsförfarande föregicks av en diskussion i arbetsgruppen vad vi ville använda funktionen till och vilken ställning i gruppen den skulle ha. Några av önskemålen var följande: sammanställa ASI, handleda – vara bollplank, inspirera, vara enskilt stöd, hålla i studiecirkel, samverka med andra samt bevaka brukareinflytande.

En sökande inkom som, efter intervju, bedömdes lämplig. På grund av sin fasta anställning kunde hon dock inte tillträda tjänsten förrän 31/1 2005. Hon heter Anna-Lena Cronqvist och tillträdde projektjänsten 31/1-05, ett halvt år efter projektstart. Hon är socionom och har, bland annat lång erfarenhet av att arbeta med ASI och att implementera detta i en arbetsgrupp på Kungsholmens stadsdelsförvaltning. Vår bedömning var att hon skulle bli en mycket bra tillgång i det fortsatta projektarbetet.

Möten med ansvarig chef

Projektsamordnaren inledde sitt arbete med att tillsammans med sektionschef göra en mer detaljerad och konkret plan för de olika delarna i projektarbetet som ännu inte var igångsatta. Regelbundna träffar bokades också in för att följa upp att arbetet fortskred som planerat. Dessa träffar har sedan pågått under hela projekttiden. Inledningsvis, första 2 månaderna, hade projektsamordnaren och sektionschef korta möten på ca en timme tre gånger per månad. Därefter hade de möten i genomsnitt två gånger per månad under hela projekttiden.

Utbildning

Projektsamordnarens utbildning kompletterades också, i början av projektet, så att hon gick samma utbildning i MI som övriga gruppen hade gått. Tanken var att det skulle underlätta implementeringen om även projektsamordnaren hade liknande utbildningsgrund som socialsekreterarna.

Arbetsuppgifter

En av projektsamordnarens första uppgifter blev att mata in de intervjuer som hittills gjorts inom projektet i ett datorprogram. Detta fyllde flera syften; dels fick hon ett grepp om vilken standard intervjuerna höll, dels kunde hon överföra materialet till skrivna Word-dokument som den enskilde socialsekreteraren kunde använda som en grund för en skriftlig utredning tillsammans med klienten. Utifrån denna genomgång gav hon feedback till varje socialsekreterare om intervjuernas kvalitet. Det visade sig att kvaliteten genomgående var hög och att det endast var smärre felaktigheter som behövde korrigeras.

För att underlätta för socialsekreterarna i det dagliga arbetet upprättade hon ett förråd för ASI-material samt såg till att ASI-materialet också fanns tillgängligt via datorn.

Hon har fortlöpande arbetat med att arbetsleda och stötta socialsekreterarna att använda ASI enligt upplagd plan. I praktiken har det inneburit att hon följt upp huruvida de män som kommit på nybesök också genomgått en ASI-intervju alternativt kartlagts genom en bortfallsblankett samt matat in materialet i dataprogram.

Bortfallsblanketten består av två delar, en del som beskriver anledningen till att ASI-intervjun inte kunnat genomföras och en del som kortfattat beskriver klienten. Syftet med blanketten var dels att ta reda på skälen till varför socialsekreterarna inte valde att göra en ASI-intervju med vissa klienter men också för att ta reda på om dessa klienter på något sätt skilde sig från övriga klienter.

Från och med 1/2-2006 slogs arbetsgruppens två delgrupper samman. Detta innebar att den del av gruppen som inte haft nybesök under en längre tid behövde uppfräschning och stöd vad gäller ASI användning. Projektsamordnaren ansvarade för att detta skedde.

Projektsamordnaren har fortlöpande sammanställt ASI-materialet på gruppnivå och återfört detta till arbetsgruppen i olika former. Detta gäller såväl grundintervjun som uppföljningsintervjun.

Hon har också haft ansvaret för att hålla reda på när det var dags att göra en uppföljande ASI samt att påminna socialsekreterarna om detta.

Projektsamordnaren höll i en studiecirkel kring boken ”Motiverande samtal” av Miller & Rollnick. Syftet var att utifrån boken resonera kring hur MI används lämpligast med de klienter vi kommer i kontakt med.

Förankringen i det vardagliga arbetet

Under hela perioden har projektet haft en fast förankring i det dagliga arbetet på många olika sätt.

Arbetsledning

Enskilda samråd

Socialsekreterarna har beslutanderätt i samråd med sektionschef förutom när det gäller specifika boenden under utredningstiden då de fattar beslut utan samråd. För att kunna ta ställning till socialsekreterarnas förslag till beslut för klienterna har sektionschefen ständigt efterfrågat ASI-intervju, alternativt annat utredningsmaterial, samt en arbetsplan, upprättad tillsammans med klienten, för att kunna ta ställning till socialsekreterarnas förslag.

Återkoppling till gruppen

Sammanställningen ASI-materialet på gruppnivå av har fortlöpande sammanställts och återförts till arbetsgruppen i samband med personalmöten.

Medarbetarsamtal

På de medarbetarsamtal som ägt rum en gång per år med samtliga socialsekreterare har även fråga om ytterligare utbildningsbehov inom området diskuterats samt upplevelsen av hur man införlivat metoderna.

Behandlingsplanering.

Arbetsgruppen har varje vecka möten med fokus på behandlingsplanering för klienterna. Där har sektionschefen ständigt efterfrågat ett utredningsunderlag - i form av en ASI-intervju där det varit möjligt - där klientens hela situation beskrivs och klientens synpunkter på planeringen framkommer. Materialet användes som underlag för bedömning och behandlingsplanering och inför att fatta beslut. Har socialsekreteraren kunnat presentera en grundlig utredning samt en långsiktig arbetsplan så har man fått mandat att fatta nödvändiga beslut utifrån detta.

Planeringsdagar.

Varje månad har arbetsgruppen haft halva planeringsdagar där fokus till stor del legat på projektet.

De flesta av våra planeringsdagar har haft en övergripande struktur som inneburit att vi oftast gjort en tillbakablick, en nulägeskoll och en framåtblick: DÅ – NU – SEN. Med rubriker som exempelvis: DÅ: *Kort sammanfattning om hur projektet förflutit*. NU: *Träna på BÖRS, Erfarenheter av ambivalenskorset*. SEN: *Planeringen framåt*.

Sektionschef har regelbundet gjort sammanfattningar av vad vi sagt att vi ska göra och individuellt och på gruppnivå sammanställt hur det faktiskt ser ut med t.ex. antal nybesök senaste halvåret och hur många av dessa vi gjort ASI med samt hur nybesöken fördelat sig på socialsekreterarna och andelen gjorda ASI per socialsekreterare.

Pedagogiska hjälpmedel

Under projekttiden har vi upptäckt att implementeringen av nya metoder underlättas av en del praktiska hjälpmedel. Här försöker vi beskriva en del av det som har underlättat för oss.

Vi gjorde tidigt en blankett för att enkelt beskriva de vi inte genomförde en ASI intervju med – där det var viktigt att skälet till varför ASI: n inte blev gjord samt en kort beskrivning av klienten framkom.

Det har också varit viktigt att se till att socialsekreterarna alltid hade tillgång till ASI-formulär, bortfallsblanketter skattningsskalor etc.

För att uppmärksamma uppföljningsintervjun valde vi att ha den i en annan färg, i vårt fall knallgul. Tanken var att socialsekreterarna direkt skulle veta vad det gällde när de såg det knallgula papperet i postfacket.

Vi har köpt in litteratur – ”Motiverande samtal” av Miller & Rollnick, ”Förändringsinriktad rådgivning” av Tom Barth, MAPS – En metodik för att göra dokumentation användbar i behandling av David Öberg.

Vi har genom kontakter med andra enheter tagit del av olika lathundar för ASI-intervjun som samtliga i arbetsgruppen tagit del av.

Vi har bemödat oss om att göra en skriftlig information om ASI-intervjun så lättillgänglig som möjligt.

Vi har använt andra kartläggningsinstrument som AUDIT och DUDIT - enkla frågeformulär som fylls i av klienten själv och som hjälper till att bedöma graden av missbruket.

Socialsekreterarna har använt blädderblock där de tillsammans med klienten gått igenom de i olika fälten – en pedagogisk vinst är att börja med det positivt med t.ex. drogen och sluta med det som är positivt med att sluta med drogen. Ambivalenskorset har också funnits som ett Word-dokument.

Dokumentation under projekttiden

Att skriva rapporter och göra ytterligare ansökningar om projektmedel.

Under den totala projekttiden – drygt två år, har det funnits krav från Länsstyrelsen på två delrapporter och en slutrapport. Dessutom föregicks varje projektår med en skriftlig ansökan som beskrev projektets bakgrund och uppläggning. Detta har inneburit att vi åtminstone ett par gånger per år skriftligen har sammanfattat vad vi håller på med och vad som komma skall och lämnat detta till Länsstyrelsen. För att på ett bra sätt kunna skriva dessa rapporter har vi fört löpande fört minnesanteckningar vid i stort sett alla planeringsdagar. Vi har valt att låta projektsamordnaren skriva dessa för att få en enhetlig löpande dokumentation. Projektsamordnare och sektionschef har inför varje halvår även upprättat en skriftlig preliminär tidsplan över vad vi åtagit oss som ska utföras som vi följt upp regelbundet.

ASInet

Under juni månad 2005 integrerades datorprogrammet ASInet i det befintliga dokumentationssystemet ”Paraplyet”. Detta innebär att ASI-intervjun matas in i den aktuella utredningen och att en textsammanställning kan erhållas.

Detta underlättar väsentligt sammanställningen av ASI-materialet på gruppnivå samt innebär en betydligt smidigare koppling mellan grundintervju och uppföljningsintervju. På ett tämligen enkelt sätt kan man välja ut frågor ur intervjun och sammanställa dessa. Tidigare var det i princip endast möjligt för projektsamordnaren att göra dessa sammanställningar men nu har flera medarbetare tillgång till statistikmodulen. Två personer utbildades i ASInet för att de skulle fungera som stöd för övriga gruppen.

Översyn av övrig dokumentation

Den skriftliga textsammanställningen vi får utifrån ASI-intervjun enas vi om att kalla ”ASI-sammanställning” med datum för intervjun när vi importerar det till paraplyet (Stockholms stads dokumentationssystem). Materialet utgör endast ett råmaterial som inte får lämnas vidare men i redigerat, begripligt skick kan det användas i det utredningsdokument enligt 11:1 § SoL som vi upprättar.

Översyn av samtlig dokumentation inom arbetsgruppen har gjorts vid två tillfällen under projektet – bland annat följdes det upp i vilken omfattning det fanns ASI-intervju, ASI-uppföljning, aktuell arbetsplan samt datum för senaste egna journalanteckningen. Med arbetsplan avses en överenskommelse mellan klient och socialsekreterare om vad som ska uppnås kortsiktigt respektive långsiktigt, hur det ska gå till samt hur ansvaret är fördelat.

År 2005 fanns utredningar om 43 % av alla aktuella klienter och 2006 fanns utredningar om 73 % av klienterna. ASI-intervjuer hade gjorts med 25 % av alla klienter 2005 och med 61 % år 2006. ASI-uppföljningar hade inte efterfrågats vid första tillfället men fanns hos 23 % av klienterna 2006. Även andelen arbetsplaner har ökat – från 43 % till 66 %. Journalanteckningarna har hela tiden hållit en hög nivå.

Vi kan med fog säga att vår dokumentation förbättrats under projekttiden.

Tabell: Förändrad dokumentationsnivå i procent 2005 jämfört med 2006.

Dokumentation	2005	2006
Utredningar	43 %	73 %
ASI	25 %	61 %
Arbetsplaner	43 %	66 %

Sprida kunskap

Under projekttiden har vi delat med oss av våra erfarenheter från projektet till våra kollegor inom Enheten för hemlösa och till andra socialarbetare i främst Stockholm.

Vi har bl.a. tagit emot studiebesök, deltagit i en rad konferenser, varit med vid framtagandet av en utbildningsserie inom Stockholms stad kring utredningsmetodik och stöd i användningen av ASI samt redogjort för projektet internt på vår arbetsplats vid några tillfällen. Vi har också deltagit i ett nätverk inom Stockholms stad vars syfte varit att stödja användningen av ASI inom staden.

Användandet av statistikmaterial

Gruppstatistik

Under andra året av projektet började vi alltmer fundera över vårt statistikmaterial. Frågor som ställdes var t.ex.: Vem kan statistik? Vilka datorprogram behövs? Vem kan hjälpa oss? Hur har andra gjort? Vad i ASI är mest intressant för oss? Kan vi jämföra vårt statistikmaterial med andra? Hur ska vi göra statistikmaterialet intressant för gruppen? Hur ska vi återkoppla statistikmaterial till arbetsgruppen och andra? Hur kan använda statistik i verksamhetsutvecklingen?

Vi köpte in ett bra statistikbearbetningsprogram, SPSS, som vår projektsamordnare var hyfsat insatt i. Hon började med att sammanställa materialet för ett halvt år och valde då att plocka fram uppgifter från de s.k. kritiska frågorna i ASI-materialet. De kritiska frågorna är objektiva, beskrivande frågor inom varje livsområde. Tanken med detta var att kunna ge en beskrivning av klientgruppen utifrån fakta som framkommit i intervjuerna.

När materialet började bli klart bad vi arbetsgruppen att komma med sina frågor till materialet - vad som var särskilt intressant för dem. Önskemål framkom då om sammanställningar kring missbruk i den biologiska familjen, kriminalitet, hur klienterna levt tidigare samt psykisk hälsa.

Det var svårt att veta hur vi skulle sammanställa materialet då ingen av oss hade någon större erfarenheter inom området. Vi tittade på andras rapporter, t.ex. från stadsdelsförvaltningarna Norrmalm och Hässelby samt Jönköping och bestämde oss för att beskriva på ett liknande sätt för att kunna göra jämförelser. Vi kom också fram till att vi måste få pröva oss fram, att det var viktigare att regelbundet t.ex. minst en gång i månaden prata gruppstatistik på våra personalmöten. För att öva oss i att hantera sådant material och bli vana att läsa statistik och kunna analysera materialet, samtidigt som vi ville väcka intresse för sådant i vår arbetsgrupp, att det skulle bli en del av vårt vardagsarbete.

Under våren 2006 gick vi genom gruppstatistik område för område i ASI på personalmöten ca en gång i månaden. Vi tog ett till två områden per gång. Materialet presenterades mest skriftligt med några tabeller. Var och en fick ta upp sånt som intresserade dem och idéer som materialet väckte. Vi var båda nervösa för hur det skulle bli och blev glatt överraskade över de intressanta diskussioner som materialet väckte.

Andra projekt

Vi har även deltagit i två andra projekt som på olika sätt angränsat till detta projekt.

Vi har deltagit i vårdkedjeprojektet som beskrivs på hemsidan för statens institutionsstyrelse enligt följande: *”SiS vårdkedjeprojekt startade i april 2004 och avslutas i december 2006. Syftet är att pröva en förstärkt vårdkedjemodell inom missbrukarvården och utveckla fungerande modeller för samarbete mellan socialtjänsten och LVM-hemmen. Målet med eftervården är att skapa bestående förändringar i klienternas livssituation”*.

I vårdkedjeprojektet är klientens delaktighet en central del och såväl MI och ASI ingår som viktiga delar i projektet.

Dessutom deltar vi i Nationella ASI projektet, ett samarbete mellan IMS, Socialstyrelsen samt psykologiska institutionen vid Umeå universitet. Detta innebär att vi åtagit oss att göra ASI-intervjuer med nytilkomna klienter under perioden 2006-08-24 till och med 2006-12-31. Vi ska också be om klienternas skriftliga samtycke till att forskarna får följa dem genom diverse register samt göra en uppföljningsintervju efter ett år. Vår delaktighet omfattar också att forskarna får tillgång till vårt befintliga, avidentifierade ASI-material.

5. Resultat av ASI och enkäter

I detta kapitel beskrivs en del av resultaten av vårt arbete. Klientgruppen beskrivs utifrån vad som framkommit i grundintervjun och uppföljningsintervjun. Vi jämför vår klientgrupp med en grupp män aktuella inom Norrmalms respektive Hässelby-Vällingbys stadsdelsförvaltning. Vi beskriver vilka konsekvenser materialet fått för arbetsgruppen. Vi resonerar också kring om vilken betydelse våra insatser haft för klienterna. Resultaten av enkätundersökningar om klienternas respektive personalens syn på ASI presenteras.

ASI-intervjuerna

Grundintervjun

Stödteamet för män inom enheten för hemlösa vänder sig till män över 20 år med främst missbruksproblematik. Vid ett givet tillfälle är ungefär 350 män aktuella hos 11 socialsekreterare. Under projektperioden har samtliga män som bokats för nybesök erbjudits att delta i en ASI-intervju. 80 % av männen har vi också kunnat genomföra en ASI-intervju med.

I den här rapporten har vi valt att beskriva första årets nybesök. Totalt bokades 135 män på nybesök under tiden 2004-09-01 till och med 2005-08-31. Av dessa kom 20 personer inte på sin bokade tid, ASI gjordes med 90 personer och resterande finns beskriva genom en bortfallsenkät.

Uppföljningsintervjun

ASI-intervjun består också av en betydligt kortare uppföljningsintervju. I denna intervju ställs frågor inom samtliga livsområden men frågorna gäller endast hur det varit senaste sex månaderna respektive senaste månaden. Av de 90 männen som ASI-intervjuades under första året har vi kunnat genomföra uppföljningsintervjuer med 51 män. Fyra av männen har avlidit. Detta innebär att vi kunnat följa upp 59 % av gruppen.

Uppföljningsintervjuerna har gjorts efter i genomsnitt 12 månader – den tidigaste gjordes redan fyra månader efter grundintervjun och den senaste gjordes efter drygt ett och ett halvt år.

Under den period som gått efter genomförd grundintervju hade männen huvudsakligen beviljats boende i någon form samt haft fortsatt kontakt med sin socialsekreterare vid uppföljningsintervjun. Endast tre personer har genomgått någon behandling för sitt missbruk. Två av männen har varit avskrivna under en längre period och uppföljningsintervjun har gjorts i samband med att man tagit ny kontakt med oss.

Ungefär hälften av de män vi inte kunnat följa upp har avslutas – flertalet utan att vi vet vart de tagit vägen men fyra har dömts till längre fängelsestraff och i två har flyttat till egna boenden i en stadsdel. Resterande är fortfarande aktuella men i de flesta fall i sådant missbruk att man inte kunna göra någon uppföljningsintervju

Den grupp vi har kunnat följa upp förefaller överensstämma väl med hela gruppen när det gäller ålder, nationalitet, fysisk hälsa, skolunderbyggnad, huvuddrog, aktuell kriminalitet, civilstånd och psykiatriska symptom.

De skillnader som finns mellan den stora gruppen (90 män) vid grundintervjun och den mindre (51 män) vid uppföljningsintervjun är marginella; andelen som uppgivit som vanligaste eller senaste sysselsättning ett yrke som hör till kategorin ”icke facklärd arbetare” är större i den grupp vi kunnat följa upp, 78 % jämfört med 66 % i hela gruppen, det är en viss skillnad när det gäller vanligaste levnadsförhållanden senaste tre åren; något färre har levt ensamma i uppföljningsgruppen (44 % jämfört med 50 %) och något färre har uppgivit att man levt under instabila levnadsförhållanden (20 % resp. 16 %) och något större andel har levt större delen av de senaste tre åren på institution (14 % mot 10 % i hela gruppen).

Bortfallet

För att klarlägga bortfallet har socialsekreterarna fyllt i en blankett för de klienter där man inte gjort någon ASI-intervju. I blanketten fyller man i skälet till varför ASI-intervju inte kunnat genomföras samt en kort beskrivning av klienten. Största orsaken till bortfall, nästan 40 %, är att klienten avbrutit kontakten innan man hunnit göra någon ASI – därmed har också bortfallsbeskrivningen blivit bristfällig. Endast tre män har uttryckligt sagt att man inte vill vara med om en ASI-intervju. Resterande bortfall beror på språksvårigheter, psykisk störning, alltför kraftigt missbruk eller att klienten befunnit sig på annan ort. Bortfallet är jämt fördelat mellan socialsekreterarna. Vi kan inte se att de män vi inte gjort ASI med skiljer sig från de övriga männen på något sätt annat än just att de avbrutit kontakten i ett tidigt skede.

Reflexioner från arbetsgruppen

Projektet har primärt vänt sig till de klienter som kommer nya och där behovet av en bra utredning är av största vikt för att erbjuda rätt form av insatser, som ökar möjligheterna till en positiv förändringsprocess. Vi har kunnat genomföra ASI-intervjuer med ca 80 % av de män som kommit till oss som nybesök och därigenom har klientens synpunkter på sin situation lyfts fram både på individnivå och på gruppnivå.

Vi har på individnivå lärt oss att vi måste börja arbeta med det problem som klienten tycker är det största problemet – ofta är inte missbruket det man primärt är bekymrad över utan kanske den fysiska hälsan eller kontakten med familj och anhöriga.

När vi har sammanställt materialet på gruppnivå har vi dels fått en betydligt djupare bild av hela klientgruppen vad gäller konkreta frågor som t ex. andel med hepatit, skolunderbyggnad, huvuddrog, civilstånd och psykiatriska symptom men vi har också förstått att man som grupp är måttligt bekymrad över sitt missbruk trots att man uppger ett omfattande intag av olika droger.

Thomas Coyne, USA: s främste utbildare i ASI, beskrev i en föreläsning 061025 hur klientskattningarna i ASI-intervjun kan kopplas till var i förändringscirkeln man befinner sig.

Detta innebär i korthet att en låg skattning innebär att man är omedveten/uppgiven om problemet medan en hög skattning innebär att man är redo för förändring. De insatser man behöver för att komma tillrätta med sitt missbruk ser olika ut beroende på var i förändringsprocessen man befinner sig. Se tidigare beskrivning av förändringscirkeln i kapitel 3.

På gruppnivå kan vi, utifrån skattningarna, sluta oss till vilken typ av insatser vi som enhet bör satsa på.

Beskrivning av de män vi möter utifrån ASI-intervjun

Upplägg av klientbeskrivningen

Klientgruppen beskrivs utifrån de rubriker som finns inom ASI-intervjun; fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkoholmissbruk, narkotikamissbruk, kriminalitet, familj och umgänge samt psykisk hälsa. En mer omfattande statistikdel finns i slutet av rapporten (bilaga 3) och innefattar även en del av det material som presenteras här.

Under varje rubrik finns också resultatet av sammanställningen av uppföljningsintervjuerna samt en jämförelse med en grupp män aktuella inom Norrmalms respektive Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltningar. Det finns också en sammanställning av några av de tankar materialet väckt hos arbetsgruppen och hur det framöver kan komma att påverka verksamheten.

Inom sociala enheten, Norrmalms stadsdelsförvaltning, genomfördes ett projekt under perioden 2000-10-01 till och med 2001-05-31 där man intervjuade 135 personer med ASI-grundintervju, vilket motsvarade 47 % av de då aktuella klienterna på enheten. Av dessa var 95 män. Vi har valt att använda uppgifter om dessa 95 män som ett jämförelsematerial.

Visserligen ligger uppgifterna en tid bakåt i tiden men är ändå intressanta som en jämförelse. Hässelbymottagningen, som är ett samarbete mellan stadsdelens missbruksvård och landstingets beroendevård, genomförde under tiden 2003-10-01 till och med 2005-10-31 ett projekt där man bl.a. intervjuade 45 nyanmälda klienter med ASI-grundintervju. Av dessa var 25 män vilka också utgör en del av vårt jämförelsematerial.

Allmän information om männen på Enheten för hemlösa

Medelåldern är 47 år, den yngsta var 26 år och den äldsta var 68 år.

De flesta var bostadslösa när de aktualiserades även om några löst bostadsfrågan tillfälligt genom att bo hos kompisar, föräldrar eller liknande.

Huvuddelen av männen är svenskar, en dryg tiondel är finländare och resten kommer från olika delar av världen.

Fysisk hälsa

Grundintervjun

Nästan 60 % av männen uppger att man har någon långvarig kroppslig åkomma – trots detta har endast 40 % haft läkarkontakt senaste halvåret. Bland de fysiska bekymmer som nämns finns magsår, hjärtproblem, diabetes, ryggfraktur, kärlkramp, levercirros, utsliten rygg, hepatit C, tandlossning/tandlöshet, hjärtsvikt och hjärtflimmer, astma, lungemfysem, KOL, krossad fot samt hjärtproblem, krokig och problematisk rygg, tjocktarmsinflammation samt ryggbesvär, hjärtproblem, övervikt.

En knapp tredjedel medicinerar p.g.a. fysiska hälsoproblem.

Hepatit i någon form uppger drygt 60 % att man har eller har haft - övervägande gäller det hepatit C.

Uppföljningsintervjun

Vid uppföljningsintervjun har antalet dagar, av de sista trettio, som man upplevt problem med den fysiska hälsan minskat något – från i genomsnitt 12,6 dagar vid grundintervjun till 11,7 dagar vid uppföljningsintervjun.

Jämförelse Norrmalm och Hässelby-Vällingby

Dålig fysisk hälsa har männen på Efh gemensamt med männen på Norrmalm och i Hässelby. Inom samtliga grupper var det mer än 50 % som uppgivit att man har någon fysisk skada eller sjukdom. En klar majoritet inom alla tre grupperna har också HIV-testat sig. Ingen av männen på Norrmalm eller i Hässelby har uppgivit att man är HIV-smittade medan 7 % av männen på Efh har uppgivit att de är HIV-positiva.

Betydligt fler av männen på Efh har uppgivit att man har eller har haft hepatit.

Reflexioner i arbetsgruppen

Vi visste sedan tidigare att vår klientgrupp är allvarligt belastad när det gäller den fysiska hälsan och detta blev ännu tydligare. Drygt 60 % av männen har eller har haft hepatit C vilket är en allvarlig sjukdom.

Smittskyddsinstitutet skriver följande om hepatit C på sin hemsida:

”Symtom, komplikationer, behandling och diagnostik

Hepatit C-virus orsakar en inflammation i levern. Denna ger i många fall inga sjukdomssymtom alls, men många besväras av trötthet och dålig matlust under veckor till månader. I minst 50 % får patienten en kronisk leverinflammation och kan bli bärare av virus under lång tid, kanske hela livet. En del av de kroniska bärarna utvecklar så småningom en levercirrhos (skrumplever) eller levercancer.

Det finns numera läkemedel som i många fall tycks kunna bota den kroniska infektionen och förebygga dess senkomplikationer.

Diagnosen ställs genom att antikroppar mot hepatit C-virus påvisas från patientens blod. Merparten av de patienter där antikroppar kan påvisas under lång tid bedöms vara smittsamma.”

Det är viktigt vara observant på detta när vi pratar med klienterna! Vilka konsekvenser får detta på längre sikt? Kan vi använda oss av det i motivationsarbetet? Gruppinformation till våra klienter och till oss själva t.ex. från Hållpunkt (allmänläkarmottagning för hemlösa). Uppmana klienterna till läkarkontakt! Påtala risken med att utsätta sig för ytterligare smitta eftersom det kan röra sig om andra stammar av viruset.

Trots att många är i dåligt fysiskt skick så har man inte haft läkarkontakt i speciellt stor omfattning, vi bestämmer oss för att utveckla samarbetet med Hållpunkt.

Arbete och försörjning

Grundintervjun

Männen har i genomsnitt gått i skolan i drygt nio år. De flesta som utbildat sig efter grundskolan har gått någon praktisk yrkesutbildning. Nästan 17 % uppger att man har ett giltigt körkort.

Den största delen av männen (66 %) har uppgivit som vanligaste/senaste sysselsättning ett yrke som hör till kategorin ”icke facklärd arbetare”- d.v.s. ett yrke som kräver mindre än två års utbildning efter grundskolan som t.ex. butiksbiträde, portvakt, brevbärare. 23 % har hör till gruppen facklärd arbetare som kräver minst två års utbildning efter grundskola, till den gruppen hör bl.a. bilmekaniker, elektriker, murare. En har varit tjänsteman på mellannivå vilket innebär krav på tre men ej sex års utbildning efter grundskolan, exempel på detta är sjuksköterska, polisassistent. Fem män har varit företagare och fyra har aldrig haft arbete.

De klart vanligaste sätten att försörja sig är genom försörjningsstöd eller sjukersättning, en dryg tiondel uppger att främsta inkomstkällan är kriminalitet.

Uppföljningsintervjun

Vid grundintervjun uppgav drygt 4 % att man arbetat senaste månaden, vid uppföljningen hade siffran ökat till 14 %. Man är betydligt mindre oroad över sin arbetssituation – antalet problemdagar har minskat från knappt åtta dagar till knappt fyra av de senaste 30 dagarna.

Jämförelse Norrmalm och Hässelby-Vällingby

Männen vid alla tre enheterna är dåligt förankrade på arbetsmarkanden och har förhållandevis låg utbildningsnivå. Andelen som uppgivit att man försörjt sig genom främst arbete de senaste tre åren ligger kring 30 % i samtliga grupper.

Reflexioner i arbetsgruppen

Utbildningsnivån i gruppen är låg – de flesta har bara gått grundskolan, i det fall man gått på gymnasiet rör det sig vanligtvis om en praktisk utbildning.

Olika reaktioner på att nästan 17 % har giltigt körkort – några förvånas över att det är så pass många, andra tycker att det är förhållandevis låg siffra om man jämför med normalbefolkningen. Vi vet också att många kör bil utan att ha körkort... oerhört viktigt att prata med klienterna om den fara man utsätter andra och sig själv för när man kör påverkad.

Alkohol och narkotikaanvändning

Grundintervjun

En dryg tredjedel av männen på Efh har uppgivit alkohol som huvuddrog medan något mindre del har amfetamin som huvuddrog. Omkring 20 % har uppgivit två eller flera preparat som huvuddrog och heroinisterna uppgår till en tiondel av klienterna. Nästan 70 % av männen har injicerat någon gång – alltså även de som uppgivit alkohol som huvuddrog.

Uppföljningsintervjun

Vid uppföljningsintervjun har antalet dagar (av de senaste 30 dagarna) som man tagit de olika preparaten nästan halverats förutom metadon och ”andra opiater” där antalet dagar ökat något – detta beror troligen på att man påbörjat Subutex- respektive Metadonbehandling.

Tabellen nedan beskriver preparat för preparat hur användningen förändrats – gäller uppgiven konsumtion de senaste 30 dagarna.

Tabell: intag senaste 30 dagarna vid grund och uppföljningsintervju.

Preparat	Grund	Uppf
Alkohol	7,5	5,4
Alkohol till berusning	5,7	3,6
Heroin	3,1	1
Metadon	0,2	0,6
Andra opiater	0,6	1,3
Dämpande mediciner	2,4	2,2
Kokain	0,1	0,1
Amfetamin	6	3,5
Cannabis	2,9	2,2
Hallucinogener	0	0
Lösningsmedel	0	0
Annat	0,2	0
Flera droger per dag	4,7	3,6

En knapp femtedel anser sig inte längre anser sig ha något problem med alkohol eller droger och andelen som missbrukar mer än ett medel minskat avsevärt.

Antalet dagar med alkoholproblem har minskat från i genomsnitt 7,8 dagar till 3,5 dagar, dagar med narkotikaproblem har minskat från 9,4 till 5,2. Antalet dagar med injektionsmissbruk har minskat från 9,4 till 8 dagar.

Antalet dagar man uppgivit att man varit i behandling har ökat från 1,4 till 3,2 av senaste 30 dagarna.

Jämförelse Norrmalm och Hässelby-Vällingby

Männen på Norrmalm förefaller ha mer alkoholproblem medan männen på Enheten för hemlösa består av betydligt fler amfetaminmissbrukare och användare av flera preparat. Männerna i Hässelby utmärker sig genom en betydligt större andel cannabissmissbrukare.

Betydligt fler män i Hässelby och Norrmalm uppger att man har haft delirium jämfört med Efh. Männerna i Hässelby och Efh har haft fler överdoser av narkotika än männen på Norrmalm.

Reflexioner i arbetsgruppen

Det är vanligt att man inte uppmärksammar cannabis eftersom det som regel förekommer andra droger. Viktigt vara uppmärksam på detta eftersom det försämrar tankeförmågan och olika kognitiva förmågor.

Ett flertal nya droger har också visat sig varför vi bestämmer oss för att uppdatera vår drogkunskap genom en föreläsning.

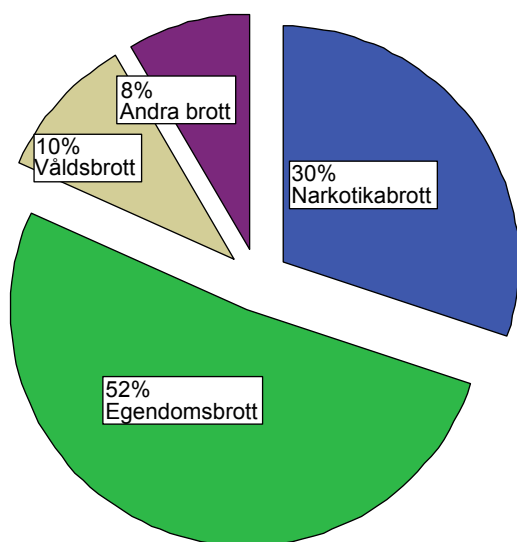
Männen uppger ofta ett allvarligt alkohol-/drogmissbruk med dagligt eller så gott som dagligt intag av alkohol och/eller narkotika men är trots detta inte speciellt bekymrade över sitt missbruk - innebär troligen att de inte i första hand är i behov av behandling för sitt missbruk utan snarare motivationsamtal enskilt eller i grupp.

Kriminalitet

Grundintervjun

Nästan 90 % av männen har någon gång dömts för något brott. Vanligast är att man begått någon form av egendomsbrott eller narkotikabrott. Bilden nedan visar vilken typ av brott man har åtalats för.

Fördelning mellan olika brott



Vid grundintervjun uppgav drygt 20 % att man ägnat sig åt olaglig verksamhet minst tio dagar av de senaste 30 dagarna.

Uppföljningsintervjun

Andelen som ägnat sig åt olaglig verksamhet minst tio dagar av de senaste 30 dagarna har minskat till 8 %. Andelen som uppgav att man inte alls ägnat sig åt olaglig verksamhet senaste 30 dagarna hade ökat från 71 % till 86 %. Ingen hade fällts för något nytt brott och endast ett fåtal personer hade åtalats för något nytt brott under tiden mellan intervjuerna.

Jämförelse Norrmalm och Hässelby-Vällingby

Inom området kriminalitet är männen på Efh och i Hässelby betydligt mer belastade än männen på Norrmalm. 66 % av männen på Efh åtalats för narkotikabrott någon gång, motsvarande siffra för Hässelby är 60 % medan endast 23 % männen på Norrmalm åtalats för detta. 90 % av männen aktuellt hos Efh har fällts för något brott, motsvarande siffra för Norrmalm och Hässelby är 50 %

Reflexioner i arbetsgruppen

Vi pratade om vilka konsekvenser det får för klienterna att ha begått så många brott. En del klienter kopplar kriminaliteten direkt till drogerna medan det för andra är ett problem i sig.

Vilka resurser har vi för de där det inte är direkt drogrelaterat? KRIS?(Kriminellas Revansch i Samhället är en ideell förening där före detta kriminella och missbrukare hjälper varandra tillbaka in i samhället). Kanske göra något tillsammans med KRIS i Efh: s egna öppna verksamhet ”Skyddsnetet”?

Vi kommer fram till att vi behöver fråga mer kring kriminalitet eftersom den befintliga ASI-intervjun endast tar upp kriminalitet ur en juridisk aspekt. ASI-brott är en modul inom ASI som tagits fram av Kriminalvårdsverket – syftet är att få fram vilka mekanismer som ligger bakom kriminaliteten samt kunna följa förändringar över tid. Vi bestämmer oss för att på prov använda ASI-brott under en period.

Familj och umgänge

Grundintervjun

Den flesta av männen har tidigare varit gift/sammanboende men lever nu ensamma.

Nästan 20 % har uppgivit att man levt under instabila levnadsförhållanden senaste tre åren och 10 % har levt större delen av de senaste tre åren på institution.

I genomsnitt har man fyra vänner även om nästan en fjärdedel uppger att man inte har någon vän alls.

Det finns ingen direkt fråga om huruvida man har barn men utifrån hur man svarat på frågan om man haft en nära, långvarig relation till sitt/sina barn kan man sluta sig till att över 60 % av männen har barn.

Tidigare i livet har 33 % utsatts för psykisk misshandel, 23 % har utsatts för fysisk misshandel och 7 % har utsatts för sexuella övergrepp tidigare i livet.

Uppföljningsintervjun

Då man vet att det sociala nätverket är viktigt vid återhämtning från missbruksproblem har vi valt att jämföra vanligaste levnadsförhållanden vid grund- och uppföljningsintervjun samt hur nöjd man är med levnadsförhållandena. Vi har också jämfört hur man tillbringar sin fritid samt hur nöjd man är med detta.

Det som är mest utmärkande när det gäller levnadsförhållandena är att andelen som bor på institution har ökat med drygt 10 % samt att andelen som inte haft stabila levnadsförhållanden har halverats. Fritiden tillbringas i högre grad tillsammans med familj och vänner utan alkohol eller narkotikaproblem samt ensam.

Jämförelse Norrmalm och Hässelby-Vällingby

På frågan om hur man levt de senaste tre åren har nästan en femtedel av männen på Efh uppgivit att man inte haft några stabila levnadsförhållanden – man har alltså levt ett mycket utsatt liv där man löst logifrågan natt från natt. Motsvarande siffror på de andra stadsdelarna är några få procent.

Männen på Norrmalm och på Efh tillbringar det mesta av fritiden ensam medan Hässelbys män till större del tillbringar sin fritid tillsammans med familj utan missbruksproblem.

En tredjedel av männen på Efh tillbringar det mesta av fritiden tillsammans med missbrukande vänner medan 7 % av Norrmalms män och 12 % av Hässelbys män gör så.

Reflexioner i arbetsgruppen

Utifrån att många är ensamma är den sociala gruppverksamhet som kommit i gång inom Enheten för hemlösa, ”Skydds nätet”, helt rätt. Viktigt fortsätta arbeta med grupper. Frågan om männen varit utsatta för sexuella övergrepp har känts svår för flera handläggare eftersom man inte vetat vart man ska hänvisa männen – vi har därför tagit reda på lämpliga mottagningar dit vi kan hänvisa männen.

Psykisk hälsa

Grundintervjun

Övervägande delen av männen har aldrig fått någon behandling för sin psykiska hälsa, varken i slutenvård eller i öppenvård.

Tidigare i livet har en stor del av männen upplevt allvarliga psykiatriska symptom - vanligast är allvarlig ångest och depression men även problem med att förstå, minnas och koncentrera sig, hallucinationer samt svårigheter att kontrollera våldsamt beteende förekommer. De senaste trettio dagarna har man också haft sådana symptom men i mindre omfattning. Tidigare i livet har drygt 30 % ordinerats psykofarmaka men endast 8 % har en aktuell ordination.

7 % har haft allvarliga självmordstankar senaste 30 dagarna, 27 % har haft allvarliga självmordstankar tidigare i livet.

Ingen har gjort självmordsförsök senaste 30 dagarna men tidigare i livet har 16 % försökt ta sitt liv.

Uppföljningsintervjun

Andelen dagar med psykiska problem hade ökat något från grundintervjun till uppföljningsintervjun, från 7,0 dagar av de senaste 30 till 7,8.

Andelen som upplevt allvarlig depression senaste 30 dagarna hade minskat något medan andelen med allvarlig ångest ökat. Andelen med koncentrationsproblem var oförändrad, likaså andelen med allvarliga självmordstankar och självmordsförsök senaste 30 dagarna.

Redan vid grundintervjun skattade klienterna ett lågt behov av hjälp för psykiatriska problem, vid uppföljningsintervjun hade skattningarna sjunkit ytterligare något. Även intervjuarskattningarna har varit förhållandevis låga. Vi tror att förklaringen till detta är att klienterna i stor utsträckning är i aktivt missbruk vid såväl grund- som uppföljningsintervjuerna och att de därigenom självmedicinerar eventuella psykiatriska problem.

Jämförelse Norrmalm och Hässelby-Vällingby

En något större andel av männen på Norrmalm (26 %) jämför med männen på Efh (19 %) och Hässelby (20 %) har vårdats inom psykiatrisk slutenvård. Psykiatrisk öppenvård har 9 % av männen på Efh haft kontakt med, motsvarande siffra för Norrmalm är 26 % och för Hässelby är 20 %.

Tidigare i livet har 68 % av männen i Hässelby haft allvarliga självmordstankar, motsvarande siffror för Norrmalm är 43 % och för Efh 27 %.

Reflexioner i arbetsgruppen

Diskussion kring frågan om aktuella symptom och dess tillförlitlighet eftersom huvuddelen av männen haft ett omfattande missbruk de senaste trettio dagarna och frågan i ASI avser i nykterhet/drogrfrihet. Troligen är det så att många i vår klientgrupp självmedicinerar sitt dåliga psykiska mående med alkohol och droger.

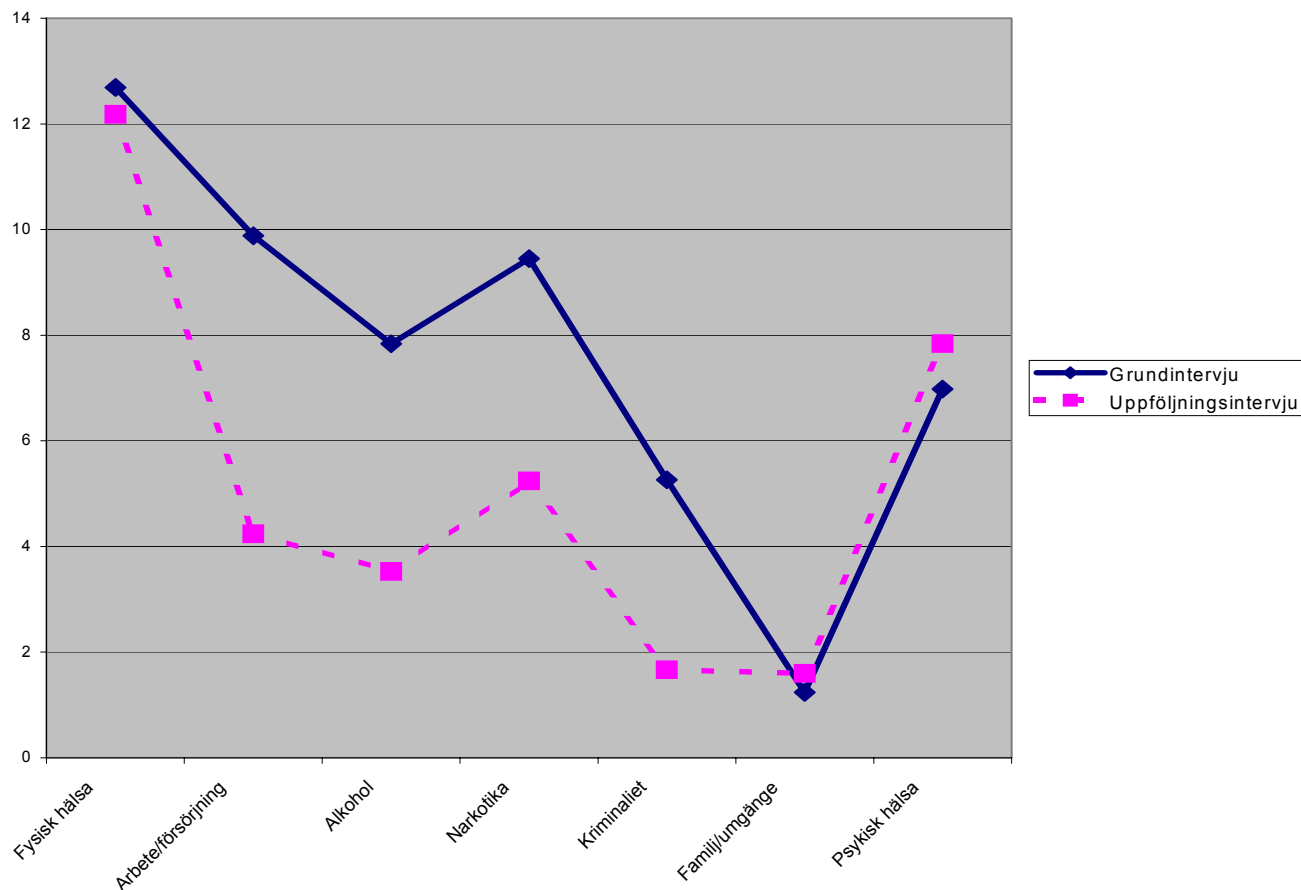
Hur blev det – gjorde vi någon nytta?

När vi nu sammanställt material som beskriver hur klienterna hade det, när de blev aktuella hos oss och hur de har det efter ett knappt år, så väcker det tankar kring huruvida de insatser klienterna erhållit varit till någon nytta. De män vi möter lever ett mycket utsatt liv och har i de flesta fall stora behov av stödinsatser inom samtliga livsområden när de först kommer till oss – många kommer bokstavligen direkt från gatan.

Eftersom materialet inte är direkt kopplat till insats kan vi inte dra några vetenskapliga slutsatser kring detta men vissa antaganden kan vi göra.

Vi vet att de flesta av männen fått någon form av insats från oss – huvudsakligen har insatsen bestått i att de fått ett ordnat boende samt kontakt med en socialsekreterare. Några av männen har varit borta under den tid som förflutit mellan grundintervjun och uppföljningsintervjun och några av männen har fått behandling enligt Minnesotamodellen.

Av beskrivningarna tidigare i kapitlet framgår att vissa förändringar skett med klienterna som grupp från grundintervjun till uppföljningsintervjun. För att ytterligare tydliggöra hur klienterna uppfattar sin situation har vi valt att ta fram antal problemdagar inom varje område – det är alltså det antal dagar av de senaste trettio dagarna som klienterna själva angett att de haft problem med just det området. När det gäller området ”kriminalitet” är det antalet dagar man ägnat sig åt någon kriminell aktivitet med syfte att skaffa pengar.



Av diagrammet ovan framgår att antalet dagar med upplevda problem inom områdena arbete/försörjning, alkohol samt narkotika har minskat – antalet dagar med kriminella handlingar har också minskat.

Den fysiska och psykiska hälsan är i stort oförändrad, likaså är bekymren inom område familj och umgänge endast marginellt förändrade.

Då de insatser vi erbjuder främst syftar till att minska missbruket genom att erbjuda ett ordnat boende och stödkontakt med socialsekreterare så kan vi förstå att antalet problemdagar kopplat till missbruket har minskat. Kriminaliteten är ofta ett sätt att finansiera missbruket så även den minskningen kan vi förstå. Det vi inte riktigt kan förstå är att problemdagarna kopplade till arbete/försörjning har minskat så pass – kan möjligen vara så att när man får en något mer ordnad situation så minskar oron i stort och därmed bekymren för arbetslösheten. Det kan också handla om felaktig kodning i ASI-intervjun. Personer som inte haft möjlighet att arbeta alternativt haft sjukersättning eller liknande ska markeras med ett N (inte tillämpligt) i intervjun men kan felaktigt ha kodats som ”0” och därmed påverkat resultatet.

Klienternas syn på ASI

Eftersom ett av syftena med projektet var att införa systematisk utredning *i en arbetsallians med den enskilde klienten* så har det varit angeläget att ta reda på hur klienten uppfattar de olika metoderna vi börjat använda oss av. ASI-intervjun har varit den förändring som varit mest tydlig för klienterna och därför valde vi att försöka ta reda på vad klienterna tycker om den.

Under några månader har vi lämnat ut en enkät till klienterna som de fått fylla i anonymt, se bilaga 2. Enkäten har vi fått av fil.dr Christer Engström, Umeå universitet, som konstruerat den för sin doktorsavhandling ”Implementering och utvärdering av Addiction Severity Index (ASI) i socialtjänsten” (2005). Det har visat sig att våra resultat i stort överensstämmer med de resultat han beskriver i studie 1 i avhandlingen:

”Resultatet visade att acceptansen för ASI-intervjun var mycket stor (95 %) och att den inte hade någon negativ effekt på relationen till socialarbetaren eller på klienternas förtroende för socialtjänsten. Det fanns också en stor acceptans för att socialtjänsten använder ASI-intervjun för uppföljning och utvärdering...”

Resultat av enkäten om ASI

Vi har fått in 34 svar – av dem tycker 85 % att ASI är bra medan 15 % tycker att den är ointressant, ingen tyckte att den var dålig.

6 % tyckte att en eller flera frågor var kränkande.

38 % uppgav att det fanns frågor som var värdefulla för dem personligen – 8 % tyckte slutresultatet var värdefullt, 6 % tyckte att frågorna inom familj och umgänge var värdefulla och en tyckte att frågorna om psykisk hälsa var viktiga. Övriga hade inte preciserat vilka frågor som var intressanta.

Den övervägande majoriteten tyckte att samarbetet med intervjuaren gick bra samt att relationen till intervjuaren påverkats positivt.

Förtroendet för socialtjänsten påverkades såtillvida att elva män fått ökat förtroende för socialtjänsten och en man fått minskat förtroende – övrigas förtroende för socialtjänsten var oförändrat.

En fråga gällde hur man påverkats av intervjun, där kunde man välja mellan olika adjektiv och markera vilket/vilka som stämde bäst med ens egen upplevelse av intervjun. De alternativ männen hade markerat mest var avspänd (16 st) och intresserad (14 st). Därefter kom förvånad (6 st), glad (5 st), likgiltig (5 st). Fyra män hade känt sig ledsna respektive ängsliga. Tre män hade känt sig förvirrade respektive uttråkade. Enstaka män hade känt sig misstänksam, entusiastisk eller arg. Ingen kände sig manipulerad, lycklig eller motarbetad av intervjun.

Positivt att nästan hälften känner sig avspända och intresserade under intervjun. Förståligt är att flera känner sig ledsna och ängsliga. En man hade uttryckt förvåning över frågan om han prostituerat sig.

Majoriteten var positiva till användningen av ASI inom socialtjänsten, dock var man något mindre positiv till systematisk utvärdering inom socialtjänsten. Den övervägande majoriteten ställde sig positiva till att socialtjänsten tar kontakt med dem sex månader efter avslutad kontakt.

Kommentarer under öppna frågor

Under varje fråga fanns ett utrymme för egna kommentarer, här är ett axplock av dessa:

”Vissa frågor var irrelevanta”, ”Jag visste redan om alltihop”, ”Svårt att peka på en specifik fråga om vilken/vilka frågor som varit värdefulla men att sammanställa de frågor i olika kategorier för att sedan få en arbetsplattform tycker jag är väldigt bra”. ”Frågorna om psykisk

hälsa fick mig att tänka tillbaks i mitt liv och känna mig mer intresserad”, ”Fick förhoppningsvis bättre insikt i mina problem rent allmänt”, ”Slutresultatet är intressant”, ”Genomsnittet av diverse frågor tycker jag är bra”, ”Jag visste redan om alltihop”, ”Bra grej”.

Personalens syn på ASI

Under våren 2004 deltog personalgruppen i en enkätundersökning i anslutning till Kristine Markels Angebys (2004) magisteruppsats ”Social Workers Attitudes to Structured Interviews”. Enkäten handlade om inställningen till strukturerade intervjuer i allmänhet och ASI i synnerhet. Under hösten 2006 ställde vi ett urval av samma frågor till personalgruppen för att ta reda på om inställningen till ASI förändrats under de två år projektet pågått. Frågorna vi ställde gällde dels hur många intervjuer man gjort och dels huruvida ASI-intervjun var till hjälp i arbetet. Personalgruppen var inte exakt densamma vid de olika frågetillfällena, några personer hade bytts ut.

Antalet gjorda ASI-intervjuer hade ökat markant mellan frågetillfällena – vid första tillfället hade de flesta gjort mellan 1-20 intervjuer, vid uppföljningen hade majoriteten gjort över 20 intervjuer. De som hade gjort flest intervjuer hade gjort mellan 61-60 och de som hade gjort minst antal hade gjort mellan 1-20 intervjuer.

År 2004 ansåg halva arbetsgruppen att ASI-intervjun var till hjälp i arbetet, nu tycker hela arbetsgruppen att den är till hjälp i arbetet.

Vid första intervjutillfället tyckte 50 % att det kändes obekvämt att ställa så många frågor till en klient, vid andra tillfället var det endast 10 % som tyckte detta.

Ett påstående handlar om huruvida man tycker ASI-intervjun hjälper till att identifiera klientens sociala situation och även där är man numera betydligt mer positivt inställd – 90 % av arbetsgruppen tycker att så är fallet.

Ovanstående stämmer väl överens med andra undersökningar som gjorts kring socialarbetares inställning till ASI-intervjun – inställningen till intervjun förbättras med mängden gjorda intervjuer. Detta beror främst på att det krävs att man har gjort minst ett tiotal intervjuer innan man är så pass bekant med formuläret att man kan formulera frågorna på ett sätt som känns mer naturligt för en själv och klienten.

5. Slutdiskussion

I detta avslutande kapitel analyseras den implementeringsprocess som vi varit med om, där vi lyfter fram vad vi anser vara bärande element i processen, möjligheter och svårigheter under resans gång. Vi gör en diskussion om vad detta fört med sig och drar några slutsatser om hur användbart detta kan vara för andra och avslutar kapitlet med några förslag på hur socialtjänstens missbrukarvård kan gå vidare vad gäller systematisk dokumentation i samarbete med klienterna.

Syftet med projektet var att införa systematisk utredning i en arbetsallians med den enskilde klienten, parallellt som motivation till förändring förstärks –att arbetet i högre grad skulle baseras på empirisk grundad kunskap.

Vårt utvecklingsarbete visar att det går att införa utrednings- och uppföljningsinstrument på ett sådant sätt att det gagnar både den enskilda klienten och tillgodoser socialtjänstens behov av att systematisera dokumentationen.

Dessutom visar projektet att ASI i kombination med MI eller MBU kan vara ett arbetssätt som gör tillvaron bättre för socialsekreteraren genom att underlätta en bra kontakt med klienten, ge tydligare resultat i arbetet och resultera i bättre underlag till beslut. Metoderna kan även ge stöd till ett fortgående metodutvecklingsarbete inom en arbetsgrupp.

I det följande delar vi upp våra kommentarer kring syftet i olika delar nämligen:

- Har motivation till förändring av arbetssätt förstärkts hos socialsekreterarna?
- Har vi infört systematiska utredningar?
- Sker dessa i en arbetsallians med den enskilde klienten?
- Har motivation till förändring förstärkts hos klienten?
- Baseras arbetet i högre grad på empirisk grundad kunskap?

Motivationsprocessen i arbetsgruppen

När vi i dag blickar tillbaka på den process vi gått igenom, kan vi urskilja mönster som är jämförbara med Stages of Change modellen, så som den presenterats av Prochaska diClemente d.v.s. att vi själva genomgått en motivationsprocess i flera steg. Motivationsprocessen inleddes flera år innan ovan beskrivna projekt inleddes och pågår fortfarande. I det följande sammanfattas vad vi gjorde över tid och vilken fas vi, vid en tillbakablick, tyckte att vi befann oss i.

2001-2002 att upptäcka brister och problematisera (omedveten/uppgiven)

- Ny chef som uppmärksammar brister i dokumentation och utredning.
- Arbetsgruppen problematiserar – diskuterar skillnaden mellan hur vi gör och hur vi bör göra.
- Gruppen får information om kunskapsläget.
- Kvalitetsarbete pågår med diskussioner om hur vi ska få minsta gemensamma nämnare i utredningsarbetet tillsammans med klienterna.
- Utvecklingsstrategier formuleras av ledningsgrupp för hela Enheten för hemlösa.
- Hela arbetsplatsen deltar i FoU cirklar för att stimulera till reflexion, dialog och samarbete.
- Bemötandefrågor kommer upp på dagordningen.
- Förslag om ASI utbildning för hela gruppen.

2002 få ny kunskap och öva (fundera/överväga)

- Hela gruppen går ASI utbildning.
- Vi diskuterar och gör upp en plan för hur man ska öva.
- Alla deltar och gör 2 intervjuer per månad i ca 5 månader.
- Chefen följer upp individuellt och i grupp.
- Halvdagsuppföljningar med utbildaren sker varje termin.
- Gruppen gör studiebesök och deltar i konferenser för att få goda exempel t.ex. till Jönköping.
- Chefen kollar upp att alla känner att de behärskar ASI tillräckligt bra vid medarbetarsamtal.

2003 beslut/förberedelse

- Gruppen diskuterar och drar slutsatser av övningar och utbildning.
- Alla börjar göra ASI men utan systematik.
- Vi gör en plan för med vilka och när man ska göra ASI.
- Upprepade diskussioner om syfte och långsiktiga mål.

- Ordna extra resurser – söka projektmedel länsstyrelsen.
- Ordna praktiska saker - blanketter, dataprogram, informations broschyr till klient.
- Gå utbildning i riktlinjer för missbruksarbete.

2004 en del av vardagen (handling/förändring)

- Beviljas projektmedel.
- Göra ASI med alla nybesök och åter aktualisering.
- Följa upp att regelbundet.
- Efterfråga resultatet, - som bedömningsunderlag, vid beskrivningar av klienten, inför beslut vid diskussioner om målgruppen.
- Ge beröm -kritik individuellt och i grupp.
- Revision - ytterligare skäl att bli bra på detta.
- Berätta om erfarenheter för andra kollegor.

2005 och framåt (hantering/upprätthållande)

- Projektsamordnare som ger stöd och support.
- Följa upp individuellt och i grupp.
- ASI efterfrågas i vardagsarbetet.
- Sammanställa statistik – dra slutsatser av den.
- Utveckla verksamheten.
- Berätta för andra.
- Gå uppföljnings dagar i utbildningen.
- Utbilda nyanställda.
- Ge högre lön – belöningar.
- Uppmärksammas av andra.

Systematisk användning av utredningar

Vi kan idag säga att vi har infört ett systematiskt sätt att utreda våra klienter med, som omfattar alla socialsekreterare i arbetsgruppen och de klienter som kommer som nybesök eller blir återaktualiserade. Den processen beskrivs under rubrik – motivation till förändring hos socialsekreterarna. Processen har inneburit att vi faktiskt har förändrat vårt arbetssätt så att utredningsarbete är självklar del i vårt arbete. Man behöver inte längre komma till ”rätt” socialsekreterare för att få sin situation kartlagt inom relevanta områden.

Vad betyder det för oss att vi nu arbetar systematiskt med utredningsarbetet idag till skillnad mot tidigare?

Arbetsgruppens inställning till klienterna och dess behov har förändrats. Vi ser på hela livssituationen mot tidigare ett starkt fokus på missbruket. Vi ser oss själva som en del i en förändringsprocess, framförallt genom att arbeta med klientens motivation på ett mer medvetet sätt. Vi har blivit bättre på att ”börja där klienten står” och att planera hjälpinsatserna tillsammans med klienten. Klienten får nu en bättre överblick och feedback på sin situation samt får förslag på hjälp som går att koppla till de behov som framkommit. Förberedelsestiden innan insatser har därmed blivit mer individuellt anpassad. Klientens röst blir mycket mer uppmärksammas. Diskussionerna och reflektionerna i arbetsgruppen har också ökat. Vi har insett att det inte finns någon bestämd behandlingsmodell eller -metod som är den bästa för alla missbrukare. Tidigare rekommenderades flesta en s.k. 12-stegsmodell. Det finns bättre koppling

mellan den enskildes behov och insatserna. Vi har blivit flexiblare och mer öppna för okonventionella lösningar.

Socialekreterarna uttrycker också att de fått bättre instrument för att utföra sitt arbete och att detta medfört en höjd kompetenskänsla och att yrkesrollen förtydligas. Vi upplever att kvalitén förbättrats överlag på det arbete som vi utför. Vid våra behandlingskonferenser upplever vi att vi i ökad utsträckning har utvecklat ett gemensamt språk för det ”kollegiala samtalet”.

I diskussionerna med varandra har vi fått ett tydligare, gemensamt språk. När vi talar om klientens motivation så kan vi beskriva i vilken fas klienten befinner sig när det gäller de olika livsområdena som finns i ASI-intervjun. Vi vet att motivation inte är något konstant utan att det varierar över tid och att vägen till en minskad alkohol/narkotika konsumtion ofta går genom klientens önskan om att förändra något annat, för honom viktigt, område i livet. När vi beskriver en klient för varandra sker det allt oftare i termer av det hur det ser ut inom de olika livsområdena i ASI: n, vad han för tillfället är mest motiverad att förändra och hur han förhåller sig till sitt missbruk utifrån motivationscirkeln.

Vi tror att vi därmed också fått bättre förutsättningar att sätta ord på den s.k. ”magkänslan” (känslan för att en viss typ av insats var extra lämplig för en viss typ av klient). Den tidigare känslan av att ”det är viktigt att han snabbt får en behandling” kan idag beskrivas i termer av att: ”det här är en klient med stora problem inom flera livsområden och han är i dag motiverad till att göra något åt sitt missbruk och är väl införstådd med vad en behandling innebär”.

Arbetsgruppen kan idag beskriva vilken typ av klienter man arbetar med utifrån fakta och inte en känsla.

Vi menar att det gagnar klienten att mötet har givna ramar och är förutsägbart och att det fortfarande finns ett stort utrymme för den enskilda socialarbetaren och klienten inom dessa ramar. Detta vill vi speciellt säga till de som anser att socialarbetarrollen blivit mer stereotyp och att mötet med klienten handlar mer om metoder och blanketter än om ett möte mellan två människor.

När ett arbetssätt, som t.ex. att utreda genom ASI, blir en del i den vardagliga verksamheten kan personalen artikulera innehållet och tankarna bakom de strategier man använder. Man har då ett språk för det ”kollegiala samtalet” som vi nämnt ovan och det blir då en grund för metodutvecklande samtal. En tydlig artikulering kan dessutom göra verksamheten reproducerbar och inte så personberoende. Personalen kan öppet beskriva vad de gör och varför och blir mer experter på att lösa problem än på klienternas psyke (Billinger 2000). De artikulationsproblem som Bergmark (1996) pekar på som ett stort problem, inte bara inom missbruksområdet utan också i socialt arbete i stort, minskar i sådant fall. När individer, oberoende av varandra, beskriver företeelser på samma sätt uppfattar vi dem som reella och solida (Goffman 1998). Det som uppfattas som reellt och solitt kan kanske också uppfattas om mer trovärdigt!

Vad är det som måste till för att detta ska lyckas? Vad är det som hindrar – motverkar den utveckling som vi idag har uppnått? Personalen? Klienter? Eller är det något annat?

Enligt våra erfarenheter ligger hindren i varje fall inte hos våra klienter. Det blir mycket tydligt hos oss eftersom Enheten för hemlösa har en målgrupp som har många och komplexa svårigheter men vi lyckades i varje fall genomföra ASI intervjuer med majoriteten. Många kollegor trodde att vi skulle få betydande svårigheter med att genomföra intervjuerna men så blev inte fallet.

Är personalen sammansättning, erfarenhet, inställning och dylikt avgörande? Här skulle vi också vilja påstå att så inte är fallet. Vi hade i vår personalgrupp personer som fanns på hela skalan avseende ASI, allt från att anse att ASI är fel att använda till mycket entusiastiska personer. En slags normalfördelning tror vi.

Det vi har funnit avgörande är ledarskap, verksamheten/organisation samt att det är en process som måste få pågå över tid, i flera år och som måste ägnas speciell omsorg.

Den närmsta chefen behöver: Vara intresserad och ha sakkunskap i frågan. Tänka långsiktigt och planera strategiskt och var uthållig över flera år med frågan. Följa upp det planerade arbetet regelbundet. Sätta in frågan i sitt sammanhang i helheten. Ge konstruktiv personlig feedback fortlöpande. Förmedla en positiv utveckling till medarbetarna – ge hopp. Efterfråga konkret resultat i vardagsarbetet. Chefen måste skapa resurser efter behov och där vill vi särskilt lyfta fram behovet av en person som kan jobba med stöd i det vardagliga arbetet – t.ex. en samordnare.

När projektet inleddes var större delen av arbetsgruppen väl förberedd genom att man tillsammans med sektionschefen haft återkommande diskussioner där de olika metoderna ASI, MI och MBU ingått. De yttre ramarna för projektet var också väl förankrade hos personalen. När projektarbetet väl kom igång så förändrades chefens roll till att mer ”peka med hela handen” d.v.s. stå för ständig efterfrågan i vardagen på olika sätt. Chefen skapar därmed en trovärdighet och legitimitet som är nödvändig för att projektsamordnaren ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter.

Större förändringar i en organisation kräver mycket av personalen på olika nivåer och där kommer projektsamordnaren in. Hennes roll är dels att vara med i att skapa nya rutiner som inrymmer de nya metoderna men också se till att eventuella hinder undanröjs på ett smidigt sätt. Eftersom arbetsgruppen under större delen av projekttiden haft en stor arbetsbelastning så har det också varit angeläget att hitta en rimlig nivå för hur höga krav man kan ställa på gruppen när det gäller att använda de nya metoderna. Vi tror att risken med att ställa alltför höga krav under en pressad arbetssituation kan få den effekten att arbetsgruppen blir kritisk mot de nya metoderna. En viktig uppgift för projektsamordnaren är också att återkoppla det arbete som gruppen utför tillbaka till gruppen för att motivera till fortsatt arbete.

Under olika perioder har stödet till arbetsgruppen varierat – likaså har stödet varierat från person till person.

I organisationen i stort behövs att frågan om systematisk dokumentation finns med i utvecklingsstrategierna för hela arbetsplatsen. Att den är en del i kvalitetsarbetet och åtagandena. Samt att värdet av arbetet lyfts fram som ett gott exempel i olika sammanhang. Dessutom krävs att grupp statistik efterfrågas och att den analyseras och används till verksamhetsutveckling.

Arbetsallians

- Sker utredningsarbetet i en arbetsallians med den enskilde klienten?

Samarbete, arbetsallians och motivation är viktiga delar om socialtjänsten ska kunna bidra till en positiv förändring för den enskilde klienten.

Vad vi gör men också HUR vi gör, är av stor betydelse för om en arbetsallians ska utvecklas. Det tekniker vi använder understödjer samarbete - arbetsallians men det krävs också ett förhållningssätt som möjliggör den och där kommer vårt arbete med att lära oss MI in.

Vi är inne i en process där MI allt mer blir en del av ett naturligt förhållningssätt för oss men vi anser att vi fortfarande håller på att öva oss i detta. Det kommer att krävas ytterligare mycket arbete innan detta är en självklar del i vårt arbete. Men... när vi lyckas att förhålla oss i mötet med klienten på det sätt som MI avser, är det vår erfarenhet att det skapas en bra arbetsallians med den enskilde klienten.

Vi menar att ASI-intervjun utgör ett gemensamt arbetsmaterial som klient och socialsekreterare utgår ifrån. Klienten har indikerat vilka områden i livet han vill ha hjälp med och vilka områden i livet som fungerar och utifrån detta kan man tillsammans göra en plan för hur det fortsatta arbetet ska se ut. Även om inte socialsekreterare och klient är eniga om vad som är mest angeläget att åtgärda så kan man åtminstone vara överens om att man inte är överens...

Christer Engström (2005) skriver i sin avhandling om hur arbetsalliansen mellan socialarbetare och klient påverkas av ASI-intervjun och konstaterar: "Resultaten visade att det inte fanns några skillnader i fråga om allians och negativa upplevelser mellan dem som deltog i utredningssamtal där ASI-intervjun användes och där den inte användes"(a.a s. 18).

Motivation till förändring hos klienter

Vi har fått en ökad kunskap om begreppet motivation och vi vet att motivation är föränderlig och inte konstant. Vi för ett annat resonemang om motivation idag - tidigare kunde vi slänga ur oss: "han är inte motiverad" vilket underförstått innebar att det inte var någon idé att ödsla tid och kraft på honom. I dag är vi betydligt bättre på att möta klienten där han befinner sig – även om vi själva tycker att klienten borde ta itu med sitt missbruk så kan vi vara lyhörda och börja med att hjälpa honom med det han är mest bekymrad över – kanske att han förlorat kontakten med sina barn eller att han är orolig för sin hepatit C. Vi vet att genom att möta honom där han befinner sig och börja arbeta med det han är bekymrad över så ökar möjligheten att han ska lyckas med det han bestämt sig för – därigenom ökar också tilltron till den egna förmågan. Vi har också lärt oss känna igen tecken på att vi hamnat fel i samarbetet med klienten och har metoder för att komma rätt igen. En stark negativ reaktion hos klienten innebär att vi måste ta ett steg tillbaka för att komma i fas med honom igen. Vi har blivit bättre på att hitta det klienten själv är motiverad att förändra och lärt oss att det är första steget mot att förändra även det vi är mest bekymrade över. Vi har lärt oss känna igen förändringsprat – när klienten själv pratar om att han ska förändra något – och lyfta fram och uppmuntra sådant.

Baseras arbetet i högre grad på empirisk grundad kunskap?

Vi anser att vi idag har kommit en bit på väg i att ha utvecklat en modell för lokalt utvärdering, metod och kvalitetsutveckling Vi kan på ett relevant sätt, genom ASI, dokumentera centrala uppgifter om det vi är intresserade av. Vi gör det systematiskt och skaffar även fram jämförelsedata, dels genom ASI uppföljningsintervjuer och dels genom att jämföra med andra ASI sammanställningar. Vi är nu inne i ett arbete att fortlöpande analysera utfallet på gruppnivå genom att jämföra med situationen när insatserna initierades och där särskilt uppmärksamma behov av utveckling av verksamheten. Detta är några av de delar som måste ingå i en sådan modell enligt professor Lars Oscarsson (1999).

Det vi behöver gå vidare med är att utveckla beskrivningen av de insatser som sker. För att kunna bedöma om utfallet är "bra" bör vi också kunna jämföra det med t ex utfallet av andra insatser för samma eller liknande klienter vilket vi i dag inte allt har inlett.

Hur går vi vidare?

Vi vill avsluta kapitlet med några förslag på hur socialtjänstens missbrukarvård kan gå vidare vad gäller systematisk dokumentation i samarbete med klienterna.

Hur man går vidare är beroende av var i en förändringsprocess arbetsgruppen befinner sig.

Kunskap genom utbildningar – kurser räcker för det mesta inte alls för att man ska kunna omsätta kunskapen i det vardagliga arbetet.

Det krävs en långsiktig plan och struktur och uppföljning av detta över tid som ansvarig chef håller i. Dessutom måste en person understödja en förändringsprocess och bidra till att upprätthålla den i det vardagliga arbetet. Det kan vara en fördel om detta är en annan person än chefen.

Man måste få möjlighet att öva under en period så att man hunnit göra minst 10 ASI inom loppet av ca 6 månader. Det behövs en viss frekvens i övningarna annars är det stor risk att man varje gång känner sig som en nybörjare. Vår erfarenhet är att om man gör en ASI varannan vecka lär man sig sakta men säkert tekniken och införlivar sättet att intervjua.

När man behärskar ASI som teknik, behöver man i det enskilda klientarbetet fördjupa användningen av ASI genom att analysera materialet och använda det som ett bedömningsunderlag för att göra arbetsplan – vårdplan, där både motivationsaspekter, prioriteringsordning, tidsplan och vem som gör vad framkommer.

Vi behöver utveckla ett systematiskt sätt att dokumentera de insatser klienterna erhållit under den tid som förflutit mellan grundintervjun och uppföljningsintervjun för att få en ökad kännedom om vad som gynnar förändring för olika klientgrupper.

Vi behöver använda den kunskap som framkommer på gruppnivå för att utveckla verksamheten. För att detta ska ske krävs en utveckling av analysförmåga även av material på gruppnivå och en beredskap att faktiskt förändra verksamhet utifrån de slutsatser man kan dra av materialet. Detta innebär att våra uppdragsgivare – politiska nämnder även behöver efterfråga ett sådana material och använda det för en strategisk utveckling av socialt arbete.

När man fattat beslut om att förändra arbetet och man har stöd för detta, är det sedan viktigt att utvecklingen blir en del av det reguljära arbetet.

Dessutom måste, som Oscarsson (1999) framför, målen och kriterierna för utvecklingsarbetet vara både mät och upplevelsebara för personalen. Man behöver kunna följa verksamhetens utveckling kontinuerligt och uppleva en positiv professionell utveckling av arbetet.

Vi tycker också att det behövs någon form av tydliga belöningssystem som stimulerar utvecklingsarbete och förnyelse.

Förhoppningen och visionen inför framtiden är att vi kan lyfta fram både individers och grupperns behov på ett sådant sätt att kunskapsunderlaget får tyngd och på sikt kan medverka till ökade resurser för dem. Samt att vi fortlöpande kan utveckla verksamheten efter målgruppens behov samt kunna påvisa att socialtjänsten bidrar till en positiv förändring för dem.

7. Referenser

- Andreasson, S., Lindström, U., Armelius, B-Å., Larsson, H., Berglund, M., Franka, A., Bergman, H., Rydberg, U., Zingmark, D. (1999). *ASI: Ett sätt att intervju klienter inom missbrukarvården*. CUS-skrift 1999. Stockholm: Centrum för utvärdering av Socialt arbete.
- Berglund, M., Andréasson, S., Bergmark, a., Oscarsson, L., Tengvald, K., Öjehagen, A. (1996). *Dokumentation inom missbrukarvården*. Eskilstuna: Liber.
- Berglund, M., Andréasson, S., Bergmark, A., Blomqvist, Lindström, L., Oscarsson, L., Ågren, G., Öjehagen, A. (2000). *Behandling av alkoholproblem*. Stockholm: Liber.
- Bergmark, A., Oscarsson, L. (1999). Behandlingsmotivation och tvångsvård. *Socialvetenskaplig tidskrift*, årg. 6, nr 3, 195-211.
- Billinger, K. (2000). *Få dem att vilja – motivationsarbete inom tvångsvården av vuxna missbrukare*. Stockholms universitet: Rapport i socialt arbete nr 95.
- Blomqvist, J. (1991). *Rätt behandling för rätt klient – ingen enkel match. En kartläggning av missbruksarbete och vårdresurser och en diskussion av behandlingsvalens betydelse*. FoU-rapport 1991:14. Stockholm: Socialförvaltningens FoU byrå.
- Blomqvist, J. (1998). *Beyond treatment? Widening the approach to alcohol problems and solutions*. Stockholm Studies in social Work, 13. Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete.
- Blomqvist, J. (1999). *Inte bara behandling – vägar ut ur alkoholmissbruket*. Stockholm: Bjurner och Bruna AB.
- Blomqvist, J. (2002). *Att sluta med narkotika- med och utan behandling*. Socialtjänsten i Stockholm: FoU-rapport 2002:2.
- Blomqvist, J., Wallander, L. (2003). *Which intervention for whom? An exploration of referral processes in the Swedish addiction care system*. Paper presented at the 29th Annual Symposium of the Kettil Bruun Society, Krakow, June 2003.
- Engström, C. (2005). *Implementering och utvärdering av addiction severity index (ASI) i socialtjänsten*. Institutionen för Psykologi, Umeå Universitet.
- Goffman, E. (1998). *Jaget och maskerna. En studie I vardagslivets dramatik*. Stockholm: Prisma.
- Lindström, L. (1992). *Managing Alcoholism. Matching Clients to Treatments*. Oxford: Oxford University Press.
- Markel Ängeby, K. (2004). *Social Workers Attitudes to Structured Interviews. A Study on attitudes to the Addiction Severity Index (ASI) in four work settings: Social Service, Treatment, Medical and Hard to treat population (homeless)*. International Masters Social Work.
- McLellan, AT., Kushner, H., Metzger, D., Peters, F et al. (1992). *The fifth edition on the Addiction severity Index*. J Subst. Abuse Treat 1992; 9:199-213.

- Melin, A., Näsholm, C. (1998). *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund: Studentlitteratur.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing*. London: The Guildford Press.
- Oscarsson, L. (1999). Dokumentation, metodutveckling och kvalitet I missbrukarvården. *Narkotikapolitik: Socialvetenskapliga forskningsrådet. Alkohol och narkotika – politik, vård och dilemma, 1999*, 70 – 81.
- Revisionskontoret (2004) *Granskning av socialtjänstens insatser för vuxna missbrukare*. Nr 8 september 2004.DNR 420/139-04. Stockholm.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1984).*The Tran theoretical Approach, crossing Traditional Boundaries for Change*. Homewood: Dorsey Press.
- Svensk författningssamling SFS 2001:453 Socialtjänstlagen
- Socialstyrelsen. (SoS). (1999). Socialtjänsten i Sverige 1999. Behov- Insatser- Utveckling. Stockholm. (a)
- Socialstyrelsen. (SoS). (1999). *Social tillsyn 1999*. Resultatet av länsstyrelsernas tillsyn. Stockholm. (b)
- Socialstyrelsen (SoS)(2003). *ASI - en strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem*.
- Öberg, D. (2004). *En metod för att göra dokumentation användbar i behandling*. MAPS. Rapport 5/04. Statens institutionsstyrelse. Västervik.
- Östergren, K., Wallér, J. (2001). *Motivationsbefrämjande utredningsarbete – MBU. Om att utveckla det sociala arbetet med missbrukare inom socialtjänsten*. Socialtjänsten i Stockholm: FoU-rapport 2001:1.

Bilagor.

1. KLIENTBESKRIVNING (Bortfall)

KOD: __, __, __, __, __, __, __, (initialer, födelseår, födelsedag)

1 (2)

1. **Ansvarig handläggare:** _____

2. **Datum för nybesök** _____, _____, _____
år månad dag

3. **Aktuell tidigare på något team** ja nej

4. **Ålder:**

5. **Varför har inte en inledande ASI-intervju kunnat genomföras?**

a) ρ Klienten vill ej

d) π Psyk. Störd

g) π Annat vad.....

b) ρ Pågående missbruk

e) π Språksvårig.

c) ρ Avbrutit kontakten

f) π På annat ort

Kortfattad motivering

Allmän information

6. Hur länge hade klienten varit hemlös när han aktualiserades? år mån Vet inte

7. Huvudsakligt boende just nu

- | | |
|--|--|
| a) <input type="checkbox"/> Egen bostad | e) <input type="checkbox"/> Institution/kategorihus
familjevård |
| b) <input type="checkbox"/> Andrahandsboende | f) <input type="checkbox"/> Hotell |
| c) <input type="checkbox"/> Hos föräldrar, släktingar
inneboende, kollektiv | g) <input type="checkbox"/> Bostadslös |
| d) <input type="checkbox"/> Försöks/träningslägenhet | h) <input type="checkbox"/> Annat , vad..... |
| | i) <input type="checkbox"/> Vet inte |

8. Födelseland

- | | |
|---|--|
| a) Klient <input type="checkbox"/> vet inte | e) Far <input type="checkbox"/> vet inte |
| c) Mor <input type="checkbox"/> vet inte | |

Fysisk hälsa

9. Har klienten några långvariga kroppsliga skador eller sjukdomar som påverkar livsföringen?

- a) Ja b) Nej c) Vet ej

Ev. kommentarer:

Arbete/försörjning

10. Avslutad skolutbildning efter antal år vet inte

11. Vanligaste anställningsmönster under de senaste 3 åren:

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| a) <input type="checkbox"/> heltid | e) <input type="checkbox"/> militärtjänst | h) <input type="checkbox"/> intagen/inlagd på inst. |
| b) <input type="checkbox"/> deltid | f) <input type="checkbox"/> pension/sjukbidrag | |
| c) <input type="checkbox"/> studier | g) <input type="checkbox"/> arbetslös | |

Alkohol- och narkotikaanvändning

12. Har klienten missbrukat alkohol och/eller narkotika? a) ρ JA b) ρNEJ c) ρVET INTE

Endast om Ja (på fråga 11):

13. Vilket medel utgör det dominerande problemet?:

- a) ρAlkohol
- b) ρNarkotika
- c) ρAlkohol och narkotiskt medel (dubbelt missbruk)
- d) ρMissbruk av mer än två medel (blandmissbruk)

14. Har klienten

- fått delirium av alkohol? a) ρJA b) ρ NEJ c) ρVET INTE

15. Har klienten

- tagit överdoser av narkotika? a) ρJA b) ρ NEJ c) ρVET INTE

16. Har klienten behandlats för

- Alkoholproblem a) ρJA b) ρ NEJ c) ρVET INTE

17. Har klienten behandlats för

- Narkotikaproblem a) ρJA b) ρ NEJ c) ρVET INTE

Kriminalitet

18. Har klienten

- varit häktad? a) ρ JA b) ρNEJ c) ρVET INTE

19. Har klienten

- varit intagen på kriminalv.anstalt? a) ρ JA b) ρNEJ c) ρVET INTE

Familj och umgänge

20. Vanligaste levnadsförhållanden de senaste tre åren?

- a) ρMed partner och barn
- b) ρEndast partner
- c) ρEndast med barn
- d) ρMed föräldrar
- e) ρMed släktingar
- f) ρMed vänner
- g) ρEnsam
- h) ρPå institution/motsvarande
- i) ρInga stabila levnadsförh.
- j) ρVet inte

Psykisk hälsa

Har klienten fått behandling för psykologiska eller känslomässiga problem?

21. Behandl. på sjukhusavdelning a) ρ JA b) ρNEJ c) ρVET INTE

22. Behandl. i öppenvård a) ρ JA b) ρNEJ c) ρVET INTE

Endast om Ja på fråga 26:

23. Har klienten kontakt med psykiatrin? a) ρ JA b) ρNEJ c) ρVET INTE

24. Eventuell diagnos

2. Enkät till klienterna

Din upplevelse av ASI intervjun

Du har tidigare varit med om en ASI intervju. Syftet med intervjun är att det skall vara ett hjälpmedel för att utveckla vårt arbete. Men det är viktigt att vi använder metoder som känns meningsfulla även för den som blir intervjuad och att vårt arbetssätt inte förorsakar obehag eller kränker den intervjuade. Därför är det viktigt att vi får veta hur Du upplevde ASI intervjun.

Försök att fylla i alla frågor och vill Du ytterligare kommentera någon fråga skriv detta på sista sidan.

Tack för din medverkan!

1. Vad är ditt allmänna intryck av ASI intervjun? Bra Ointressant Dåligt

2. Fanns det några frågor som Du upplevde som kränkande? Nej Ja

Om ja – minns Du vilken/vilka frågor som upplevdes kränkande, skriv ned dina synpunkter på raderna nedan.

3. Fanns det några frågor som var värdefulla för Dig personligen? Nej Ja

Om ja – minns Du vilken/vilka frågor som upplevdes värdefulla? Kommentera på raderna nedan.

4. Hur tyckte Du att samarbetet med intervjuaren gick?

Mycket dåligt	<input type="checkbox"/>
Inte så bra	<input type="checkbox"/>
Varken bra eller dåligt	<input type="checkbox"/>
Ganska bra	<input type="checkbox"/>
Mycket bra	<input type="checkbox"/>

5. Hur tror Du relationen mellan Dig och intervjuaren påverkades av intervjun?

Påverkas mycket negativt	<input type="checkbox"/>
Viss försämring	<input type="checkbox"/>
Ingen påverkan	<input type="checkbox"/>
Viss förbättring	<input type="checkbox"/>
Påverkats mycket positivt	<input type="checkbox"/>

6. Har Ditt förtroende för Socialtjänsten påverkats av ASI intervjun?

- Påverkats mycket negativt
Viss försämring
Ingen påverkan
Viss förbättring
Påverkats mycket positivt

7. Hur påverkades Du av intervjun? Ringa in de ord som bäst stämmer med din upplevelse. (Du kan ringa in fler än ett alternativ)

- | | | |
|--------------|-------------|------------|
| Ledsen | Glad | Lycklig |
| Likgiltig | Arg | Motarbetad |
| Entusiastisk | Misstänksam | Uttråkad |
| Ängslig | Förvirrad | Förvånad |
| Manipulerad | Intresserad | Avspänd |

8. Vad är Din uppfattning om värdet att använda ASI intervjuer inom Socialtjänsten?

- Absolut emot
Tveksam
Varken för eller emot
Varför inte
Absolut för

9. Vad tycker Du om att Socialtjänsten systematiskt utvärderar resultatet av olika insatser?

- Absolut emot
Tveksam
Varken för eller emot
Varför inte
Absolut för

10. Skulle Du acceptera att Socialtjänsten kontaktade Dig 6 månader efter avslutad kontakt för att utvärdera om deras insats på något sätt har förändrat Din livssituation?

- Absolut emot
Tveksam
Varken för eller emot
Varför inte
Absolut för

11. Har Du något annat Du skulle vilja framföra – skriv gärna några rader nedan. (Eller på baksidan om utrymmet inte räcker till)

Än en gång – tack för din medverkan!

Enkäten lämnas anonymt i receptionen i bifogat kuvert.

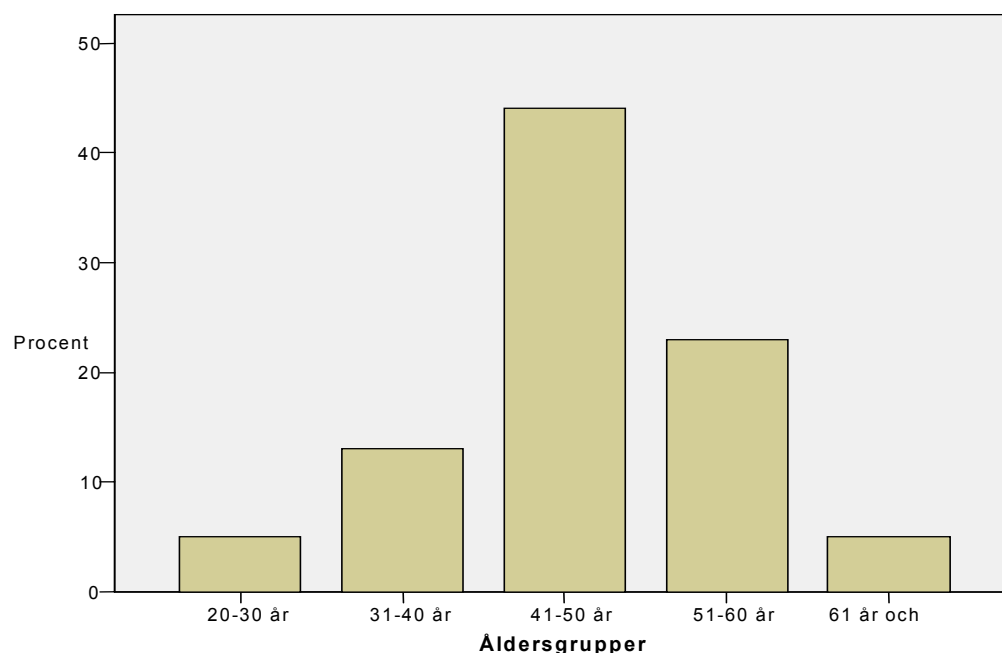
3. Statistik

Vi har här valt att visa ett urval av den statistik vi tagit fram under projektets gång. Statistiken är uppdelad i material från grundintervjun och uppföljningsintervjun och följer samma uppdelning som ASI-intervjun. Grundintervju gjordes med 90 män varav vi har kunnat följa upp 51 män. Fyra av männen har avlidit. Detta innebär att vi kunnat följa upp 59 % av totalt möjliga. Grundintervjun beskriver hur situationen såg ut när man först blev aktuell hos oss och uppföljningsintervjun beskriver läget ungefär ett år senare.

Grundintervjun

Allmän information

Åldersfördelningen ser ut enligt följande:



Medelåldern är 46,72 år och medianåldern är 47 år, den yngsta var 26 år och den äldsta var 68 år.

De flesta, 70 %, var bostadslösa, 10 % bodde hos släktingar eller inneboende, 4 % bodde på institution, 2 % uppgav att man bodde i egen bostad och 2 % bodde i andrahand, 1 % bodde på hotell – övriga hade uppgivit ”annat”.

Huvuddelen, 81 %, av männen är svenskar, 12 % finländare, resterande är enstaka män från Chile, Kongo, Danmark, Rumänien, Tyskland och USA.

Fysisk hälsa

89 % av männen har någon gång legat på sjukhus – i genomsnitt har man legat på sjukhus drygt 4, 5 ggr, medianvärde 2 ggr.

59 % av männen uppger att man har någon långvarig kroppslig åkomma. 40 % har haft läkarkontakt senaste halvåret. 30 % är ordinerade mediciner för sin fysiska hälsa.

Hepatit i någon form uppger 64 % att man har eller har haft - övervägande gäller det hepatit C vilket framgår av kommentarerna under fysisk hälsa.

86 % har HIV-testat sig och det var i genomsnitt för 24 månader sedan – medianvärde 12 månader sedan. 83 % fick ett negativt besked, 7 % fick reda på att de var HIV-positiva och resterande hade ännu ej fått besked alternativt kände inte till svaret.

16 % uppger att man har pension p.g.a. fysiska problem.

Arbete och försörjning

Männen har i genomsnitt gått i skolan i 9,6 år, medianvärde 9 år. Av kommentarerna framgår att de flesta som utbildat sig efter grundskolan har gått någon praktisk yrkesutbildning. 11 % uppgav att man har någon form av eftergymnasial utbildning.

Den största delen av männen (66 %) har uppgivit som vanligaste/senaste sysselsättning ett yrke som hör till kategorin ”icke facklärd arbetare”, 23 % har uppgivit facklärd arbetare, en har varit tjänsteman på mellannivå, fem har varit företagare och fyra har aldrig haft arbete. Nästan 17 % uppger att man har ett giltigt körkort.

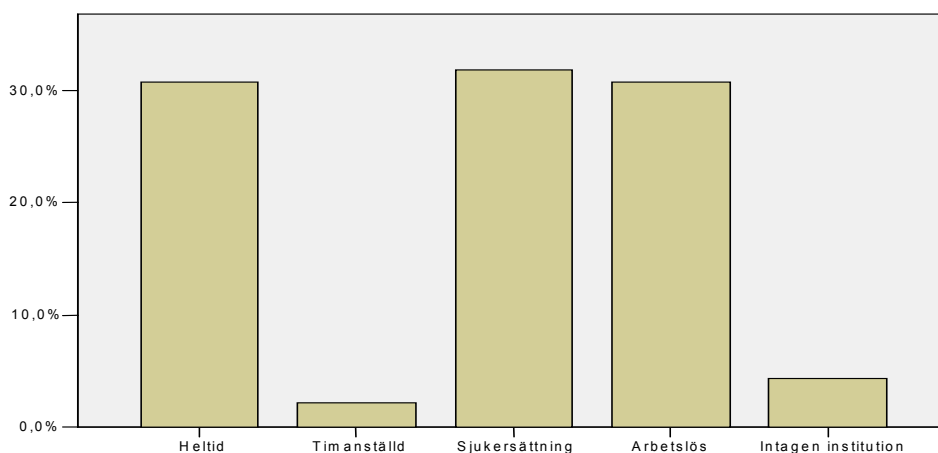
Männens nuvarande försörjning framgår av tabellen nedan.

Vilken är din huvudsakliga försörjningskälla?

		<i>Antal</i>	<i>Procent</i>
Typ	Lön	5	6
	A-kassa	1	1
	Försörjn. stöd	35	39
	Sjukersättn/pension	31	34
	Partner etc.	1	1
	Olaglig verksamhet	10	11
	Andra källor	7	8
	Total	90	100,0

Tabellen nedan beskriver vanligaste anställningsmönster under de senaste tre åren.

Anställningsmönster senaste tre åren?



Männen har i medeltal skulder som uppgår till 215 900: -

Alkohol och narkotikaanvändning

Tabellen nedan beskriver debutålder för de olika preparaten, medelålder och medianålder, samt hur stor andel som uppgivit att preparatet är huvuddrog. Debutålder innebär här när man börjat använda preparatet åtminstone tre dagar per vecka eller i perioder av minst två dagar efter varandra i veckan som påverkar skola, arbete, bilkörning etc.

<i>Preparat</i>	<i>Medel- värde</i>	<i>Median- värde</i>	<i>Andel som uppgivit preparatet som huvuddrog</i>
Alkohol	18	16	36 % (gäller både alkohol och alk. till berusning)
Alkohol – till berusning	19,8	17	
Heroin	25,3	25	10 %
Andra opiater	30,8	35	1 %
Bensodiazepiner	23,77	24	0 %
Kokain	23,2	20	0 %
Amfetamin	20,2	16	28 %
Cannabis	16	15	3 %
Hallucinogener	17,8	17	0 %
Lösningsmedel	12	13	0 %
Flera preparat	18,7	16	20 % (alk & nark 8 %, mer än två 12 %)

2 % hade uppgivit att man inte hade något alk/drogproblem.

En stor del av männen har någon gång injicerat narkotika.

Har Du någonsin injicerat?

		<i>Antal</i>	<i>Procent</i>
Svar	Nej	29	32
	Ja	61	68
	Total	90	100,0

Kriminalitet

20 % har uppgett att kontakten med socialtjänsten har skett på förslag eller uppmaning från kriminalvården - 20 % har frivårdspåföljd eller är villkorligt frigivna. 8 % kom på förslag/uppmaning från Kriminalvården **och** hade frivårdspåföljd/var villkorligt frigivna.

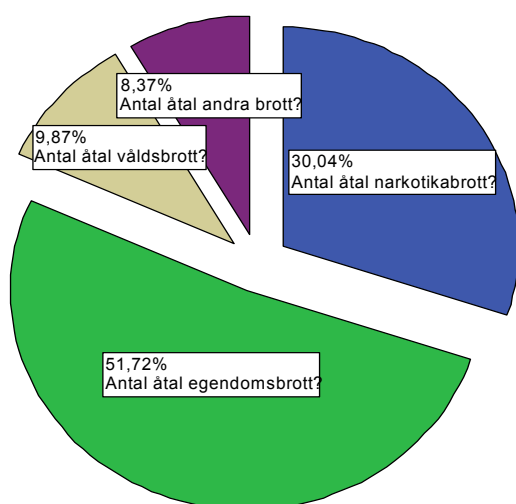
26 % har uppgett att man väntar åtal, rättegång eller straffpåföljd – vanligast att man väntar på åtal för egendomsbrott (35 %) eller narkotikabrott (22 %).

76 % uppger att man inte ägnat sig åt olagligheter senaste 30 dagarna medan 16 % uppger att man ägnat sig åt olagligheter samtliga av de senaste 30 dagarna.

Bilden nedan beskriver vilken typ av brott man har åtalats för.

I genomsnitt hade man fällts 12 ggr – medianvärde 4 ggr – och i genomsnitt tillbringat 32 månader i fängelse/häkte (medianvärde 10 månader).

Fördelning mellan olika brott



Familj och umgänge

11 % uppger att man är gift eller sammanboende, 73 % har tidigare varit gift/sammanboende medan 16 % aldrig varit gift/sammanboende.

Vanligaste levnadsförhållanden de senaste tre åren?

		Antal	Procent
Värde	Med partner och barn	5	5,6
	Endast med partner	11	12,2
	Med förälder	1	1,1
	Med släktingar	1	1,1
	Med vänner	5	5,6
	Ensam	42	46,7
	På inst. el. motsv.	9	10,0
	Inga stabila förh.	16	17,8
	Total	90	100,0

Det vanligaste sättet att tillbringa sin fritid är ensam (46 %) – därefter kommer att tillbringa fritiden med vänner med aktuella missbruksproblem (33 %).

I genomsnitt har man 4 vänner (median 3 vänner). Dock är det 22 % som uppger att man inte har någon vän alls.

Det finns ingen direkt fråga om huruvida man har barn men utifrån hur man svarat på frågan om man haft en nära, långvarig relation till sitt/sina barn kan man sluta sig till att drygt 60 % av männen har barn.

De senaste 30 dagarna har 7 % utsatts för psykisk misshandel och 2 % har utsatts för fysisk misshandel. Ingen har utsatts för något sexuellt övergrepp senaste 30 dagarna.

Tidigare i livet har 33 % utsatts för psykisk misshandel, 23 % har utsatts för fysisk misshandel och 7 % har utsatts för sexuella övergrepp.

Psykisk hälsa

Övervägande delen, 81 %, har aldrig behandlats på sjukhus p.g.a. psykiska problem. De som har behandlats på sjukhus har enbart vårdats vid enstaka tillfällen. En person hade vårdats vid 20 tillfällen. 9 % hade i behandlats i öppenvård p.g.a. psykiska problem.

14 % uppger att man hade sjukbidrag/pension till följd av psykiska problem.

Depression

24 % har upplevt allvarlig depression senaste 30 dagarna, 44 % har upplevt allvarlig depression tidigare i livet.

Ångest

29 % har upplevt allvarlig ångest senaste 30 dagarna, 44 % har upplevt allvarlig ångest tidigare i livet.

Problem med att förstå, minnas och koncentrera sig

32 % har haft sådana problem senaste 30 dagarna och 41 % har haft sådana problem tidigare i livet.

Hallucinationer

2 % har haft hallucinationer senaste 30 dagarna, 9 % har haft hallucinationer tidigare i livet.

Svårigheter att kontrollera våldsamt beteende

Sådana bekymmer har 6 % haft senaste 30 dagarna och 31 % har haft såna problem tidigare i livet.

Ordinerad psykofarmaka

Senaste 30 dagarna har 8 % ordinerats psykofarmaka, tidigare i livet har 31 % någon gång ordinerats psykofarmaka.

Allvarliga självmordstankar

7 % har haft allvarliga självmordstankar senaste 30 dagarna, 27 % har haft allvarlig självmordstankar tidigare i livet.

Självordsförsök

Ingen har gjort självmordsförsök senaste 30 dagarna – tidigare i livet har 16 % gjort självmordsförsök.

Uppföljningsintervjun

Fysisk hälsa

Antalet dagar man upplevt problem med den fysiska hälsan har minskat marginellt, från i genomsnitt 12,6 dagar vid grundintervjun till 11,7 dagar vid uppföljningsintervjun.

Vid grundintervjun var 29 % ordinerade medicin för sin fysiska hälsa, motsvarande siffra vid uppföljningsintervjun var 35 %. Andelen som haft kontakt med läkare senaste sex månaderna var i stort oförändrad och uppgick till en knapp fjärdedel av männen.

Arbete och försörjning

Vid grundintervjun uppgav drygt 4 % att man arbetat senaste månaden, vid uppföljningen hade siffran ökat till 14 %. Annars hade inga större förändringar skett inom detta område förutom att dagarna med upplevda problem inom området minskat. Detta kommenteras i kapitel 5.

Alkohol och narkotika

Antalet dagar man tagit de olika preparaten har minskat förutom metadon och ”andra opiater” där antalet dagar ökat något – detta beror troligen på att man påbörjat Subutex respektive metadonbehandling. Tabellen nedan beskriver förändringen i antal dagar av de senaste 30 dagarna man uppgivit att man tagit respektive preparat.

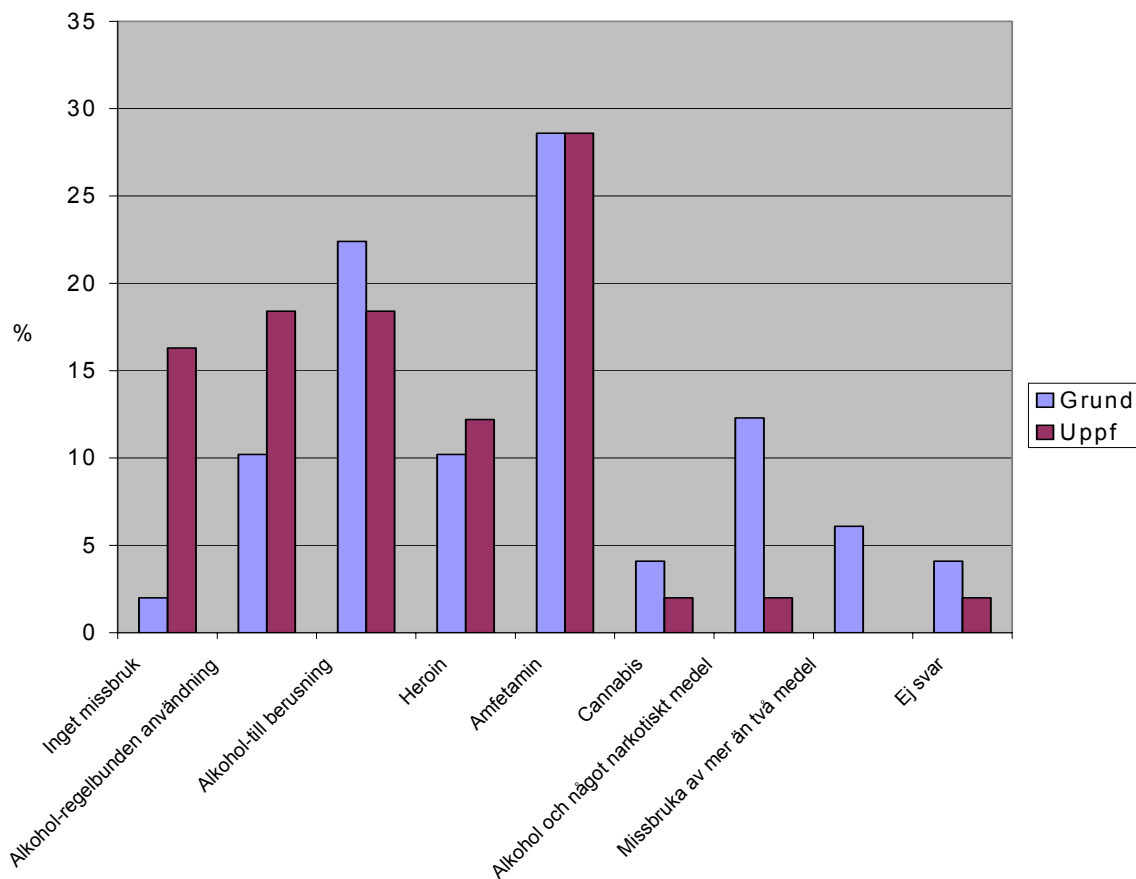
Preparat	Grund	Uppf
Alkohol	7,5	5,4
Alkohol till berusning	5,7	3,6
Heroin	3,1	1
Metadon	0,2	0,6
Andra opiater	0,6	1,3
Dämpande mediciner	2,4	2,2
Kokain	0,1	0,1
Amfetamin	6	3,5
Cannabis	2,9	2,2
Hallucinogener	0	0
Lösningsmedel	0	0
Annat	0,2	0
Flera droger per dag	4,7	3,6

Injektionsmissbruket har också minskat – vid grundintervjun uppgav 67 % att man injicerat under senaste sexmånadersperioden, motsvarande siffra vid uppföljningen var 39 %.

Antalet dagar med alkoholproblem har minskat från i genomsnitt 7,7 dagar till 3,8 dagar, dagar med narkotikaproblem har minskat från 9,4 till 5,5. Antalet dagar med injektionsmissbruk har minskat från 9,4 till 8 dagar.

Dagar i behandling har ökat från 1,4 till 3,2.

Diagrammet på nästa sida beskriver vilket medel klienterna angivit som dominerande problem. Värt att notera är att 17 % inte längre anser sig ha något problem med alkohol eller droger samt att andelen som missbrukar mer än ett medel minskat avsevärt.



Kriminalitet/asocialitet

Vid grundintervjun uppgav drygt 20 % att man ägnat sig åt olaglig verksamhet minst tio dagar av de senaste 30 dagarna, vid uppföljningsintervjun hade andelen minskat till 8 %. Andelen som uppgav att man inte alls ägnat sig åt olaglig verksamhet senaste 30 dagarna hade ökat från 71 % till 86 %. Ingen hade fällts för något nytt brott och endast ett fåtal personer hade åtalats för något nytt brott under tiden mellan intervjuerna. Andelen villkorligt frigivna hade ökat från 20 % till 24 % och gruppen som väntar åtal hade också ökat, från 14 % till 21 %.

Familj och umgänge

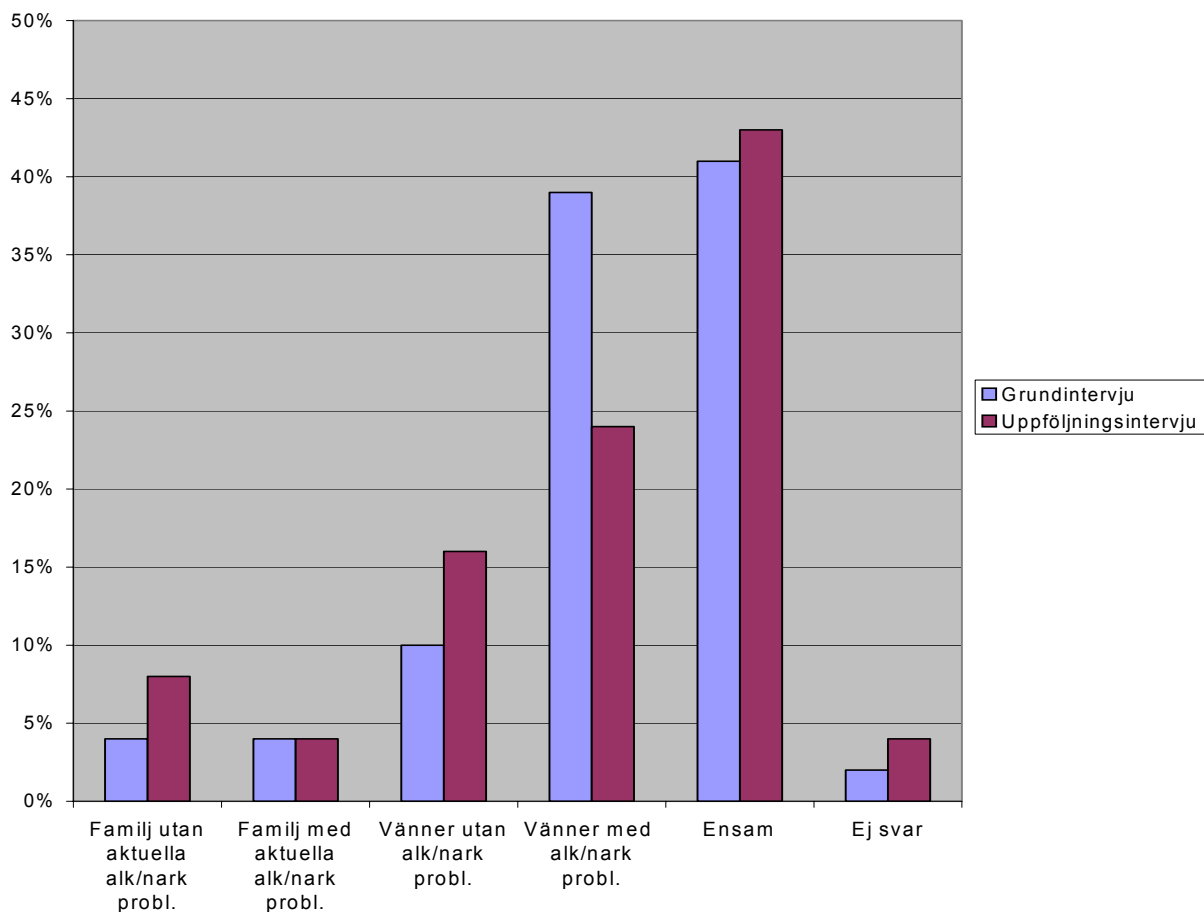
Antalet dagar man haft konflikt med närmaste familjen och anhöriga hade ökat något – från 1,3 dagar av de senaste 30 till 1,7 dagar. Konfliktdagar med andra var i princip oförändrat, 0,7 respektive 0,6 dagar.

Då man vet att det sociala nätverket är viktigt vid återhämtning från missbruksproblem har vi valt att jämföra vanligaste levnadsförhållanden vid grund- och uppföljningsintervjun samt hur nöjd man är med levnadsförhållandena.

	<i>Grund</i>	<i>Uppföljning</i>
Vanligaste levnadsförhållanden?	Senaste 3 åren	Senaste 6 mån
Med partner och barn	0 %	2 %
Endast med partner	10 %	12 %
Endast med barn	0 %	2 %
Med föräldrar	2 %	0 %
Med släktingar	2 %	0 %
Med vänner	10 %	8 %
Ensam	43 %	41 %
På institution/motsvarande	14 %	24 %
Inga stabila levnadsförhållanden	16 %	8 %
Ej svar	2 %	2 %
	100 %	100 %

Vi har också jämfört hur man tillbringar sin fritid samt hur nöjd man är med detta.

Fritidsumgänge vid grund- och uppföljningsintervju



Är du tillfreds med att tillbringa din fritid på detta sätt?	Nej	53 %	39 %
	Likgiltig	16 %	14 %
	Ja	29 %	45 %
	Ej svar	2 %	2 %

Psykisk hälsa

Andelen dagar med psykiska problem hade ökat något från grundintervjun till uppföljningsintervjun, från 7,3 dagar av de senaste 30 till 7,7.

Andelen som upplevt allvarlig depression senaste 30 dagarna hade minskat något medan andelen med allvarlig ångest ökat. Andelen med koncentrationsproblem var oförändrad, likaså andelen med allvarliga självmordstankar och självmordsförsök senaste 30 dagarna

		<i>grund</i>	<i>uppföljn</i>
Psykiatriska symptom senaste 30 dagar	allvarlig depression	22 %	20 %
	allvarlig ångest	22 %	26 %
	koncentrationsproblem	29 %	29 %
	hallucinationer	0 %	0 %
	svårigheter kontrollera våldsamt beteende	6 %	8 %
	ordinerats psykofarmaka	4 %	12 %
	allvarliga självmordstankar	0 %	0 %
	självmordsförsök	0 %	0 %