



**Kartläggning av öppenvården i Stockholms
nordvästra kranskommuner
2016**

**Anders Arnsvik
Rapport**

1. Inledning/bakgrund

Öppenvård eller med ett annat ord hemmaplanslösningar har funnits på agendan inom den kommunala missbruksvården sedan 1990-talet. Den förändrade inriktningen inom missbruksvården byggde bland annat på forskningsöversikter som noterat att institutionsvård hade begränsad eller ingen effekt. Utöver dessa forskningsrön fanns en alltmer utbredd uppfattning om att strävan att förändra livssituationen/livsstilen bör ske i hemmiljön. Utifrån denna insikt ”att lära människor handskas med hemmiljön” bedömdes det både av forskare men även av professionen socialarbetare som angeläget att på hemmaplan utveckla utbudet av öppenvårdsinsatser. En aspekt i sammanhanget som också påverkade den förändrade inriktningen var att det fanns en tämligen bred uppfattning hos främst politiker att öppenvård på hemmaplan skulle vara mera kostnadseffektiv och i synnerhet billigare är institutionsvård. Det intressanta vid tidpunkten var dock att den kommunala missbruksvården inte fick några extra resurser för att kunna utveckla öppenvården. Snarare tvärtom eftersom den förändrade inriktningen sammanföll med lågkonjunkturen vid mitten av 1990-talet. De påkallade nedskärningarna under lågkonjunkturen bidrog till att i synnerhet missbruksvården blev tämligen åderlåtten på personal och resurser. Sedan millennieskiftet har missbruksvården och öppenvården återhämtat sig och utvecklats. Många av Sveriges kommuner har idag ett brett utbud av öppenvårdsinsatser. Ett vägledande dokument som i många avseenden drivit fram utvecklingen i kommunerna är de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården som Socialstyrelsen publicerade 2007 (reviderad 2014).

Cheferna inom nordvästkommunerna (Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Upplands-Bro och Upplands Väsby) uppdrog i januari 2016 åt FoU-Nordväst att kartlägga utbudet av öppenvårdsinsatser i samtliga åtta kommuner. Bakgrunden var att man ville ha en mer samlad bild över hur öppenvården ser ut i kommunerna. En underliggande ambition var även att kartläggningen förhoppningsvis kan fungera som diskussionsunderlag och inspirera till verksamhetsutveckling i kommunerna. Ett parallellt uppdrag var att kartläggningen ska fungera som underlag till en konferens som riktar sig mot samtlig personal inom den kommunala missbruksvården.

Senaste gången det genomfördes en kartläggning av missbruksvården i nordvästkommunerna var hösten 2003. Rapporten presenterades i samband med en konferens som arrangerades av FoU Nordväst våren 2004.

Syfte och vägledande frågeställningar

Kartläggning av insatser inom socialtjänstens öppna missbruksvård våren 2016. Vägledande frågeställningar vid kartläggningen var:

- Hur ser utbudet av öppenvårdsinsatser ut i nordvästkommunerna i relation till de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården kompletterat med fördjupade kommentarer?
- Vilka andra stödinsatser på hemmaplan förekommer utöver dem som rekommenderas i de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården?
- Möjligheterna med öppenvård på hemmaplan?
- Hinder i öppenvårdsarbetet?
- Samverkan mellan kommunerna och i så fall kring vad?
- Vad särskiljer de klienter som placeras externt från de klienter som kommer i fråga för öppenvården?
- Utvecklingsområden?

Avgränsning

Rapporten innehåller inte en kunskapsöversikt i egentlig mening det vill säga som ett eget kapitel. Däremot relateras svaren i kartläggningen mot rekommendationerna som ges i de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården (SoS, 2007, 2015) samt till ett antal FoU-rapporter producerade inom FoU-Nordväst. Vidare refereras även till Öppna jämförelser och den resultatsammanställning som Socialstyrelsen publicerades juni 2016. Kartläggningen har inte heller haft för avsikt att undersöka organisering och bemanning. En fördjupning av rapporten skulle även kunna kompletteras med ASI-data syftande till att ge en bild över målgruppen.

Metod

Rapportens metodologiska utgångspunkt är kvalitativa intervjuer. Enhetschefer inom nordvästkommunernas missbruksvård intervjuades under perioden april – juni 2016. Intervjuguiden har tagits fram i samarbete med Birgitte Rost Lindén, enhetschef för missbruksvården i Upplands Väsby. Birgitte hade mandat från chefsgruppen att vara kontaktyta gentemot FoU-Nordväst. Rapporten baseras enbart på sammanställningen av kartläggningen och de intervjuer som gjordes.

2. Redovisning av kartläggningen

2007 publicerade Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården efter flera års utredningsarbete. Riktlinjerna innebär en normering av den kommunala och landstingsdrivna missbruksvården. Den bakomliggande orsaken till behovet av en normering inom missbruks- och beroendevården var att centrala myndigheter (socialdepartementet och socialstyrelsen) hade uppfattningen att missbruksvården var alltför ad-hoc betonad, ”att metoder kom och gick”, att området var ideologistyrkt och så vidare. Därtill ansågs att praktiken hade oklar uppfattning om vilken effekt metoderna som användes hade för den enskilde. Intentionen med riktlinjerna var bland annat att den enskilde brukaren skulle erbjudas metoder som hade evidens (god kvalitet) det vill säga att metoderna i olika studier uppvisad god effekt sett över tid. Ett annat skäl var även att bostadsorten och därmed utbudet (jämlikt) inte ska vara avgörande för vilken hjälp som erbjuds. Sedan 2007 har det inom Sveriges kommuner skett en successiv anpassning av det lokala behandlingsutbudet mot de behandlingsformer som rekommenderas i de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. En reviderad version av riktlinjerna presenterades 2015. I den senaste versionen uttrycks tydligt att riktlinjerna ska vara ett stöd för styrning och ledning.

Hur ser utbudet av öppenvårdsinsatser ut i nordvästkommunerna i relation till de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården?

Tabell 1

Kommun	Ekerö	Järfälla	Sigtuna	Sollen	Solna	Sbg	Bro	Väsby
HAP ¹	nej	ja	ja	nej	ja	nej	ja	ja
ÅP ²	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
12-steg	nej	nej	ja	nej	nej	nej	ja	ja
MI ³	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
CRA ⁴	nej	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nej
HF ⁵	nej	nej	ja	ja	nej	nej	nej	ja
KBT ⁶	ja	ja	nej	ja	ja	nej	ja	ja
Anh stöd	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
CM ⁷	nej	ja	nej	nej	nej	nej	ja	nej

¹ Haschavvänningsprogrammet

² Återfallsprevention

³ Motiverande samtal

⁴ Community Reinforcement Approach

⁵ Housing first

⁶ Kognitiv beteendeterapi

⁷ Case Manager

Förtydligande kommentarer till uppgifter i kartläggningen

- Vilka öppenvårdsinsatser dominerar?

Den behandlingsinsats som används flitigast i kommunerna är ÅP. Denna uppgift sammanfaller även med resultatsammanställningen av Öppna jämförelser (ÖJ) som Socialstyreslen redovisade i juni 2016. I redovisningen lyfts särskilt fram att ÅP är den enskilt vanligaste insatsen i Sveriges kommuner. Likaså används motiverande samtal (MI) som samtalsmetod i samtliga nordvästkommuner.

- CRA, HAP och 12-stegsbehandling

Gällande behandlingsmetoden CRA finns kompetensen (det vill säga personal med adekvat utbildning) i en majoritet av nordvästkommunerna. Dock varierar det i vilken grad CRA används i praktiken. Tre kommuner uppger att de tillämpar CRA och då både enskilt och som gruppbehandling. HAP används i fem kommuner och företrädesvis enskilt då arbetsmodellen främst är en avgiftningsmetod används främst individuellt. 12-stegsbehandling i form av gruppbehandling erbjuds i tre kommuner. Enligt ÖJ resultatsammanställning (juni 2016) är CRA och 12-stegsbehandling vanligt förekommande i många av Sveriges kommuner.

- Housing first

Som framgår av tabellen används Housing first i liten utsträckning i kommunerna åtminstone i den meningen att modellen tillämpas systematiskt och fullt ut. Det främsta hindret för att systematiskt använda modellen är dagens komplexa bostadsmarknad – det finns helt enkelt inte några lediga lägenheter i kommunerna. Allmänt känt är att det råder bostadsbrist i Stockholmsområdet liksom på många andra håll i Sverige. Skälen till bostadsbristen är bland annat att det inte byggts i tillräcklig utsträckning samt att väsentliga delar av de allmännyttiga bostadsföretagens hyreslägenheter omvandlats till bostadsrätter. Exempelvis är ett hinder i Solna att man i den kommunen inte har något allmännyttigt företag vilket starkt begränsar möjligheten att använda Housing first-modellen. Gemensamt för kommunerna är dock att Housing first är välkänt och finns på agendan. I den mån Housing first-modellen tillämpas görs det enbart i enskilda fall. Några kommuner utreder frågan.

- Spelberoende

Frågan om kommunerna erbjuder personer med spelberoende behandling togs upp vid kartläggningen. En samstämmig uppfattning var att personer med spelberoende problematik främst är landstingets/beroendevårdens ansvar. Av

den anledningen erbjuder man således inte personer med spelberoende behandling.

- **Anhörigstöd**

Stöd till anhöriga till personer med missbruks- och beroendeproblematik erbjuds i samtliga nordvästkommuner. Även denna uppgift sammanfaller med resultatsammanställningen av Öppna jämförelser (ÖJ) som Socialstyreslen redovisade i juni 2016 det vill säga att en hög andel av Sveriges kommuner erbjuder manualbaserade insatser till närstående. En reservation är på sin plats och det är att det av data från kartläggningen inte framgår om kommunerna erbjuder manualbaserade insatser helt enkel beroende på att det inte ställdes en preciserande fråga.

- **Case Management**

Järfälla och Upplands Bro kommuner, Psykiatri nordväst sam Beroendecentrum sökte 2005 projektmedel för att bygga upp en verksamhet för personer med komplexa vårdbehov en så kallad Case Managerverksamhet. Våren 2007 fick FoU-Nordväst i uppdrag att utvärdera projektet (Åberg & Piuva, 2009). Efter projektiden permanentades verksamheten.

- **Variation av utbudet liten kommun kontra stor kommun**

Under arbetet med kartläggningen framkom att öppenvårdsutbudet mellan kommunerna varierar främst beroende på kommunernas storlek. Det är i många avseenden omöjligt för mindre kommuner att ha ett brett utbud av öppenvårdsinsatser främst beroende på att man har mindre klientvolym. Därmed inte sagt att mindre kommuner inte kan ha en missbruksvård med hög kvalitet.

Vilka andra stödinsatser på hemmaplan förekommer utöver dem som rekommenderas i de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården?

I varierande grad har kommunerna utvecklat öppenvårdsinsatser som har sin grund i professionens erfarenhetsbaserade kunskap det vill säga den kunskap som byggts upp efter många år inom yrket. Mer konkret ett yrkeskunnande och ett hantverk som hela tiden utvecklats och förfinats utifrån erfarenheterna” (Tillberg, 2014). Nedan följer uppräknig av reguljära arbetsmodeller alternativt att de planeras eller är under utveckling

- Mobilt team som stöd i vardagen – Sigtuna
- Behandlingsassistent som kompletterande stöd i myndighetsgruppen - Sigtuna

- Budgetgrupp - Ekerö
- Anhöriggrupp - Järfälla
- Jobbteam - Solna
- Allaktivitetshus - Solna
- Pedagogiskt stöd i vardagen oftast använt gentemot klientgrupper med neuropsykiatriska diagnoser men det har visat sig att ett dylikt praktiskt stöd är verksamt gentemot andra målgrupper - Sundbyberg
- Studiecirkel i samarbete med ABF – Sundbyberg
- CRA- behandling i grupp – Sollentuna och Sundbyberg

Några av de som intervjuades uttryckte att dessa insatser/arbetsmodeller även var något som man gärna skulle vilja sprida och låta andra kommuner ta del av och kanske bli inspirerade av.

Möjligheterna med öppenvård/hemmaplanslösningar

Öppenvården som begrepp och inriktning på det lokala missbruksarbetet har kommit för att stanna. En fråga vid kartläggningen var vilka möjligheter man ser med öppenvård. Många uttryckte att det finns en stor potential. Egentligen inga begränsningar men trots detta återstår en hel del att göra. Den främsta förtjänsten är att öppenvården finns i ett sammanhang det vill säga den miljö som klienten lever i och som hen ska lära sig att handskas med. Några citat får spegla det som anses vara möjligheterna med öppenvård:

- *Flexibla behandlingslösningar.*
- *Att man ser behoven tillsammans med klienten*
- *Utgå från klientens behov*

Potentialen med öppenvård är just att det möjliggör flexibla behandlingslösningar utifrån den enskildes behov. Begränsningarna inryms i det som kommer att tas upp under rubriken hinder i öppenvårdsarbetet. En annan betydelsefull förtjänst med öppenvård är att det möjliggör relationsbyggande samt att man, sett över tid, ser behoven tillsammans. En kommentar i sammanhanget är att ASI (ett utrednings- och bedömningsinstrument som används i samtliga nordvästkommuner) är ett bra ”instrument” för att tillsammans skanna av klientens livsområden. Som socialsekreterare får man en samlad bild över klientens livssituation. ASI-utredningen ska återföras till klienten vilket ger tillfälle för klienten att ge synpunkter på om socialsekreteraren uppfattat situationen rätt.

Hinder i öppenvårdsarbetet

Om nu den allmänna uppfattningen är att det finns stora möjligheter med att stödja människor i närmiljön vilka tycks då hindren vara. Öppenvården befinner sig inte i ett vakuum utan påverkas starkt av olika inflytanden från det intilliggande samhället omvärlden. De hinder som omnämndes kan delas in i strukturella faktorer samt faktorer av mer internorganisatorisk art. De strukturella faktorerna som lyfts och som ligger utanför socialtjänstens mandat att påverka är arbetsmarknaden, bostadsmarknaden samt omständigheter som rör samverkan med andra huvudmän.

De internorganisatoriska frågorna som omnämns är resurser i form av budget, personal och kompetens, organiseringen av arbetet, någon nämner även avsaknad av struktur inom öppenvården samt bristen på uppföljning. Det sistnämnda uppföljning är också något som lyfts fram i Öppna jämförelser. Systematisk uppföljning och över tid är ett utvecklingsområde och detta gäller generellt för hela Sverige.

Annat som framkom vid kartläggningen var svårigheterna att på ett meningsskapande sätt arbeta med drogfria missbrukares vardag det vill säga vara behjälplig med att stödja före detta missbrukare att ersätta missbruket med något meningsfullt då vardagen tidigare upptogs av aktiviteter kring missbruket och livet som missbrukare. Svårigheter att normalisera.

Samverkan mellan kommunerna och i så fall kring vad?

En fråga som togs upp i samband med kartläggningen var om det finns behov av samverkan mellan kommunerna. Behovet av samverkan över kommungränserna kring insatser synes vara störst i de mindre kommunerna som inte har möjlighet att bygga upp en mångfald av insatser i egen regi av den anledningen att man helt enkelt inte har samma klientvolym som de större kommunerna. Generellt sett finns en önskan hos kommunerna om att utveckla samverkanformerna och då handlar det om frågor som:

- Erfarenhetsutbyte både på chefsnivå och handläggarnivå. Chefsnätverket som redan finns är ett exempel på ett sådant forum.
- Gemensam kompetensutveckling. Temadagarna som genomfördes 2014 kan anses vara ett exempel på detta. Formerna och innehållet kan dock utvecklas ytterligare.
- Gemensam introduktion om socialt arbete och missbruk för nyanställda.

Vad särskiljer de klienter som placeras externt från de klienter som kommer i fråga för öppenvården?

Inom alla nordvästkommunerna är huvudprincipen att klienter i första hand ska erbjudas *insatser på hemmaplan* inom öppenvården. Är detta otillräckligt kan det bli aktuellt med institutionsplacering. Konkret innebär det att problemets komplexitet, klientens behov av en strukturerad tillvaro (dygnet runt) tillsammans med behov av geografiskt avstånd till hemmiljön som avgör om institutionsplacering kan vara aktuellt för kortare eller längre tid. I en del kan det bli aktuellt med en kortare placering på institution för att skapa förutsättningar för att stödja hen på hemmaplan. Den klientgrupp som bedöms som svårast att arbeta med i öppna former är personer med samsjuklighet det vill säga både missbruk och psykisk sjukdom.

Utvecklingsområden

Som tidigare nämndes finns det egentligen inte några gränser för hur öppenvården kan utvecklas. Det är väl i så fall resurser och olika strukturella faktorer i samhället som utgör begränsningarna. Det ligger sannolikt i sakens natur att öppenvård som sådant aldrig blir färdigutvecklat. Modellen/modellerna behöver hela tiden justeras och anpassas eftersom samhället är i ständig förvandling. Nedan följer en uppräknig av utvecklingsbara frågor som nämndes vid kartläggningen:

- Behov av behandlingsmodeller som kombineras med arbete.
- Involvera nätverket i större utsträckning.
- Samsjuklighet. *Kommentar:* Att utveckla arbetet för personer med samsjuklighet är en akilleshäla för missbruksvården. Temat har varit återkommande under de senaste 20 – 30 åren. Oftast finns det behov av samverkan mellan tre parter socialtjänsten, psykiatrin och beroendevården. Väl känt är att dessa parter generellt sett inte alltid synkroniserar goda exempel till trots. SIP (Samordnad individuell planering) är en möjlig väg. Likaså har det under de senaste 15 åren funnits välfungerande Case Manager-projekt (Piuva, Åberg, 2009) vilka syftade till att utveckla samverkansformerna mellan den kommunala missbruksvården, beroendevården och psykiatrin.
- Vad ska missbruket ersättas med? *Kommentar:* viktig frågeställning. Personer som haft ett mångårigt missbruk och haft sitt huvudsakliga umgänge bland människor med liknade problem har i olika rapporteringar uppgivit att bryta upp från missbruk och en komplex livssituation är att stå

på tröskeln för att skapa sig en ny karta – ett nytt livinneåll. Den karta man hitintills navigerat efter är inte längre giltig (Musketörerna, 2015). Därtill har många svårigheter att få ett arbete (som kan bidra till strukturen) bland annat på grund av många år av arbetslöshet och utanförskap. Möjliga vägar kan vara Brukarföreningar/kamratföreningar, Allaktivitetshus möteplatser av olika slag (Arnsvik, 2005).

- Äldre med missbruks- och beroendeproblematik företrädesvis alkohol. *Kommentar:* med äldre avses 65 +. Fenomenet äldre med omfattande alkoholproblem har aktualiserats under de senaste 10 åren. För närmare information se FoU-rapporten En ny grupp missbrukare eller en ny fråga för äldreomsorgen (Nellvik & Piuva, 2014).
- Utveckling av brukarinflytandet. Pågående utvecklingsarbeten i Sollentuna och Solna.
- Unga vuxna 18 – 29 år. *Kommentar:* området är än idag ett utvecklingsområde. Många rapporterar att organiseringen av missbruksvården inte motsvarar behoven i målgruppen. Gruppen anses vara ”svårfångad, är mobil, har ännu inte fått kännbara konsekvenser av missbruket, en del kan ha en omfattande kriminalitet och så vidare. Utöver det har det under senare år uppmärksammats att en del inom målgruppen (oklart omfattningen) kan ha svårigheter att handskas med vardagen som en följd av exempelvis ADHD, Asbergerproblematik eller annan psykisk ohälsa vilket riskerar att ytterligare förstärka problembilden. Även här hänvisas till en tidigare FoU-rapport – Adrian (Arnsvik, 2004). Rapporten beskriver ett öppenvårdsprojekt som vände sig till unga vuxna och som utvecklades under åren 2002 – 2004. Rekommenderas även att ta del av praktikerrapporten Ung vuxen inom socialtjänsten. Vad är problemet? En aktstudie om unga vuxna inom Sollentuna socialtjänst (Eck, 2015)
- Anhörigstödet.
- Kunskaper om neuropsykiatri.
- Missbruksvården borde i större utsträckning finnas på nätet.
- Helhetssyn.
- Arbeta med kriminalitet.

- Utveckla samverkan med civilsamhället

Ovanstående utvecklingsområden som formulerades i samband med kartläggningen antyder att den kommunala missbruksvården och öppenvården är en komplex verksamhet. Dagligen möter dess personal frågeställningar som det inte finns några enkla lösningar på. Samtliga FoU-rapporter som omnämns ovan finns tillgängliga på FoU-Nordvästs hemsida.

3. Slutsatser och diskussion

Inledningsvis nämndes att FoU-Nordväst genomförde en kartläggning av den socialtjänstbaserade missbrukarvården hösten 2003. Rapporten publicerades första kvartalet 2004. En väsentlig och noterbar förändring sedan dess är att Socialstyrelsen 2007 lanserat Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Riktlinjerna (2007, 2014) har i någon mening svarat upp mot uppfattningen att missbrukarvården var spretig, ogripbar och ideologistyrd.

En observation idag (2016) är att Nordvästkommunerna till stora delar implementerat Riktlinjerna i den meningen att man följer rekommendationerna vad gäller utredningsinstrument och behandlingsinsatser. Idag är missbrukarvården i nordväst ur ett övergripande perspektiv normerad och därmed också uppföljningsbar. Se Öppna jämförelser resultatsammanställning, 2016. Exempelvis, ASI används som utrednings- och bedömningsinstrument, MI används till väsentliga delar som samtalsmetod och man använder ett antal av de insatser (ex ÅP, CRA; KBT) som rekommenderas i Riktlinjerna. En viktig poäng med Riktlinjerna är att missbrukarvården ska vara transperant samt att bostadsorten inte får vara styrande för vilken behandling som erbjuds den enskilde. En komplexitet i sammanhanget är att mindre kommuner inte kan leva upp till intentionerna fullt ut beroende helt enkelt på att man har mindre klientvolym och resurser än större kommuner.

Trots normeringen av missbrukarvården det vill säga att ramarna för verksamhetsområdet har styrts upp, vilket var en viktig ambition, kvarstår många frågor att lösa. En sådan är den instrumentella tankemodellen utredning/bedömning – behandling – uppföljning av insatsen. Människor är inte så rätlinjiga och förutsägbara. Professionen är väl medveten om att det i praktiken inte är så enkelt att följa Riktlinjerna. Allmänt känt är att många av den socialtjänstförlagda missbrukarvårdens klienter har omfattande och sammansatta bekymmer och oftast är i behov av långvarigt stöd och

rehabilitering. Dessa omständigheter påverkar i hög utsträckning arbetet. En reflektion i sammanhanget är om professionen uppfattar att Riktlinjernas förslag på behandlingsinsatser motsvarar behoven i klientgruppen. Vad saknas?

Även i den här kartläggningen kvarstår behovet av att utveckla samverkan kring samsjukliga personer. Vidare finns fortsatt behov av att utveckla modeller för att arbeta ändamålsenligare med unga vuxna med missbruksproblem. En ”ny” grupp som tillkommit är äldre (65+) med missbruksproblem främst alkohol. Gruppen är ny i den meningen att en del inte har en så kallad historia inom socialtjänstens missbruksvård. Vidare finns behovet av att skapa meningsfulla sammanhang för missbrukare som valt att leva ett nyktert och drogfritt liv. Kan allaktivitetshus, självhjälpgrupper, brukarföreningar vara möjliga vägar?

Referenser

- Arnsvik, A. (2004). *Socialtjänstbaserad missbrukarvård. En kartläggning av missbrukarvården inom FoU-nordvästområdet*. Arbetsrapport 2004:1. FoU-Nordväst.
- Arnsvik, A. (2004). *Adrian. Arbete med unga vuxna missbrukare i öppenvård*. FoU-rapport, 2004:3. FoU-Nordväst.
- Arnsvik, A. (2005). *Händelser i det tysta. Utvärdering av en öppenvårdsverksamhet för missbrukare*. FoU-rapport 2005:1. FoU-Nordväst.
- Eck, K. (2015). *Ung vuxen inom socialtjänsten. Vad är problemet? En aktstudie om unga vuxna inom Sollentuna socialtjänst*. Praktikerrapport. FoU-Nordväst.
- Musketörerna i Rågsved. (2015). *Återvinningen*. Lumen Behavior. Stockholm.
- Nellvik, H, Piuva, K. (2014). *En ny grupp missbrukare eller en ny fråga för äldreomsorgen. En rapport om organiseringen av insatser till äldre med missbruk/samsjuklighet i Ekerö och Sundbyberg*. Forskningsrapport 2014:2. FoU-Nordväst.
- Socialstyrelsen. (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.
- Socialstyrelsen. (2014). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stöd för styrning och ledning. Reviderad version
- Socialstyrelsen. (2016). Resultatsammanställning för Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården.
- Victor Tillberg, L. (2014). *Kvalitetsjakten. Om professionalitet i välfärden*. Premiss Förlag. Stockholm.
- Åberg, M, Piuva, K. (2009). *Att inte släppa taget. En utvärdering av SAM-teamet – ett Case management-projekt i Järfälla och Upplands-Bro 2006-2008*. Slutrapport 2009. FoU-Nordväst.