

*Anna Åström Brewitz
Åke Bergmark
Tommy Lundström*

Return - utvärdering av en öppenvårdsverksamhet för missbrukare i Sundbyberg

**RETURN - UTVÄRDERING AV EN
ÖPPENVÅRDSVERKSAMHET FÖR
MISSBRUKARE I SUNDBYBERG**

**Anna Åström Brewitz
Åke Bergmark
Tommy Lundström**

Anna Åström Berwitz
Åke Bergmark
Tommy Lundström

**Return - utvärdering av en
öppenvårdsverksamhet för
missbrukare i Sundbyberg**

CKP:STHLM RAPPORT 2007:1
Grafisk form: Moment 23
Tryck: Tryckpaketet, Ockelbo
ISBN 91-976045-3-4

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	5
1. Inledning	7
1.1. Syfte	8
1.2. Tillvägagångssätt	8
1.2.1 Return	9
1.2.2 Kontrollgrupp	13
1.3 Metodologiska svårigheter	14
1.3.1 Mätningar av undersökningsgruppen	15
1.3.2 Förändringar i Returns verksamhet	16
1.3.3 Genomgång av undersökningsgruppens socialtjänstakter	16
1.3.4 Intervjuer med deltagarna i Return	17
1.3.5 Kontrollgrupp	17
2. Verksamhet	19
2.1 Returns historik	19
2.2 Organisation	20
2.3 Målgrupp	22
2.4 Behandlingens mål	23
2.5 Returns struktur och kraven på deltagarna	24
2.6 Intagningsförfarande och urvalsprocess	27
2.7 Personalen i Return	30
2.8 Individuella samtal	31
2.9 Behandlingens grund	33
2.9.1 Behandlingsideologier	33
2.9.2 Missbruk som sjukdom	35
2.10 Svårigheter att upprätthålla nykterhet	36
2.11 Eftervårdsgrupp	37
2.12 Anhörigbehandling	38
2.13 Sammanfattning	38
3. Deltagarna i Return	40
3.1 Bakgrund	40

3.2	Alkohol och narkotika	41
3.3	Vägen in i Return	43
3.4	Deltagarnas syn på behandlingens innehåll	44
3.5	Deltagarnas syn på behandlingens effekter	47
3.6	Uppföljning över tid	51
4.	Diskussion och sammanfattning	55
	Referenser	60

FÖRORD

CKP:Sthlm - Centrum för kunskapsutveckling i praktiken i Stockholm, inrättades sommaren 2002 i samarbete mellan Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet och åtta kommuner i nordvästra Stockholmsregionen: Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Upplands Väsby och Upplands Bro. Verksamheten har utgjort ett så kallat fullskaleförsök inom ramen för programmet "Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten" och kommer att avslutas under 2007. Arbetet har syftat till en långsiktig kunskapsutveckling på basis av en tät samverkan mellan socialtjänstens praktiskt verksamma personal samt forskare och lärare i socialt arbete. Detta har genomförts med hjälp av utbildnings- och forskningsinsatser i de aktuella kommunerna.

Den forskning som bedrivits har syftat till att utveckla kunskaper om såväl innehåll som utfall för den verksamhet som bedrivs i socialtjänsten, att utveckla instrument för ett sådant kunskapsinhämtande samt närmare identifiera vilka praktiska och principiella möjligheter och begränsningar som föreligger när det gäller att bygga upp kunskap för s.k. evidensbaserat socialt arbete. Fyra områden med jämbördig ställning i projektet, har studerats: (1) arbete med barn, ungdom och familj, (2) arbete med vuxna missbrukare, (3) arbete med försörjningsstöd/försörjningsfrågor samt (4) arbete med äldre och funktionshindrade.

I inledningen av projektet gick vi ut med en bred förfrågan till personalen i samtliga kommuner huruvida det fanns verksamheter inom något av ovanstående områden som de önskade få utvärderade. Responsen på denna förfrågan var, med undantag för verksamheter inom området äldre/funktionshindrade, mycket god. Av resursmässiga skäl var det dock bara möjligt att genomföra utvärderingar på en verksamhet per område. De kriterier vi använde för vårt urval var att verksamheterna i) skulle bygga på en metodik som var någorlunda tydlig, ii) ha en stabilitet ifråga om fortsatt existens (dvs. ej löpa risken att bli nedlagd under överskådlig tid), iii) ha en omfattning som gjorde den möjlig att utvärdera med kvan-

titativa metoder och iv) på något sätt vara av principiellt intresse för socialt arbete som profession.

I föreliggande rapport presenteras resultaten från den studie som valdes ut på området ”socialt arbete med vuxna missbrukare”. Den verksamhet som studeras är Return, ett öppenvårdsprogram i Sundbyberg. Programmet svarar mot våra kriterier då verksamheten dels bygger på ett tydligt uppdrag samt dels bedrivs med en identifierbar arbetsmetod. Öppenvård för missbrukare är dessutom ett område där det är viktigt att utvärderingar kommer till stånd eftersom en stor del av missbrukarvården idag bedrivs i sådana former. Huvudansvarig för datainsamlingen har varit Anna Åström Brewitz som tillsammans med CKP:s vetenskapliga ledare Åke Bergmark och Tommy Lundström lagt upp riktlinjerna för projektet. Planering av datainsamling och precisering av frågeställningar har dessutom gjorts i samverkan med personal vid Return.

Vi vill vi tacka de klienter som delat med sig av sina erfarenheter vid intervjuer samt naturligtvis personal vid Return som generöst ställt upp med sin tid och sina kunskaper.

1. INLEDNING

I denna rapport redovisas en utvärdering av öppenvårdsprogrammet Return; en strukturerad öppenvårdsbehandling som vänder sig till vuxna missbrukare i Sundbyberg. Return återfinns inom vuxensektionen vid socialförvaltningen i Sundbyberg. Verksamheten startade som ett projekt i januari 1997 och permanentades 2000.

Initialt riktade sig verksamheten till unga missbrukare, som erbjöds utbildning och aktivitet samtidigt som drogfrihet krävdes. Efterhand förändrades dock verksamheten och kom att få en mer strukturerad karaktär, där det blev ett tydligt fokus på behandling av missbruk. Idag är Return en strukturerad gruppbehandling om åtta veckor med högst åtta deltagare per grupp.¹ Målgruppen är vuxna män och kvinnor med olika former av missbruksproblem: alkohol, narkotika och/eller läkemedel. Under en termin startas en eller två behandlingar, dvs. två till fyra behandlingar per år. I behandlingen använder sig personalen av tekniker som återfinns både inom 12-stegsbehandling och inom kognitiv beteendeterapi (KBT).

Målsättningen med behandlingen är att deltagarna ska få insikt och kunskap om sitt missbruk och missbrukets konsekvenser. Man ger deltagaren en konceptuell ram kring missbruket där missbruket definieras som en sjukdom med kemiskt beroende som följd och total avhållsamhet förespråkas. Behandlingen syftar till att deltagaren ska bli medveten om det egna ansvaret för missbruket och ges verktyg att hantera missbruksproblemen. Målet är att deltagarna ska få med sig handlingsalternativ och strategier som hjälper dem att leva ett drogfritt liv.

Behandlingen bedrivs i grupp och processen i gruppen utgör en viktig del i behandlingen. Ledarens roll är att se till att alla i gruppen kommer till tals och styra vilka teman som diskuteras. Det finns även möjlighet till enskilda samtal för en deltagare vid behov. Parallellt med denna behandling erbjuds anhöriga till missbrukarna stöd i formen anhörigbehandling, också den i grupp. De som har

¹ Utgår från Returns organisation och upplägg som det såg ut under utvärderingsperioden.

genomgått Return erbjuds även eftervårdsbehandling inom ramen för Returns verksamhet.

Under behandlingen uppmuntrar man till deltagande i stödgrupper som till exempel Anonyma Alkoholister (AA) och Anonyma Narkomaner (NA). Syftet är att deltagarna ska etablera kontakt med en stödgrupp, där de kan fortsätta att gå efter behandlingen.

1.1 Syfte

Studien syftar till att utvärdera öppenvårdsprogrammet Return i Sundbyberg. Verksamheten har framförallt studerats med avseende på behandlingseffekter för de missbrukare som deltagit i verksamheten. För att tydliggöra vilken typ av insatser som Return erbjuder ägnar vi relativt stor uppmärksamhet åt verksamhetens innehåll och de ramar som omger den.

Utvärderingens syfte kan sammanfattas i tre övergripande frågeställningar:

- 1. Hur ser verksamhetens ramar, förutsättningar och innehåll ut?*
- 2. Vilket är utfallet av verksamheten, mätt i (a) förändringar av deltagarnas användning av alkohol och andra droger samt (b) förändringar på andra livsområden som familj, umgänge, och försörjningsförhållanden?*
- 3. Hur ser deltagarna själva på den verksamhet de deltagit i och hur värderar de personalens insatser? Har de fått hjälp med att komma till rätta med sitt missbruk och i så fall hur?*

1.2 Tillvägagångssätt

Ett problem med studier av socialtjänstens insatser är svårigheter att veta vad man skall relatera data till. Det ideala vid en utvärdering är att göra ett så kallat randomiserat experiment där man jämför de individer som får en specifik insats med (i allt jämförbara) individer som inte får insatsen eller som får någon annan typ av insats. Vanligtvis kräver detta att man slumpmässigt avgör vilka som skall respektive inte skall ges insatsen ifråga. Det har inte varit möjligt att genomföra ett sådant experiment i utvärderingen av Return.

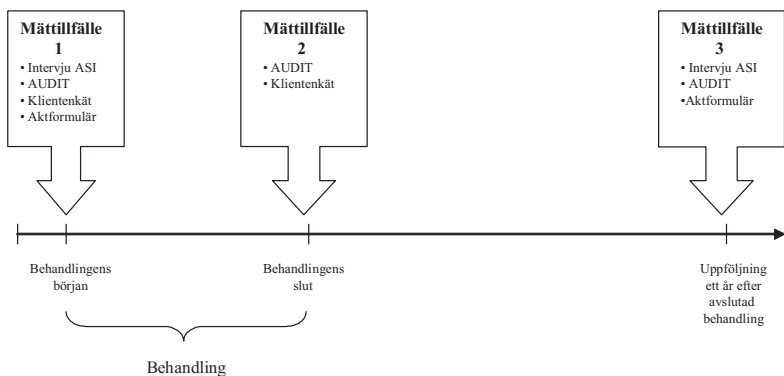
Det viktigaste skälet är helt enkelt att antalet klienter som är aktuella för behandling, som så ofta är fallet inom kommunal individ- och familjeomsorg, inte varit tillräckligt stort för att kunna lotta dem till experiment och kontrollgrupp.

En svårighet är således att hitta det som brukar benämnas en *kontrafaktisk referenspunkt*, det vill säga helt enkelt något man kan relatera sitt utfall till (Vedung 1998). Vi valde att försöka skapa en så kallad matchad kontrollgrupp för att på så sätt kunna jämföra utfallet för Return-deltagarna med klienter inom en liknande verksamhet. Kontrollgruppen valdes ut bland öppenvårdsverksamheter för missbrukare i två andra nordvästkommuner. Det problem vi stötte på var emellertid att det så småningom visade sig (trots omfattande insatser för att matcha kontrollgruppen med experimentgruppen) att kontrollgruppen i för utvärderingen väsentliga avseenden kom att avvika från experimentgruppen. Kontrollgruppens klienter visade sig helt enkelt ha ett betydligt mindre omfattande missbruk och även i andra avseenden en bättre situation än experimentgruppen vid den första mätningen. Vi kommer därför att bara i begränsad utsträckning och med stora reservationer kunna göra jämförelser mellan experiment- och kontrollgrupp.

I den fortsatta framställningen övergår vi till att presentera det sätt på vilket vi lagt upp undersökningen, inklusive de instrument vi använt oss av, för att därefter övergå till att diskutera kontrollgruppens sammansättning.

1.2.1 Return

Vi har följt fem grupper som genomgått behandling i Return: en grupp under hösten 2003 och fyra under 2004. Vi har lagt upp utvärderingen så att deltagarna intervjuats före och efter behandlingen enligt Figur 1 nedan:



Figur 1. Måttillfällen för undersökningsgruppen

Vid första och andra måttillfället har vi personligen träffat samtliga deltagare. De har då fått besvara enkäter samt genomgå strukturerade intervjuer. Vid tredje måttillfälle, ett år efter avslutad behandling, har vi genomfört intervjuerna per telefon när det inte varit möjligt att träffa deltagarna personligen. För arbetet med intervjuer och enkätifyllande har två personer i projektet svarat.

Totalt var 26 individer aktuella för Returnprogrammet under undersökningsperioden. De utgjorde studiens population och det var dem vi sökte kontakt med vid t1 (måttillfälle 1). För en av dessa (som heller inte fullföljde behandlingen) saknas emellertid data helt, då kontakt inte kunde upprättas trots omfattande försök. Data vid t1 baseras således huvudsakligen på 25 deltagare. Sammanlagt 23 deltagare fullföljde behandlingen och för dem har också den andra AUDIT-intervjun kunnat genomföras. Vid ettårsuppföljningen (t3) fick vi, trots stora ansträngningar, bara kontakt med 17 av de ursprungliga deltagarna. Våra mätningar avseende förändringar över tid baseras huvudsakligen på dessa 17 individer. Möjligheterna att dra säkra slutsatser för gruppen som helhet är således ganska begränsade, man kan till exempel misstänka att de som vi inte nått har en mer besvärlig situation än de som vi kommit i kontakt med.

Vid mätningarna har vi huvudsakligen valt att utnyttja väl beprövade instrument. Nedan redogör vi för vilka instrument som använts och hur vi gått tillväga när vi tagit fram egna formulär.

Addiction Severity Index, ASI, är ett av de instrument som vi använt för att genomföra mätningar före behandlingen samt vid uppföljningen ett år efter avslutad behandling. ASI är en omfattande, strukturerad intervjuform som rör flera livsområden förutom missbruket. Det ger därmed möjlighet att mäta effekter som rör exempelvis arbetssituation, fysisk och psykisk hälsa samt familjerelationer. I många sammanhang beskrivs ASI som ett väl beprövat instrument med hög reliabilitet och validitet, men det finns även kritik mot ASI (Mäkelä, 2003; Jansson, 2001). Den första ASI-intervjun tog ungefär en timme att genomföra. Vid uppföljningsintervjun var det färre frågor och intervjun kunde därför genomföras inom en halvtimme. Det var även möjligt att genomföra den per telefon.

The Alcohol Use Disorders Identifications Test, AUDIT, är ett instrument i vilket deltagaren själv skattar sin alkoholkonsumtion. Deltagaren får i detta fall besvara enkäten vid tre tillfällen: när han börjar och slutar behandlingen samt ett år efter avslutad behandling. Vid andra mättillfället har frågorna anpassats något till situationen. Även AUDIT är ett väl beprövat och internationellt erkänt instrument. Instrumentet används bland annat inom sjukvården för att fastställa om en person har ett riskfyllt drickande och behöver ytterligare diagnostik.

Klientenkäten är ett komplement till ASI och AUDIT, där vi bland annat velat mäta förväntningar på behandlingen och hur man uppfattat behandlingen. Frågorna har ställts före och i direkt anslutning till att behandlingen avslutats. De flesta av frågorna i klientenkäten är utvalda från ett strukturerat intervjuformulär som tagits fram av Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning, SORAD, i samband med en undersökning som genomfördes under 2001 (Storbjörk 2003).

Vi har även använt oss av ett *aktformulär* för att undersöka vilken dokumentation som finns i eventuella socialtjänstakter. Vi har utgått från ett formulär, som använts vid en studie vid institutet för socialt arbete, Stockholms universitet av Lisa Skogens (2006), men

omarbetat formuläret i viss mån. Vi har undersökt vilken dokumentation som finns i klienternas akter avseende missbruk, önskan om behandling och erhållna behandlingar. Aktformuläret har använts vid två mättillfällen. Vid första tillfället har vi gått fem år tillbaka i tiden, räknat från det att personen börjat i behandling i Return. Vid andra mättillfället har vi studerat vad som finns dokumenterat om missbruket från det att behandlingen påbörjades och ett år framåt.

För att kunna ge en mer djupgående bild av behandlingen har vi genomfört kvalitativa intervjuer med fem klienter. Intervjuerna har spelats in och renskrivits. Vid intervjuerna har vi till exempel ställt frågor om hur livssituationen förändrats i samband med behandlingen, vilken personlig betydelse insatserna haft och vad som varit bra och dåligt i behandlingen.

Vid eventuella avhopp från öppenvårdsprogrammet har vi försökt att träffa deltagarna för att genomföra AUDIT-intervjuer, ställa frågor kring den aktuella missbrukssituationen samt frågor om skälen till avhopp.

För att undersöka behandlingsprogrammets innehåll och få kunskaper om själva verksamheten har dokument gått igenom (måldokument, verksamhetsbeskrivningar, protokoll etc.) samt intervjuer genomförts med personal, både sådan som tidigare varit anställd och de som arbetade i Return under utvärderingsperioden. Det har handlat om kvalitativa intervjuer med fokus på Returns bakgrund, målsättning, innehåll, organisatoriska förutsättningar samt upplevda styrkor och svagheter i behandlingen. Intervjuerna har spelats in, renskrivits och legat till grund för rapportens redogörelse av Returns historia, verksamhet och innehåll. För att inhämta kunskaper om personalens bakgrund har en bakgrundsmall använts. Genomgång av dokumentation har skett löpande och intervjuerna med personalen gjordes under våren 2004. Vi har kontinuerligt träffat personalen för att planera genomförandet av utvärderingen och för att följa eventuella förändringar.

Initialt var planeringen att vi skulle genomföra deltagarobservationer vid behandlingssessionerna. Genom att observera behandlingssessionerna skulle vi få en bild av behandlingen som inte enbart vildade på personalens egna berättelser om verksamheten. Personalen bedömde dock att det var olämpligt att vid endast några tillfällen genomföra observationer, då det skulle påverka gruppen negativt. De förslog därför att vi deltog under en hel behandlingsperiod, vilket inte var möjligt av tidsskäl. De planerade observationerna blev därför inte av.

1.2.2 Kontrollgrupp

Vi valde att använda oss av en matchad kontrollgrupp för att jämföra Return med annan behandling. Kontrollgruppen har tagits ut inom de åtta kommunerna som ingår i CKP:Sthlm. Eftersom flera av de åtta kommunerna är relativt små valde vi att ta ut kontrollgruppen i två av de tre största kommunerna inom CKP:Sthlm, Järfälla och Sollentuna. Vår förhoppning var att vi därmed skulle få ett tillräckligt stort underlag till kontrollgruppen. Den tredje större kommunen, Solna, valdes bort eftersom det fanns ett samarbete mellan individ- och familjeförvaltningarna i Sundbyberg och socialförvaltningen i Solna. Samarbetet innebar att Solna hade möjlighet att remittera deltagare till Return och det var därmed inte lämpligt att deltagare till kontrollgruppen utsågs i Solna.

Kontrollgruppens deltagare har hämtats från öppenvårdsbehandlingar inom socialförvaltningarna i Järfälla och Sollentuna. I Järfälla kom deltagarna från en verksamhet inom Vuxenteamet som startade i mars 2004, där de gått i samtal hos en behandlare en gång i veckan till en gång i månaden. Behandlingen har bestått av stödsamtal, där man bland annat arbetat med återfallsprevention. Parallellt med stödsamtalen har deltagarna även haft en kontakt med Riddarmottagningen. Riddarmottagningen är en öppenvårdsmottagning för alkohol-, drog och läkemedelsberoende, där deltagarna uppvisat nykterhet och även haft möjlighet till medicinering i form av exempelvis Antabus.

I Sollentuna har deltagare hämtats från beroendemottagningen, där de kan ha gått i samtal hos en behandlare/kurator och/eller haft andra typer av kontakter. Regelbundenheten i kontakten med beroendemottagningen har varit betingad av den form av stöd som klienterna haft. En del har haft stödsamtal någon enstaka gång i månaden, medan andra har gått i samtal en till två gånger per vecka och samtidigt uppvisat nykterhet och/eller fått Antabus två till tre gånger per vecka. Flera av deltagarna har dock endast uppvisat nykterhet och/eller fått Antabus.

För att matcha kontrollgruppen med undersökningsgruppen, sammanställdes urvalskriterier utifrån kända särdrag hos undersökningsgruppen innefattade kön, ålder och grad av missbruksproblem (genom att utesluta så kallade kroniker med alltför omfattande missbruksproblem). Personalen vid respektive enhet, vuxenteamet i Järfälla och beroendemottagningen i Sollentuna, fick i uppdrag att utifrån kriterierna välja ut lämpliga deltagare till kontrollgruppen. För att inte deltagarna i kontrollgruppen skulle skilja sig allt för mycket från de i Return ville vi att hälften av deltagarna skulle ha en pågående kontakt vid enheten och hälften skulle vara ”nya” i behandlingen, vilket innebär att de inte fått någon behandling det senaste året. Järfälla ombads rekrytera 15 deltagare till kontrollgruppen och Sollentuna 35.

Kontrollgruppens utveckling har registrerats med hjälp av ASI, AUDIT, och Aktformulär. Instrumenten har använts vid första mätillfället och en uppföljning har gjorts ett år därefter. Mätningarna av ingångsvärden för kontrollgruppen har skett under perioden maj 2004 till och med november 2004 och uppföljningen har skett ett år efter den första mätningen. Det har varit två personer som genomfört mätningarna, förutom i Järfälla där personalen genomfört den första ASI-intervjun och AUDIT.

1.3 Metodologiska svårigheter

Det optimala vid en utvärdering är att innehållet i verksamheten är stabilt och inte förändras under undersökningsperioden. Om en

verksamhet förändras under en utvärdering kan det vara svårt att uttala sig om utfallet och de bakomliggande orsakerna. I själva verket är det dock vanligt att verksamheter inom socialtjänsten förändras beroende på att förutsättningarna ändras eller helt enkelt eftersom personalen vill förbättra innehållet. Detta gäller även för Return där förändringar skett under utvärderingsperioden (se vidare avsnitt 2.5). Det försvårar naturligtvis utvärderingarna av dessa verksamheter och innebär att man måste ta hänsyn till detta när resultaten analyseras.

Vi har inte till fullo lyckats genomföra utvärdering enligt det ursprungliga upplägget. Personalen har dock i alla avseende varit mycket positiv till att delta i utvärderingen och har försökt möta upp våra önskemål när det gäller att plocka ut deltagare, informera om verksamheten och behandlingen, låta sig intervjuas och på alla andra sätt möjliggöra utvärderingen. Vi ska nedan beskriva de problem som vi fått handskas med under utvärderingen.

1.3.1 Mätningar av undersökningsgruppen

Ganska omgående blev det tydligt att det fanns svårigheter att få till stånd det första mättillfället för undersökningsgruppen, det vill säga intervjuerna före behandlingen. Enligt den ursprungliga planeringen skulle personalen i Return inhämta ett medgivande i samband med att de träffade de presumtiva deltagarna och att vi innan behandlingen började skulle träffa deltagarna för de första intervjuerna. Planeringen fallerade då personalen hade svårt att hinna med att inhämta medgivande och förmedla tider till oss och deltagarna. Istället bestämdes att vi skulle vara närvarande den första dagen behandlingen startade, då vi informerade deltagarna om studien och i möjligaste mån bokade in intervjuer. Vid tre av fem tillfällen hade vi möjlighet att vara med första dagen.

Andra svårigheter som gjort att det första mättillfället kommit att infalla efter det att behandlingen börjat, är att deltagarna av personliga skäl inte kunnat träffa oss eller uteblivit från intervjuer. Det första mättillfället har därför kommit att ske före behandling, under

första eller andra veckan av behandling och i enstaka fall ännu senare. Att intervju görs när deltagarna påbörjat behandlingen kan naturligtvis innebära att deras värdering av och inställning till sådant som droger kan påverkas av själva behandlingsinnehållet. Det har även i några fall av samma skäl varit svårt att få tillstånd uppföljningsintervjun, det vill säga vid mättillfälle två och tre. Vid mättillfälle tre har dessutom någon avböjt att delta och några har inte gått att lokalisera, varför dessa personer inte kunnat följas upp.

Andra faktorer som påverkat det ursprungliga upplägget är att några deltagare genomfört ASI-intervjuer med handläggare på socialförvaltningen och att de därför inte velat genomgå intervjun ytterligare en gång. Vid enstaka tillfälle, när ASI-intervjun nyligen gjorts, har vi därför kopierat ASI-intervjun och använt den som underlag för den första mätningen.

1.3.2 Förändringar i Returns verksamhet

Under utvärderingsperioden har också innehållet i Returns verksamhet förändrats. Bland annat har längden och omfattningen på programmet varierat. Under hösten 2003 bestämdes att endast en behandling skulle genomföras istället för två (skälet var att personalen skulle fortbildas). Under samma period förlängdes behandlingen med fyra veckor och uppgick då sammanlagt till tolv veckor. Samtidigt utökades antalet timmar per dag under första halvan av behandlingen. Våren 2004 återgick man till att ha två behandlingsgrupper per termin, tre timmar per dag och fyra dagar per vecka. Andra förändringar som skett i verksamheten är att man i oktober 2004 startat en eftervårdsgrupp som träffats en gång per vecka, efter det att deltagarna uttryck behov av detta. Personalsammansättningen har även varierat under utvärderingsperioden och vissa förskjutningar har skett i innehållet. Dessa förändringar komplicerar naturligtvis tolkningen av resultaten.

1.3.3 Genomgång av undersökningsgruppens socialtjänstakter

När vi gått igenom socialtjänstakterna har vi använt ett särskilt formulär. Mängden dokumentation har varierat, från knappt någon alls

till betydligt mer omfattande. Vi har dock bedömt att informationen i akterna kunnat komplettera övrigt insamlat material. Så vitt vi kunnat avgöra har dokumentationen avseende beslut om insatser, dokumenterats relativt väl. Utsagor, bedömningar och iakttagelser av mer kvalitativ art, har däremot dokumenterats i mer varierad i omfattning och varit betydligt mer svårtolkade. En frågeställning som vi velat få svar på är om det funnits krav på behandling för att exempelvis erhålla försörjningsstöd. I vissa akter kan det ha funnits skrivelser som tyder på att det kan ha funnits ett sådant krav, t. ex. ”det är viktigt att NN börjar i behandling”. Det har dock inte framgått på vilket sätt det varit ”viktigt” eller vad konsekvenserna blivit om personen i fråga inte påbörjat behandlingen.

1.3.4 Intervjuer med deltagare i Return

Det har funnits vissa svårigheter att få tillstånd kvalitativa intervjuer med deltagarna. I några fall har vi inte lyckats nå dem på de uppgivna telefonnumren eller de har inte hört av sig när vi försökt nå dem via brev eller på annat sätt. Intervjuerna har därför dragit ut på tiden. Några har blivit intervjuade i direkt anslutning till att de avslutat behandlingen i Return, medan andra har intervjuats efter en relativt lång tid (upp till ett år) efter det att de slutat behandlingen. Tiden kan påverka hur deltagaren ser på behandlingen, men vi har ändå bedömt att det varit värdefullt att ta del av deras berättelser trots att det kan ha gått en tid efter det att de genomgått programmet.

1.3.5 Kontrollgruppen

När det gäller kontrollgruppen uppstod, som tidigare påpekats, problem med matchningen. Det visade sig (som kommer att framgå av resultatdelen) att kontrollgruppen hade mindre omfattande missbruksproblem och en mer stabil situation på arbetsmarknaden än undersökningsgruppen. Andra svårigheter handlade om storleken på gruppen och insamlingen av data som drog ut på tiden. Det var svårt att inom utsatt tid få den önskade storleken på kontrollgruppen. För att få en så stor kontrollgrupp som möjligt förlängdes perioden för första mättillfället. Vi lyckades dock inte uppnå vårt mål

att 50 personer skulle ingå i kontrollgruppen. Kontrollgruppens storlek uppgår vid första undersökningstillfället istället endast till 22 personer, 15 från Sollentuna och fem från Järfälla. För 17 av dessa har vi kunnat genomföra ett års uppföljning.

I Järfälla ändrade vi det ursprungliga upplägget så att behandlaren själv samlade in uppgifterna vid första mättillfället istället för vår egen personal. Anledning till detta var att det visade sig vara svårt att rekrytera deltagare till undersökningen och att vi bedömde att det skulle underlätta om behandlaren själv skulle genomföra mätningarna. Behandlaren, som använde ASI i sitt arbete, behövde endast komplettera sina ASI-intervjuer med AUDIT.

Man kan naturligtvis fråga varför problemen med matchning och kontrollgruppens storlek uppstod. En förklaring är att individ- och familjeomsorgen har bristfällig systematiskt sammanställd information om sina klientgrupper och att det därför är svårt att på forskares uppdrag sätta samman en grupp avsedd för forskningsändamål. Det som också slagit oss under arbetets gång är att man tenderar att överskatta klientgenomströmningen och därmed det antal klienter som kan bli aktuella i en utvärdering som denna.

2. VERKSAMHET

Detta kapitel bygger på information hämtad från olika typer av dokument och från intervjuer som gjorts med personal och deltagare i Return.

2.1 Returns historik

Öppenvårdsprogrammet Return har bedrivits inom vuxensektionen i Sundbyberg sedan 1996, men har förändrats över tid. Inicialt var Return ett projekt som delvis finansierades med interna medel inom förvaltningen och delvis med medel från Länsstyrelsen i Stockholm. Verksamheten permanentades 2000 och blev därmed en del av vuxensektionens öppenvårdsbehandling.

Målgruppen som Return vände sig till initialt var unga män vilka identifierats som en krävande klientgrupp. Under perioden 1997 – 2001 strömmade omkring 17 deltagare igenom Return och man hade i genomsnitt cirka sex personer inskrivna vid en och samma tidpunkt. Verksamheten bestod av gruppsamtal, fysisk aktivitet/träning, information och föreläsningar samt drogkontroll. En socialsekreterare, tillika projektledare, arbetade i Return ett antal timmar per vecka. Övrig tid var en behandlingsassistent ensam med gruppen.

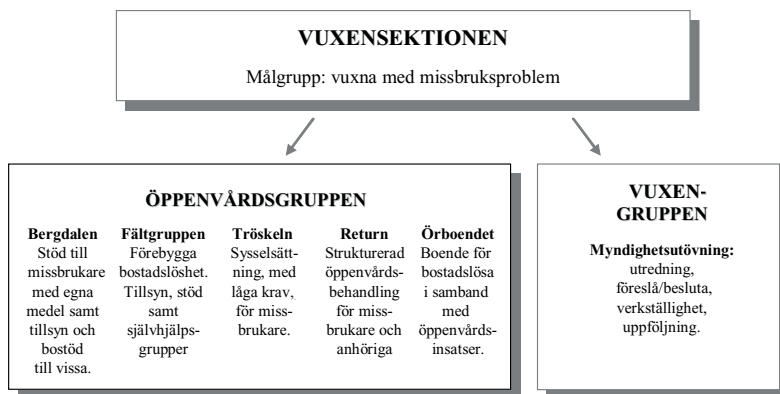
Ganska snart under våren 1997 kom det fram att personalen och ansvariga för verksamheten menade att strukturen var allt för lös och att det var allt för lite innehåll i verksamheten. Detta ledde till att man började diskutera målgruppens behov och hur man skulle strukturera verksamheten på ett bättre sätt. Eftersom många deltagare saknade gymnasiebehörighet knöts lärare hösten 1997 till verksamheten för att undervisa i basämnen. Trots kompletteringen med studier, lyckades man inte få den struktur man önskade. Deltagarna kom och gick i allt för stor utsträckning: *"De började en månad, tände på och ibland försvann..."* och man ansåg att Return tenderade att bli *"mer en sorts fritidsgård"* än en öppenvårdsbehandling. Utbildningen gav visserligen en bättre struktur men undervisningen gick mycket långsamt framåt samtidigt som det många gånger endast var ett fåtal närvarande vid undervisningstillfällena. Personalen bedömde att man behövde fokusera mer på deltagarnas missbruk och erbjuda behandling för själva missbruket.

Målgruppen unga missbrukande män visade sig också vara resurskrävande. Kostnaderna för lärarna var dessutom en tung utgiftspost för socialförvaltningen. Under 2001 påbörjades därför en diskussion om verksamheten. Personalen ansåg att man behövde mer resurser för att kunna arbeta med målgruppen och menade dessutom att den egna kompetensen inte kom till sin rätt med det dåvarande upplägget. Detta ledde till en diskussion om hur man skulle arbeta och vilken målgrupp man skulle vända sig till. Då de ekonomiska ramarna var fastlagda och det därmed inte fanns utrymme att förstärka verksamheten, blev konsekvensen att man ändrade målgrupp till en som bedömdes mindre resurskrävande.

Det så kallade ”nya” Return såg dagens ljus i januari 2002. Sedan dessa har verksamheten haft sin nuvarande målgrupp, vuxna missbrukare, och i grova drag den struktur och metod som beskrivs i följande kapitel.

2.2 Organisation

Return ligger under vuxensektionen som är en av fem sektioner vid socialförvaltningen i Sundbyberg. Inom förvaltningen bedrivs såväl myndighetsutövning som stöd och behandling i olika former. Vuxensektionen består av vuxengruppen, Bergdalsgruppen, fältgruppen, Return, Tröskeln och Örboendet. Vuxengruppen ansvarar för myndighetsövning och de övriga grupperna, som ingår i öppenvårdsgruppen, ansvarar för stöd och behandling (se Figur 2 nedan).



Figur 2. Vuxensektionens organisation.

Return är en av fem insatser som erbjuds inom öppenvårdsgruppen. I vuxensektionen strävar man efter att socialsekreterarna ska specialisera sig och utveckla kompetens på olika områden. Arbetet är fördelat så att några socialsekreterare i myndighetsgruppen även arbetar i öppenvårdsgruppen. Exempelvis har en socialsekreterare ansvar för Örboendet och arbetar i fältgruppen. Periodvis har även en eller två socialsekreterare arbetat i Return förutom att de arbetat med myndighetsutövning. Under vår utvärderingsperiod har dock ingen socialsekreterare från myndighetsgruppen arbetat i Return.

Return har sedan 2002, då ”nya” Return startade, haft en styrgrupp som bestått av personalen i Return, chefen för vuxensektionen samt samordnaren för vuxengruppen. Styrgruppens uppgift har varit att följa verksamheten, utvärdera och initiera behövliga förändringar. Man har träffats ungefär två gånger per termin och har fokuserat på vad man menat varit bra och mindre bra och därefter gjort de justeringar som man har haft möjlighet till. Deltagarnas uppfattningar har varit viktiga och ett sätt att utvärdera verksamheten. Man har därför bland annat tillfrågat samtliga deltagare som slutfört behandlingen hur de upplevt den samt tagit till sig förslag till förbättringar i den mån det varit realiserbart och bedömts ge en bättre verksamhet. Vissa förslag till förbättringar har inte kunnat genomföras på grund av de ekonomiska ramarna. Citaten nedan är exempel på diskussioner och hänsynstaganden som gjorts i styrgruppen:

”Och sen har det varit många olika diskussioner om vi skulle ha öppet intag eller om det ska vara slutna grupper... Och vi har hela tiden ändrat både utifrån vad deltagarna tyckt – vi har gjort utvärderingar efter varje grupp – och vad personalen har tyckt. Och sen vad som varit praktiskt möjligt. För det är ju så att vi har väldigt begränsat med resurser och då måste man se till att det funkar utifrån de resurser vi har. Så att vi har försökt att inte ta oss vatten över huvudet utan anpassa efter det vi har.”

”Vi har hela tiden omprövat utifrån den kritik vi fått ifrån gruppdeltagarna, så har vi gjort korrigeringar och ändringar... Så vi

har inte haft en modell, variant från det att vi började till idag utan det har ju ändrat sig. Ibland har vi haft Antabustvång, ibland har vi inte haft det... Vi har haft lite olika regler om hur många återfall de får ta. Synen på det, när man ska skrivas ut. Ja, lite grann upplägget.”

2.3 Målgrupp

Return vänder sig idag till vuxna missbrukande män och kvinnor, 18 år och äldre, som är bosatta i Sundbyberg.² Deltagarna har ett mångårigt alkohol- och/eller narkotikamissbruk bakom sig när de remitteras till Return. Inte sällan har missbruket lett till att de har en problematisk arbetssituation eller är arbetslösa. Flera har även problem med boendet och några saknar bostad. Det är inte ovanligt att det finns psykiska problem hos deltagarna. Man tar även emot personer med så kallade dubbeldiagnoser, det vill säga både psykiska problem och missbruksproblem. Det förekommer dock att mer socialt etablerade personer med arbete eller pension, en trygg ekonomi och ett socialt nätverk, deltar i behandlingen.

Man väljer bort personer med allvariga psykiska problem eller störningar som exempelvis personer med svår ångest, djupa depressioner, klart uttalade psykiska störningar som borderline och schizofreni eller personer med allvarlig suicidrisk. Personer med ”tung” medicinering på grund av allvariga psykiska problem ingår inte heller i målgruppen. Personer som är för aggressiva och hotfulla tar man inte emot och inte heller personer som är för fysiskt nedgångna. Man kräver även att personer som är bostadslösa måste ha ett ordnat boende under själva behandling i form av exempelvis inackordering.

Det är inte ovanligt att de som tidigare deltagit i behandlingen återkommer och på nytt genomgår Return. De kan tidigare ha avbrutit behandlingen, ”tagit ett återfall” eller fortsatt missbruka och har behov av att genomgå behandlingen ytterligare en gång.

² Individ- och familjförvaltningen i Sundbyberg och socialförvaltningen i Solna har haft ett samarbete som inneburit att Solna haft möjlighet att remittera deltagare till Return. Under utvärderingsperioden har dock ingen från Solna deltagit i programmet.

2.4 Behandlingens mål

Personalen beskriver att det idag finns klart uttalade politiska mål på verksamhetsnivå och att dessa mål innebär att man skall satsa på öppenvård och kvalificerade behandlingsinsatser på hemmaplan. Dessa mål har blivit allt tydligare med åren. När Return startades under 1996/97 var de politiska målen inte lika klart uttalade. Verksamheten kom till på initiativ från personalen i vuxengruppen som då hade stor frihet att utforma dess innehåll. De ekonomiskt uttalade målen påverkar även verksamheten. Förvaltningen har, liksom övriga förvaltningar inom kommunen, kravet att hålla sig inom de givna ekonomiska ramarna. En insats på hemmaplan, som Return, förväntas vara kostnadseffektiv och även (helst) leda till besparingar för förvaltningen.

De övergripande målsättningarna för deltagarna i Return är att behandlingen skall leda till att den enskilde deltagaren ska få ett så självständigt liv som möjligt och att han rent allmänt får högre kvalitet i sitt liv. Konkret vill man att behandlingen ska ge den enskilde verktyg så att han får kontroll över sitt liv och sitt missbruk, ge insikt om hur han fungerar samt ge verktyg att hantera sina missbruksproblem. Man kan sammanfatta det i följande punkter:

- Deltagarna ska få insikt och kunskap om sin sjukdom (missbruket) och de kort- och långsiktiga konsekvenserna av denna.
- De ska bli medvetna om sina tankemönster.
- De ska bli medvetna om sitt eget ansvar för sjukdomen.
- De ska få verktyg att leva drogfritt (avhållsamhet från alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande preparat).

Även om behandlingen har ovan satta mål, menar personalen, att det ofta kan behövas kompletterande stöd förutom Return för att en person ska uppnå drogfrihet och bättre livskvalitet. Det kan handla om stöd i form av boende, arbete, psykiatrisk behandling eller fortsatt stöd i självhjälpgrupper. Return, menar man, måste ses som en del i en vårdkedja som behöver kompletteras med andra aktörer, kanske både före och efter behandlingen.

Visserligen är målet med behandlingen att de som deltagit ska få verktyg och förutsättningar att leva drogfritt, men personalen menar ändå att behandlingen kan ha ett värde för dem som deltagit även om de fortsätter att missbruka. Behandlingen har förhoppningsvis gett dem insikter som i ett senare skede kan leda till att de söker hjälp på nytt, vilket beskrivs i citatet nedan:

”Och skulle det vara som det varit med många att de går ut och härifrån och tar återfall och kliver på sina droger igen, det blir konsekvenser och det rullar vidare, då känner jag, nej, jag känner det inte som ett misslyckande, utan jag känner att någonting har de fått med sig på vägen och att den här patienten, det är inte hans stund eller tid än att lägga ned, utan han vill fortsätta.”

2.5 Returns struktur och kraven på deltagarna

Vid tiden för studiens genomförande kan behandlingen sammanfattningsvis beskrivas som en daglig strukturerad gruppbehandling. Det innebär att deltagarna, maximalt åtta³, genomgår ett program om åtta veckor. Gruppen träffas under en halv dag fyra till fem dagar per vecka. Under en termin har man en till två grupper i behandling, vilket innebär att man under ett år genomför två till fyra behandlingar.⁴

Behandlingen sker huvudsakligen i grupp, och bygger på den dynamik som uppstår i gruppen. Ledarens roll är att styra gruppen i den mening att hon aktivt deltar i grupprocessen, ser till att alla kommer till tals och styr vilka teman som tas upp. Ledaren har även en utbildande roll och förmedlar kunskap om bland annat missbruk. De olika teman som tas upp i gruppen följer en viss planering, men kan variera beroende på vilka frågor som aktualiserats. Exempelvis kan ett tema aktualiseras tidigare än tänkt på grund av att saker inträffat i gruppen, som gjort det lämpligt att göra vissa justeringar i planeringen.

³ Vid enstaka tillfällen har man tagit in tio deltagare, då man av erfarenhet vet att några alltid avbryter behandlingen under de första veckorna och gruppen därför inte kommer att överstiga åtta deltagare.

⁴ Efter det att utvärderingen avslutats har programmet förändrats och har inte samma upplägg som beskrivs i denna rapport.

Under de två första veckorna har man ett så kallat öppet intag. Det innebär att man tar emot nya deltagare, om gruppen inte är fulltlig vid start eller om deltagare hoppar av under de första veckorna. Därefter tillåter man inga nya deltagare att börja oavsett om deltagare avbryter behandlingen.

Under hösten 2003, när denna utvärdering började, hade man endast en grupp i behandling. Man utökade samtidigt längden på behandlingen till att omfatta tolv veckor i stället för åtta. Dagar förlängdes till heldagar, men kortades dock ned då man bedömde att det blev allt för ansträngande för deltagarna att sitta i behandling hela dagar.

Våren 2004 återgick man till åttaveckorsprogram med behandling tre timmar per dag fyra dagar per vecka. Hösten 2004, när den sista av de fem grupper som ingår i utvärderingen började, genomfördes ytterligare förändringar i strukturen. Behandlingen utökades så att den omfattade fem dagar per vecka istället för fyra och innehållsmässigt gjordes vissa ändringar och tillägg. Schemat för den sista gruppen som ingår i utvärderingen återges i Figur 3:

Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Gruppbehandling 10 – 13	Gruppbehandling 10 – 13	Grupp på Bergdalen 10 – 12	Gruppbehandling 10 – 13	Gruppesök lunchmöten 10 – 13

Figur 3. Schema för femte gruppen oktober till december 2004

Innehållet de dagar när det inte är gruppbehandling, har varierat under utvärderingsperioden. Under de fyra första grupperna var deltagarna lediga en dag per vecka när det inte var gruppbehandling. De uppmuntrades visserligen att söka sig till en självhjälpsgrupp denna dag, men det fanns inget sådant krav. Den femte och sista gruppen som ingår i utvärderingen har dock haft gruppbehandling tre dagar och andra aktiviteter övriga dagar. En av de dagar det inte varit gruppbehandling har gruppen träffats på Bergdalen, en verksamhet inom öppenvårdsgruppen i vuxensektionen. De har fikkat tillsammans, tittat på film som anknyt till missbruk och dis-

kuterat utifrån filmen. Den andra dagen har gruppen träffats för att gemensamt åka till lunchmöten som arrangeras av självhjälpsgrupper som Länkarna, Nobba Brass och Nubbe, Anonyma Alkoholister (AA) och Anonyma Narkomaner (NA). En personal inom öppenvårdsgruppen ansvarar för gruppen dessa två dagar. Den dag då man åker till lunchmöten tillkommer ytterligare personer från andra verksamheter inom öppenvårdsgruppen, som följer med till de olika lunchmötena.

Det ställs vissa krav på dem som går i Return. Som vi tidigare nämnt måste ett ordnat boende finnas under behandling, men deltagarna måste även uppvisa nykterhet en tid före och under själva behandlingen. Man kräver en veckas nykterhet såvida det inte handlar om cannabismissbruk, då det behövs en längre tid för avgiftning. De allra flesta har kontakt med socialläkarmottagningen och beroendecentrum i Sundbyberg för att uppvisa nykterhet. De har även möjlighet att få Antabus vid socialläkarmottagningen. Nykterheten styrks genom en daglig kontakt med mottagningen, där deltagaren lämnar ett utandningsprov i alkometer och eventuellt ett urinprov. I Return tar man även emot deltagare som går på Subutexbehandling, men under utvärderingsperioden har ingen av deltagarna fått en sådan behandling. De som inte har kontakt med socialläkarmottagningen och beroendecentrum i Sundbyberg, uppvisar nykterhet vid exempelvis företagshälsovård där de lämnar utandningsprov/urinprov och får eventuell medicinering.

Behandlingen i Return utgör bistånd enligt socialtjänstlagen. När en person börjar i Return registreras detta därför som en insats, vilket innebär att personen finns med i socialregistret. Det har inte alltid varit så att Return beviljats som ett bistånd till enskilda, utan deltagare har kunnat gå i behandlingen ”anonymt”, det vill säga de har inte behövt ansöka om bistånd och därmed inte heller registrerats i socialregistret. Sedan 2002 man dock beslutat att behandlingen ska föregås av ett beslut om ett bistånd.

2.6 Intagningsförfarande och urvalsprocess

Personalen ger i intervjuerna en beskrivning av intagningsförfarandet, urvalsprocessen och de hänsynstaganden som de gör när de har att ta ställning till om en person skall börja i Return.

De flesta deltagarna i Return kommer till programmet genom att de remitteras från andra verksamheter. Remisserna skickas vanligen från olika sektioner inom socialförvaltningen, socialläkarmottagningen, beroendecentrum eller frivården. Vid enstaka tillfällen har personer vänt sig direkt till personalen för att göra en förfråga om att få börja i Return.

Alla som remitteras till Return erbjuds möjlighet att träffa personalen för en intervju. Vid intervjutillfället lämnas både information om Return och information inhämtas om personen i fråga. Efter intervjun får den presumtive deltagaren möjlighet att ta ställning till om han vill påbörja Return eller inte, samtidigt som personalen tar ställning till om det är lämpligt att personen börjar. Om personalen känner sig osäker, träffar de personen ytterligare en gång. Ibland kommer man överens med personen i fråga om att han får pröva på behandlingen och ibland överenskommer man om att det är bättre att avvakta. Personalen anser dock att det är viktigt att beslutet om behandlingen ska påbörjas eller inte, tas i samråd med den presumtive deltagaren.

I våra intervjuer med personalen har de beskrivit att det finns vissa svårigheter med urvalet av deltagarna. Det leder till att man ibland tar emot personer som man tycker är mindre lämpade för behandlingen. Den behandlande personalen i Return har visserligen ett uttalat mandat från ledningen att avgöra vilka som ska börja, men i vissa fall frångår man sin "rätt" att säga nej av hänsyn till önskemål från exempelvis handläggare som är angelägna att en person ska få börja i behandlingen. Personalen tycker sig se att ju tydligare besparingskraven är från förvaltningen desto fler personer remitteras till Return. När någon tas in i programmet, som egentligen behöver annat stöd eller annan behandling, ökar risken att behandlingen

misslyckas. För att undvika onödiga misslyckanden för den enskilde, vill man att de som börjar ska ha en så god chans som möjligt att tillgodogöra sig behandlingen. Som en personal uttryckte det:

”...för de har varit med om så många misslyckanden. Vi behöver inte bjuda dem på ett misslyckande till. För att börja och inte avsluta något, det är jätte smärtsamt för de här patienterna. Och de har så mycket sådant redan, så man behöver inte bidra till mer.”

Ytterligare en faktor som påverkar att mindre lämpliga personer remitteras, är att den öppna psykiatrin inte tar emot personer med psykiska problem om de samtidigt har ett missbruk. För att få en kontakt med den psykiatriska öppenvården måste en person uppvisa en längre tids drogfrihet, vilket kan innebära att en person måste var drogfri i sex månader upp till ett år innan han får en öppenvårdskontakt. Dessa personer hamnar inte sällan mellan två stolar, det vill säga mellan psykiatrin och socialtjänsten, och hos de senare upplever man att psykiatrin inte tar sitt ansvar för missbrukare med psykiska problem. En anställd i Return uttrycker det på följande vis:

”...och då säger de att då kan de ju få gå i Return...vi vet inte vad vi ska göra av dem ... Jag har ju remiss på en kille här som de inte vet var de ska göra av. Han är precis mitt emellan här. Kan han få gå i Return så att han har någonstans att vara ett tag. Men sen då?”

Alla personer som remitteras till Return intervjuas av personalen. Personalen vill helst att det skall finnas en insikt om drogproblemen och en önskan om att få hjälp med dessa. Samtidigt menar man att det räcker med en mycket begränsad önskan om förändring och hjälp för att man ska kunna motivera till behandling. En fråga som ställs till dem som intervjuas är *”Hur skulle du vilja att ditt liv såg ut om det var bra?”*. Personalen försöker utifrån svaren se vad de kan arbeta med i Return och försöker att stötta och hjälpa till med andra kontakter för behov som de själva inte kan ta hand om.

”Och då kommer ju ofta först det här att de vill bli av med problem, drogproblem, nykterhet och drogfrihet. Och sen är det inte så stora saker, bostad, kanske en partner om de inte har någon och kanske barn. Såna drömmar. Ett bra boende och ett vanligt Svenssonliv, så gott som för alla. Och det är ju en början då och det vet ju vi att det vi kan ge här är ju hjälp med drogproblemen i första hand och sen då kontakter med myndigheter så att de kan börja någon stans om de inte har något jobb och så där, om de inte har någon bostad.”

Ibland framgår det av remisserna att det finns tveksamheter om en person ska klara av att sitta i en grupp och därmed klara av behandlingen i Return. Personalen diskuterar då med personen i fråga om hur det yttrar sig och för ett resonemang om det kan vara möjligt eller inte att börja i behandlingen. Ibland räcker det med enskilda stöttande samtal för att personen ska våga pröva på Return. Ibland kan personalen känna tveksamhet huruvida personen kommer att klara av en gruppbehandling, men låter ändå personen få börja för att han önskar det. Processen kan se ut på följande vis:

”...vi intervjuar alla och ofta tar vi dit dem två gånger om vi känner osäkerhet på ”hur var det här nu då”. Och det är ju inte många minuter man kan göra en bedömning där heller, utan då får vi faktiskt sätta oss ner och säga vad tror du och prata med varandra. Och sen låta dem välja och se var de hamnar. Det visar sig ganska snart...Ja, många säger ”Å, jag har en sådan ångest när jag ska sitta och prata i en grupp så jag kan inte”. Men du kan väl i alla fall försöka och går det inte så har du i alla fall provat. ...Och så provar de och så går det hur bra som helst. Eller också blir de svettiga och oroliga och man ser att det går bara inte. Så att första veckan, den är väldigt så här att man får känna in och kolla upp och så. Och då ser man rätt så snart vilka det är som klarar av att sitta i grupp...”

För de som inte börjar i behandling kan det vara en lösning att de under en period får individuella samtal hos personalen i Return och att de i ett senare skede börjar behandlingen. När det är klart att en

person börjar i Return upprättas ett behandlingskontrakt där han åtar sig att delta i behandlingssessionerna, respektera tider, vara nykter och drogfri och accepterar att hot och våld inte förekommer. Kontraktet syftar till att tydliggöra de förväntningar som finns på deltagaren i och med att han börjar i behandlingen.

Sammanfattningsvis kan sägas att personalen i Return försöker att ta emot de som remitteras om det finns en önskan om en förändring och det inte finns allt för stora problem med hänsyn tagen till personen i fråga och med hänsyn tagen till gruppen och personalen. När personalen bedömer att det inte är lämpligt att ta emot en person försöker man vara tydlig med orsakerna till detta i samtal med den det berör. Det förs ett resonemang om orsakerna, som brukar resultera i ett samförstånd om att det för närvarande inte är lämpligt att påbörja behandlingen. Ibland kan det istället bli aktuellt att för en kortare tid gå i individuella samtal hos personalen. Personen kan även få erbjudanden om att i ett senare skede, när de aktuella problemen är hanterade på ett eller annat sätt, få börja i behandlingen.

2.7 Personalen i Return

Personalen har varierat under Returns verksamhetsperiod, både avseende omfattningen av tjänsterna och avseende personer beroende på personalomsättning. Från 2002, när Return fick sin nuvarande form och målgrupp, har personalen bestått av en drogterapeut och en eller flera behandlare som arbetat på timmar i verksamheten. Dessa behandlare har arbetat inom individ- och familjeförvaltningen, beroendevården eller socialläkarmottagningen och har utifrån sina tjänster som socialsekreterare, kurator eller sjuksköterska haft viss del av arbetstiden förlagd till Return. Antalet timmar för behandlarna har varierat mellan fyra till 20 per person och vecka. Som mest har tre behandlare, förutom drogterapeuten, arbetat i programmet och som minst har en behandlare arbetat en halvdag per vecka.

Personalsituationen har inneburit att verksamheten varit sårbar, då drogterapeuten i stor utsträckning arbetat ensam i verksamheten

och då kontinuiteten saknats när det gäller de övriga behandlarna. Man har visserligen haft personer som utifrån sina tjänster arbetat i Return, men detta har inte gett den stabilitet som man önskat. I syfte att både minska sårbarheten och förbättra arbetsmiljön anställdes därför en socionom, som tidigare arbetat i Return, på uppdragsbasis i januari 2004. Under 2004 har hon arbetat omkring halvtid i Return.

Under utvärderingsperioden har personalsituationen sett ut på följande sätt: Hösten 2003 bestod personalen av en drogterapeut (drygt 83 procent), en behandlare (cirka fem procent) samt en person som arbetstränat heltid. Under 2004 bestod personalen av en drogterapeut och två behandlare (en sjuksköterska, cirka fem procent, och en socionom, cirka 20 timmar).

Personalens bakgrund och erfarenhet har varierat. Under utvärderingsperioden har de som arbetat i Return haft någon eller flera av följande utbildningar: socionom, sjuksköterska eller drogterapeut. Samtliga har tidigare erfarenhet av arbete med missbruk i olika former och olika vidareutbildningar i form av exempelvis metoder inom KBT och utbildningar vid Jellinek-institutet. Den personen som arbetstränade hösten 2003 hade egen erfarenhet av missbruk och hade genomgått 12-stegsbehandling.

Drogterapeuten är den som arbetat längst i Return och har tillsammans med övrig personal haft relativt stor frihet att utforma verksamheten utifrån sina kunskaper och erfarenheter.

2.8 Individuella samtal

Även om verksamheten huvudsakligen bedrivs i grupp, har den ett relativt stor inslag av individuella samtal. Vid behov erbjuds deltagarna samtal med drogterapeuten eller eventuellt annan behandlare. Omfattningen av de individuella samtalen varierar från deltagare till deltagare. En del har mer regelbundna samtal, medan andra haft enstaka samtal. För vissa har det inneburit att de under flera år, efter behandlingen avslutats, vid behov sökt upp personalen

för att få stöd. De flesta individuella samtalen förekommer dock i samband med att en person ska börja i behandlingen. Eftersom det endast är de deltagare som uttrycker behov av samtal som erhåller det, är det många som inte har några individuella samtal överhuvudtaget.

Innan behandlingen börjar syftar samtalen ofta till att motivera till behandling och stötta till nykterhet. Tanken är att det ska vara korta kontakter och även motiverande till att söka annan hjälp om behov finns. Samtalen kan även vara mer omfattande. En av personalen beskriver en samtalskontakt som var relativt omfattande och där hon använde sig av Case Management-tekniker för att stötta en deltagare i en kaotisk livssituation:⁵

”Det är ju de som då har en del psyk. Det är en som kom in i gruppen och vi tog ur honom första veckan för vi såg ju att det här går inte och då föreslog vi honom att komma till enskilda samtal två gånger per vecka. Och sen så har jag jobbat med det här Case Management, mer samordna, för det var kaos runt omkring honom. Men det är en patient med ordnat boende och gift och jobb sen 20 år va, men han behövde den hjälpen”

Samtalen kan således bli mer omfattande beroende på att personalen känner ett ansvar för att hjälpa den enskilde deltagaren. Citatet nedan är ytterligare ett exempel på detta:

”Och sen så är det en kille som vi då ser behöver mer samtal för han är, har så mycket i bagaget. Men det går inte att ha samtal på mottagningen (psykiatrin) för de kräver ju ett halvår, år...De kräver nykterhet... Så jag hade tänkt träffa honom då, en gång i veckan, förhoppningsvis att han blir nykter så att han kan få en kontakt på, med en kurator på psyk eller socialläkarmottagningen... Men det är inte meningen att det ska bli några jättelånga kontakter”

⁵ Case Management innebär att en patient/klient har ett personligt ombud, case manager, som kontakt utåt mot samhället. Case managern har till uppgift att samordna och integrera stödet som erbjuds patienten/klienten så att det anpassas efter dennes behov.

Sammanfattningsvis kan sägas att de individuella samtalen är en viktig del framförallt före, men även under och efter behandlingen. Visserligen sker huvuddelen av behandlingen i grupp, men de individuella samtalen anses utgöra ett viktigt komplement. De individuella samtalen ska först och främst vara korta, motiverande och stöttande, men det förekommer att de är mer omfattande.

2.9 Behandlingens grund

2.9.1 Behandlingsideologier

Returns behandlingsideologi vilar huvudsakligen på 12-stegsmodellen och metoder som återfinns inom kognitiv beteendeterapi, KBT. Under åren som verksamheten bedrivits har kunskaperna om olika behandlingsmetoder varierat beroende på vilken personal som för tillfället arbetat i programmet. Några har varit väl förtrogena med 12-stegsmodellen och några har haft viss utbildning i metoder inom KBT som till exempel Väckarklockan.⁶ Personalen har använt sig av de olika metoderna och som de säger ”*plockat rusinen ur kakan*”. Över tid kan tyngdpunkten ha förskjuts mot KBT eller mot 12-steg beroende på vem som arbetet i Return. I citaten nedan beskrivs hur det innehållsmässigt blivit förskjutningar i behandlingen:

”Det blev en väldig förskjutning mot 12-steg när NN var där ... han ville att lokalen skulle se ut som ett AA-möte, de skulle sitta precis så. Då sa jag stopp – det här är inte något AA-möte. Det är inte något renodlat 12-stegsprogram, utan ska vara en blandning av det bästa, som det finns kompetens för.”

”Ja, första tiden... då var det väldigt mycket rakt upp och ned ur Väckarklockan, för då hade NN gått den utbildningen... Han var väldigt varm för det och då låg jag lite lågt med mitt material...”

⁶ Väckarklockan är en manualbaserad behandling som har grunden i ett kognitivt beteendeterapeutiskt synsätt. Manualen har översatts till svenska av Agneta Österling, överläkare vid Alkohol- och Narkotikakliniken, Universitetssjukhuset MAS. Manualen har utvecklats och standardiserats utifrån de kliniska behov som funnits vid kliniken.

Jag anpassade mig ganska mycket där... Och sen så kom NN och han var ju fullblodad 12-stegsprogrammare och då blev det så gott som bara 12-steg...Så då la jag om kurs där och anpassade mig efter mest 12-stegen. Det blev lite väl mycket 12-steg, tycker jag. Jag kände att jag saknade lite den här mixen. Men sen nu då det är NN och jag, då har vi sagt det att vi tar den här mixen som jag tror mest på.”

Uppskattningsvis använder sig personalen idag⁷ till hälften av material som bygger på KBT och till hälften av material som bygger på 12-stegsbehandling. Det finns en planering för vilka teman som ska tas upp men man anpassar behandlingen till gruppen så till vida att man matchar de teman som tas upp med de aktuella diskussionerna:

”Det finns en struktur, teman för varje session eller varje behandlingssession, som man försöker följa. Sen kan man frånga det beroende på var gruppen är och behöver. Det måste finnas en flexibilitet.”

Vid en behandlingssession introducerar man ett tema genom att inleda med ett teoretiskt avsnitt där personalen förmedlar kunskap om det aktuella ämnet. Det kan handla om att introducera förklaringsmodeller till missbruk utifrån sjukdomsbegreppet eller att utifrån Proschaska och DiClementes förändringsstadier⁸ diskutera teorier bakom förändring och återfall. Personalen ger därmed, menar man, deltagaren en konceptuell ram som syftar till att ge insikt och möjliggöra för deltagaren att referera till den situation han befinner sig i. Den teoretiska delen kompletteras med individuella övningar som syftar till att öka medvetenheten om den egna proble-

⁷ Intervjuerna med personalen genomfördes våren 2004 och beskriver hur verksamheten såg ut under utvärderingsperioden. Förändringar som kommit tillstånd efter utvärderingen redogörs inte för i denna rapport.

⁸ De fyra stadierna som ingår i Prochaska och DiClementes förändringsprocess är: det oreflekterade stadiet, det övervägande stadiet, handlingsstadiet och det vidmakthållande stadiet (Gyllenhammar, 2002).

matiken, träna alternativa tankebanor och hitta strategier för alternativa handlingar för att upprätthålla nykterhet.

Gruppens roll i behandlingen kan vara både stödjande och konfronterande. Den stödjande funktionen innebär att en deltagare får uppmuntran ifrån andra gruppdeltagare. Det kan även innebära att han får möjlighet att dela sina problem med andra och inse han inte är ensam om dem. En bärande tanke från personalen är att när deltagare med likartade problem möts och delar med sig av sina liv, utvecklas en gemenskap som gör att man känner sig trygga med varandra. Tryggheten i gruppen är i sig grunden för den konfronterande funktionen som gruppen också har. Den konfronterande funktionen innebär att deltagarna konfronterar varandra i syfte att bryta ner försvar. Andra gruppmedlemmar som ifrågasätter en deltagare kan, menar man, ofta vara en hjälp i behandlingsprocessen och leda till att deltagaren erkänner problem som finns.

De teman som tas upp under behandlingen är många och relativt omfattande. Sjukdomsbegreppet, bruk, missbruk och beroende är några centrala områden. Flera teman är hämtade från Väckarklockan som till exempel positiva och negativa konsekvenser av droganvändning, samt återfallssignaler och återfallssymtom. De fyra första stegen i 12-stegsbehandlingen, sinnesroböen, familjekarta och livslinjen är andra exempel på teman som behandlas.

2.9.2 Missbruk som sjukdom

Missbruket beskrivs som en kronisk sjukdom som man lider av hela livet. Den enda lösningen, om man lider av denna sjukdom, är total avhållsamhet från drogen. Personalen skiljer på bruk, missbruk och kemiskt beroende när de pratar om alkohol, där de menar att missbruket ofta är ett förstadium till kemiskt beroende. Är man inne i ett grovt missbruk, men inte har ett kemiskt beroende, kan man återgå till ett normalt socialt drickande. Lider man av kemiskt beroende kan man inte dricka socialt, utan enda sättet att ha kontroll över sjukdomen är att avhålla sig helt från alkohol. I citaten nedan ges en beskrivning av detta synsätt:

*”Missbruk är ju förstadiet oftast till ett kemiskt beroende. Det be-
höver inte vara det, utan det handlar ju om, då som jag säger, ett
ämne i hjärnan, som jag går in på, då som vissa har och vissa inte
- för det här är ju genetiskt betingad sjukdom. Och är man inne i
ett grovt missbruk, men inte har det här ämnet, då kan man gå till-
baka och dricka socialt, men har man det här ämnet i hjärnan och
utvecklar det då har man utvecklat kemiskt beroende.”*

*”Det handla ju om att först och främst bryta ett mönster. För det är
det allra tuffaste i det här jobbet, för det är förnekelsens sjukdom,
absolut, och har man inte brutit förnekelsen då når man inte ända
in i att förstå vad det handlar om. Och därför jobbar vi mycket med
sjukdomsbegreppet.”*

Även andra former av missbruk, exempelvis narkotikamissbruk, beskrivs på samma sätt som alkoholmissbruket. Vid användandet av narkotiska preparat är dock riskerna att utveckla ett kemiskt beroende betydligt större och processen går snabbare. Personalen menar dock att man inte kan prata om bruk av narkotika eftersom narkotiska preparat är olagligt och bruk inte är förenligt med normerna i vårt samhälle. Allt användandet av olagliga preparat som narkotika måste därför betecknas som missbruk.

2.10 Svårigheter att upprätthålla nykterhet

För att en deltagare ska kunna vara nykter under och efter behandlingen krävs vissa förutsättningar, menar personalen. Alltför ofta saknas dock dessa förutsättningar. Syftet med behandlingen är visserligen att ge verktyg att leva ett nyktert liv med bättre livskvalitet, men behandlingen är endast en pusselbit bland flera som behövs för att uppnå detta. Personalen menar därför att Return måste ses som en länk i vårdkedja, där flera aktörer behöver möta upp för att stötta deltagarna. Det kan till exempel handla om behov av bostad, sysselsättning eller en behandlande kontakt inom den psykiatriska vården.

En av de största bristerna, anser personalen, är avsaknaden av att någon annan aktör tar vid efter att behandlingen avslutats. Många

deltagare är i behov av fortsatt stöd och insatser från samhället. Ur det perspektivet, menar man, är det därför inte förvånande att vissa deltagare inte klarar av att leva nyktra efter Return. För andra deltagare kan svårigheten att upprätthålla nykterhet mer handla om huruvida de kommit till den punkt i livet där de är mogna att sluta missbruka.

Tanken att det inte är rätt tidpunkt i livet för en person att sluta missbruka, kan jämföras med fenomenet "hit bottom" inom 12-stegsbehandlingen. Att "nå botten" representerar tanken att en person först måste nå botten innan han eller hon kan förändra sitt missbruksbeteende.

2.11 Eftervårdgrupp

När det nya Return startade i januari 2002 erbjöd man under det första året eftervård i form av fortsatt stöd i grupp. Gruppen träffades en gång per vecka på kvällstid och de som genomgått behandlingen var välkomna att delta. Då det var endast ett fåtal som deltog i eftervården, beslutade man att lägga ned denna verksamhet. Sedan man upphört med eftervårdsgrupper har man erbjudit en återträff ungefär en månad efter att behandlingen avslutats. I stället för att eftervårdsgrupper inom ramarna för Return, har man försökt att aktivt arbeta för att deltagarna själva ska söka sig till olika former av stödgrupper inom exempelvis AA, NA eller Länkarna. Under behandlingen har man därför gjort studiebesök i olika självhjälpsgrupper.

Vid de interna utvärderingar som gjorts efter varje avslutad grupp, har det kommit fram önskemål om eftervårdsgrupper. Från och med oktober 2004 har man därför återigen startat en eftervårdsgrupp som träffas en eftermiddag per vecka. Samtliga deltagare som genomgått behandlingen tidigare under 2004 har erbjudits att delta i eftervårdsgruppen.

Syfte med eftervårdsgruppen är att de som gått i behandling ska kunna fortsätta att gå till en grupp där de känner sig trygga och har en gemenskap. Personalen i Return leder även denna grupp. Efter-

vården har till uppgift, förutom att erbjuda stöd i form av gemenskap, att påminna deltagarna om sjukdomen de lider av och om det ansvar de har för att hantera sjukdomen. I eftervården fortsätter man att arbeta kring teman och repeterar även teman från behandlingen. Eftervårdsgruppen träffas en eftermiddag per vecka.

2.12 Anhörigbehandling

Inom Returns verksamhet ryms även en anhörigbehandling i grupp som riktar sig till deltagarnas anhöriga, men också till andra anhöriga. En anhörig kan alltså få stöd i anhörigbehandlingen utan att missbrukaren får behandling. Anhörigbehandlingen syftar till att ge kunskap om missbruk och konsekvenserna av missbruk. Målet är att de anhöriga ska få insikt och kunskap om sjukdomen som de anhöriga lider av och att de ska förstå att det är en familjesjukdom som drabba alla i familjen. I behandlingen ska de anhöriga få stöd och hjälp att bland annat hantera medberoendet. Gruppen träffas en eftermiddag i veckan.

2.13 Sammanfattning

Return startade som ett projekt med inriktning på unga missbrukande och kriminella män, för att senare ändra målgrupp till vuxna missbrukande män och kvinnor. I och med förändringen av målgrupp kom Return att bli ett strukturerat öppenvårdsprogram om åtta veckor med ett tydligare innehåll och med tydligare yttre ramar. Verksamheten permanentades 2000. De metoder som huvudsakligen används i behandlingen utgår ifrån 12-stegsbehandling och kognitiv beteende terapi.

Under utvärderingsperioden har verksamheten i viss mån förändrats både i de yttre ramarna och delvis innehållsmässigt. I det förstnämnda avseendet har den första gruppen som ingår i studien och som började behandlingen hösten 2003, haft en längre behandlingsperiod (tolv veckor) än de fyra övriga grupperna. Innehållsmässigt har den första gruppens behandling varit mer fokuserade på 12-stegbehandling jämfört med de senare grupperna. Under hösten 2003 var personalsammansättningen i viss mån annorlunda än

jämfört med 2004, vilket påverkade innehållet så att det under hösten 2003 var mer fokus på 12-stegsbehandling. Den personal som arbetade under 2004 hade däremot en inriktning som innebar att man använde till hälften metoder från 12-stegsbehandling och till hälften metoder från KBT. Return är till sin karaktär en gruppbehandling, där gruppens dynamik är avgörande för behandlingen. Behandlarens roll är att se till att alla kommer till tals och styra gruppen avseende vilka teman som tas upp.

Målsättningen med behandlingen är att deltagaren ska få insikt och kunskap om missbruket och verktyg så att han kan kontrollera sitt missbruk och leva nyktert. Missbruket beskrivs som en sjukdom där total avhållsamhet krävs för att kontrollera den. Deltagarna uppmanas till en fortsatt kontakt med någon form av stödgrupp, exempelvis AA, efter avslutad behandling. Periodvis har Return erbjudit eftervård till de som genomgått behandlingen. Under utvärderingsperioden har de grupper som genomgick behandling under 2004 blivit erbjudna eftervård en gång per vecka.

Vid intagningsförfarandet genomgår varje presumtiv deltagare minst en intervju med personalen för att klargöra om personen i fråga är lämplig för behandlingen och om han vill ha hjälp. I de fall där det inte är lämpligt för en person att börja i Return läggs stor vikt vid att personen i fråga ska vara delaktig i beslutet och man försöker slussa vidare till annat stöd som för tillfället bedöms lämpligare. I samband med att en person skall börja i behandlingen kan de individuella samtalen vara motiverande och stödjande i avvaktan på själva behandlingen. Under och efter behandlingen förekommer individuella samtal vid behov för den som önskar.

3. DELTAGARNA I RETURN

3.1 Bakgrund

I den studerade gruppen av deltagare i programmet ingår 25 personer som påbörjat eller fullföljt behandlingen i Return under utvärderingsperioden. Ungefär två tredjedelar är män, vilket i stort sett är proportionellt i förhållande till övrig missbrukarvård i landet. (Socialstyrelsen, 2005). Medelåldern för deltagarna är 46 år, den yngste är 22 och den äldste 66 år. De allra flesta är födda i Sverige (en dryg tiondel utomlands), men endast en tredjedel har två föräldrar som är födda i Sverige. När behandlingen i Return påbörjades hade i runda tal hälften en gymnasieutbildning och ungefär en fjärdedel en längre eller kortare akademisk utbildning.

Ett indirekt mått på den sociala förankringen i gruppen är anställningsförhållanden. Under de senaste tre åren ser vi att drygt hälften i huvudsak haft heltids- eller deltidsarbete (27 respektive 23 procent).⁹ För en relativt stor grupp, cirka 40 procent, har dock arbetslöshet dominerat. Endast ett par hade tillbringat merparten av tiden på institution och en hade uppburit sjukpension under den aktuella perioden. I genomsnitt hade man arbetat 16 år, med en spridning mellan ett och 45 år. Endast en tiondel av deltagarna uppgav att de inte haft någon period av arbetslöshet överhuvudtaget i livet.

Vi har även frågat efter aktuell huvudsaklig försörjning. Närmare hälften uppgav vid första mättillfället att socialbidrag utgjorde deras huvudsakliga inkomst (när vi dessutom frågat efter socialbidrag som komplettering till annan inkomst stiger andelen som fått socialbidrag till 60 procent). För en dryg fjärdedel var sjukpenning, sjukbidrag eller pension vanligast medan endast en dryg tiondel angav lön från förvärvsarbete. Ett par stycken hade i huvudsak försörjning genom A-kassa och en person via sparade medel.

⁹ Frågan ställd i samband med att deltagarna i undersökningsgruppen började behandlingen. För kontrollgruppen gäller att frågan ställdes vid första mättillfället.

Vid första mättillfället tillfrågades deltagarna om hur deras levnadsförhållanden såg ut bland annat avseende boende, civiltillstånd och umgänge. De allra flesta, ungefär två tredjedelar, uppgav att de hade ett eget boende.¹⁰ När det gäller familjeförhållanden hade en dryg tredjedel i huvudsak levt tillsammans med en partner (utan barn) under de senaste tre åren. Nästan lika vanligt var att deltagarna levt ensamma. Knappt 20 procent hade levt ensamma med barn och ett par stycken levt med förälder, vänner eller släkt. Ungefär två av tio levde vid inskrivningstillfället tillsammans med personer som missbrukade alkohol eller narkotika. 60 procent tillbringade sin fritid i huvudsak med familj och vänner som inte hade några aktuella alkohol- eller narkotikaproblem medan närmare 30 procent hade missbruk i sina familje- eller vänkontakter. En dryg tiondel uppgav att de i huvudsak var ensamma på fritiden.

Sammantaget kan deltagarna i Return beskrivas som en grupp med jämförelsevis instabil situation på arbetsmarknaden, vilket understryks av att en mycket stor andel var beroende av socialbidrag för sin försörjning. Många av dem hade dessutom en svår situation när det gäller levnadsförhållanden i övrigt.

3.2 Alkohol och narkotika

När vi studerat deltagarnas alkohol- och narkotikaanvändande kan vi konstatera att en klar majoritet hade någon form av problem med alkohol. Det genomsnittliga värdet för hur länge deltagarna regelbundet druckit alkohol uppgår till knappt 16 år. Jämför vi med hur många år deltagarna druckit till berusning är skillnaderna små, där är medelvärdet 13 år.¹¹ En ungefärlig fjärdedel uppgav att de använt narkotiska preparat i någon form och i varierande omfattning under livet. Endast två personer uppgav emellertid att narkotika dominerade deras missbruk, medan resterande uppgett alkohol som dominerande.

¹⁰ Här kan förekomma personer med socialt kontrakt eller träningslägenheter..

¹¹ "Till berusning" syftar på konsumtionsnivå och innebär att man dricker minst fem glas/tillfälle minst tre dagar/vecka eller två dagar efter varandra i veckan och så mycket att det påverkar det vanliga livsmönstret.

Deltagarnas alkoholproblem har bl a kartlagts med hjälp av frågeformuläret AUDIT (se metodavsnitt). Med hjälp av detta har vi skattat alkoholkonsumtionen under det senaste året samt hur grava problem de svarande haft.¹²

Tabell 1. Alkoholproblem vid inskrivning, skattade utifrån AUDIT (n=25). Procent.

Inga alkoholproblem	8
Måttliga alkoholproblem	12
Stora alkoholproblem	20
Alkoholberoende	60

Vi kan konstatera att de allra flesta – sammantaget 80 procent – under det senaste året uppgivit att de druckit på ett sådant sätt att det indikerar att de har stora alkoholproblem eller är alkoholberoende. Materialet är förhållandevis litet, men en försiktig jämförelse över olika delgrupper med avseende på sådant som kön, arbete m.m. visar att problembilden var förhållandevis likartad i olika grupper. En klar majoritet – 80 procent – hade också druckit så mycket att släktingar, vänner eller personer inom sjukvården uttryckt oro över alkoholkonsumtionen och en tredjedel hade skadat sig själv eller andra som en följd av drickandet. Knappt 30 procent hade erfarenhet av delirium och något fler hade åkt fast för rattonykterhet/rattfylla.

Sammanfattningsvis handlar det om en grupp klienter med förhållandevis allvarliga missbruksproblem, de flesta framförallt i form av alkoholmissbruk. Majoriteten var känd hos socialtjänsten och mer än hälften uppbar socialbidrag, en klar majoritet uppgav att de har stora alkoholproblem eller att de var alkoholberoende och många i gruppen hade erfarenheter av delirium.

¹² Definierat utifrån WHO:s manual: "The Alcohol Use Disorders Identification Test – Guidelines for Use in Primary Care". Den sammanlagda summan indikerar eventuella alkoholproblem och vilken grad av problem.

3.3 Vägen in i Return

Vi frågade deltagarna i Return vem som remitterade dem till behandlingen. Det vanligaste var att man haft en kontakt med socialläkarmottagningen eller beroendemottagningen, 38 respektive 8 procent, och att dessa enheter remitterat deltagaren till programmet. En dryg tredjedel hade remitterats av sina handläggare inom socialtjänsten. Fyra personer hade kommit i kontakt med behandlingen på annat sätt, bland annat genom att själva ta kontakt. Av dem som började hade så mycket som 44 procent tidigare påbörjat/genomgått behandlingen. Drygt hälften uppgav att de själva valt Return, medan resterande ansåg att det inte funnits några andra valmöjligheter eller att de inte fått välja. Två personer hade uttryckligen önskat en annan behandling. För ett fåtal, fyra personer, var behandlingen i Return första gången de kom i kontakt med socialtjänsten.

Också i de kvalitativa intervjuerna frågade vi om orsakerna till att behandlingen påbörjades. Några svarande angav påtryckningar från omgivningen som ett viktigt skäl, som till exempel krav från arbetsgivare eller påtryckningar från familj, barn eller före detta partner. En man beskriver påtryckningarna på följande sätt:

”Min pojkes mamma till exempel och, för att det var ju så att jag talade om för henne vad jag höll på med och då så ville inte hon att jag skulle träffa min son. ... Så då blev det så då, då att jag inte fick träffa honom om jag inte var nykter. Och det gav ju väl en tankeställare...”

Andra uttryckte att de egentligen inte behövde behandling men att de av andra skäl, som tidsfördriv eller för att bli tagna på allvar, kunde börja i programmet. En arbetslös man uppgav att han hellre haft ett arbete än gått i Return, men eftersom han var arbetslös och inte hade något att göra fyllde Return en funktion och *”det var lite mysigt att komma dit på dagarna”*. En kvinna som saknat bostad uppgav att skälet till att hon började i Return var att hon ville bli tagen på allvar av handläggarna på socialtjänstkontoret för att kvali-

ficera sig till ett boende. I och med att hon började i Return fick hon även plats på ett inackorderingshem.

När vi frågade efter hur det kom sig att de började just i Return uppgav flera att de blev rekommenderade av exempelvis personal på socialläkarmottagningen, handläggare på socialkontoret eller att de hade gått i Return förut. En av de fem intervjuade uppgav att han egentligen inte ville gå i öppenvårdsbehandling. Hans önskan var att få komma bort ifrån den miljö han befanns sig i, helst bli inlåst på ett ställe, men hänvisades istället till Return:

”...men jag ville inte ha någon öppenvård utan jag ville in på behandling på ett hem och det var tydligen väldigt svårt, efter vad jag begrep. Så jag tänkte jag kan väl prova det här i alla fall.”

3.4 Deltagarnas syn på behandlingens innehåll

I syfte att undersöka med vilka förväntningar deltagarna närmade sig behandlingen vid Return och hur de uppfattat innehållet i programmet, ställde vi frågor i direkt anslutning till att behandlingen började och slutade. Alla som började i Return uppgav initialt att de helt eller delvis trodde att behandlingen skulle kunna hjälpa dem att förändra sin livssituation. När vi frågade dem hur säkra de var på att Return skulle ge dem den behandling/hjälp de behövde svarade de allra flesta (84 procent) att de var mycket säkra eller ganska säkra på att så var fallet, medan resterande var mer osäkra. Drygt hälften (64 procent) uppgav att de ville sluta dricka alkohol helt och hållet medan en dryg fjärdedel (28 procent) ville minska sitt drickande eller få kontroll över det. När det gäller droger angav de allra flesta (83 procent) att de inte hade problem med droger och därför inte behöver förändra något, medan fyra personer uppgav att de vill sluta använda droger helt.

När vi i de kvalitativa intervjuerna bad deltagarna beskriva behandlingens innehåll så framkom betydande variationer. Flertalet uttryckte sig i positiva ordalag, medan någon tyckte att det varit *”för mycket lallande”* och *”ett jävla fjant”*. Vi har fått redogörelser av olika teman som tagits upp i behandlingen (t ex information

om missbruk), men även beskrivningar av gruppens betydelse och det viktiga i att ha tillgång till enskilda samtal. För flera deltagare har det innehållsmässiga, kunskapsförmedlingen av olika teman, varit väsentligt för att få en konceptuell ram kring missbruket och en förklaring till mer existentiella frågor av karaktären ”*varför man blivit som man är*”. Citaten nedan är två exempel hur två olika deltagare beskrivit Returns innehåll:

”Dels så fick man ju reda på vad som händer i kroppen, vilka skador man kan få. Det har man väl vetat om, en del av dem i alla fall, men sen just det här kemiska beroendet som jag inte hade nå’n aning om tidigare. ... Och det här att man träffar människor i samma situation mer eller mindre, får höra vad de varit med om. Man kanske kan få tips därifrån om hur man kan göra.”

”Vi hade ju teman varje dag som vi gick igenom olika punkter. Hur folk mådde, började vi med. Och olika känslor för varje dag. Annars var det temanpunkter, relationer... Ja, allting som, som ingår i den här kursen.”

Flera av deltagarna gav uttryck för gruppens betydelse och vikten av att få lyssna på andra i liknande situationer. Även en av de mer kritiska deltagarna uppgav att han påverkas av att lyssna på andras berättelser och att ”*det är väl alltid positivt att höra liksom även om det kanske är många tragiska grejer*”. De som var positiva till behandlingen i stort och till att den bedrivs i grupp, framhöll bland annat betydelsen av att deltagarna varit med om samma saker – att känna igen sig i känslan av att vara usel som människa och inget värd. I gruppen erbjöds, menade man, möjlighet till förståelse, utveckling och att börja växa som människa. En deltagare beskrev det på följande sätt:

”Man har inget att komma med. En gammal alkis, vad är det för någonting? Folk ser ner på en. Jag vågade inte titta folk i ögonen förrän jag hade gått på Return andra omgången, då när jag började komma och upp och må bra. Självförtroendet blev ju mycket bättre.”

Ett annat tema i de kvalitativa intervjuerna var huruvida deltagarna tyckte att de passade in i programmet. Alla, även de som var mer kritiska, uppgav att de tyckte att de passade in i Return och den grupp de deltog i. Några framhöll dock att det hade varit en fördel om alkoholister och narkomaner separerats och inte behövt gå i samma behandlingsgrupp, då alkoholister och ”pundare” har olika beteende:

”Möjligtvis så är det nog bättre om de är enbart alkoholister, tror jag. ... Beteendet som pundare har då, nervositet, dels då pratet, allting, och det här med alkoholen ”det är inga problem, det kan jag sköta hur lätt som helst alltså”.”

Ett flertal av de intervjuade uttryckte behov av stöd efter tiden i Return. De menade att åtta veckors behandling var en för kort tid för att de skulle ha fått med sig allt de behövde för att klara att leva nyktra. De satte därför hopp till den eftervårdsbehandling som var på väg att starta i samband med att intervjuerna genomfördes.

I de kvalitativa intervjuerna berättade deltagarna spontant, utan att vi specifikt ställt frågor, hur de sett på personalen i Return. Beskrivningarna har till övervägande del varit positiva och innefattat ord som ”engagerade”, ”kunniga” och ”stödande”. En av de intervjuade gav uttryck för sin syn på personalen och det stöd han fått av dem på följande sätt:

”Jag lovar dig alltså, dom är de absolut, jag lovar, dom, dom är mina mödrar båda två alltså. Dom är trevliga och dom hjälper till både de här små sociala bitarna, som de inte behöver hjälpa till egentligen...”

Det framfördes också kritik ifrån deltagarna, men den har i huvudsak berört brister av organisatorisk eller administrativ karaktär, till exempel att personalen i Return inte haft mandat att inhandla böcker som man önskade använda i behandlingen och att det varit för få anställda, vilket fått negativa konsekvenser för verksamheten.

3.5 Deltagarnas syn på behandlingens effekter

I den uppföljning vi gjorde direkt efter behandlingen ställde vi frågan om hur deltagarnas drickande hade utvecklats sedan de skrevs in i programmet. I Tabell 2 redovisas resultaten, uppdelat på samtliga inskrivna och på dem som fullföljde hela behandlingen.

Tabell 2. Förändring av drickande sedan programstart. Procent.

	Genomgått hela programmet	Hela den intagna gruppen
Ökat kraftigt	0	4
Minskat något	12	9
Minskat kraftigt	23	22
Slutat helt	65	65
n=	17	23

Av tabellen framgår att en klar majoritet uppgav att de slutat dricka helt medan huvuddelen av övriga sade sig ha minskat sitt drickande. En person som aldrig fullföljde behandlingen hade dock enligt egen utsago ökat sitt drickande kraftigt. Fem personer uppgav att droganvändandet minskat kraftigt eller att de slutat använda droger helt (en av dem var dock den deltagare som ökat sitt drickande kraftigt). På frågan om vad som bidragit till att drickandet och droganvändandet förändrats uppgavs en mängd olika skäl. I Tabell 3 nedan har vi samlat de viktigaste svaren, denna gång enbart för dem som fullföljt hela behandlingen.

Tabell 3. Vilka faktorer som bidragit till ändrat drickande. Procent.

Behandlingen på Return	88
Behandling på annat ställe	29
Eget beslut	82
Nytt umgänge med ej alkoholproblematiker	29
Blev trött på det tidigare livet	94
Förbättrad boendesituation	12
Annan omvälvande händelse	6
n=	17

Klienterna själva tillskrev å ena sidan sitt eget beslut (där att ha blivit trött på det tidigare missbrukarlivet kan sägas ingå som en viktig komponent) och å andra sidan behandlingen på Return det viktigaste inflytandet över de ändrade dryckesvanorna. Bland övriga nämnda orsaker framhölls också behandling på annat håll, förändrat umgänge samt förändrat boende.

Givetvis ser detta ut som ett mycket positivt utfall för behandlingen, men då måste två viktiga omständigheter beaktas. Den första är att uppföljningen är gjord nära inpå behandlingens avslut, vilket gör att vi inte vet någonting om utvecklingen över tid. Den andra, och i sammanhanget viktigaste, är att det är mycket svårt att med utgångspunkt från subjektiva skattningar avseende behandlingsinsatsers inverkan faktiskt uttala sig om reella effekter.

Vid sidan om frågorna om hur missbruket förändrats bad vi också deltagarna redogöra för hur de uppfattade personalen vid Return och innehållet i behandlingen. Här lät vi klienterna ta ställning till en serie påståenden och i Tabell 4 redovisas hur stor andel av klienterna (de som genomgått hela behandlingen som instämde i de olika påståendena).

Tabell 4. Andel som instämmer "helt och hållet" i olika påståenden om behandlingens innehåll. Procent (n=17).

Personalen var mycket professionell	88
Personalen förstod mig och brydde sig om mig	94
Personalen hade tillräckligt mycket tid för att hjälpa/uppmuntra	76
Personalen kom väl överens med varandra	88
Personalen gav mig tillräckligt stort inflytande över min behandling	94
Jag fick all hjälp jag behövde	70
Jag är nöjd med behandlingen i sin helhet	82
En del av den vård jag fick var inte anpassad för mig	12
Behandlingen borde ha fokuserat mer på annat än alkohol o droger	6
Jag behövde mer intensiv eller frekvent behandling	6

En klar majoritet uppgav att deras intryck var att personalen var mycket professionell, att personalen förstod dem och brydde sig om dem samt att personalen hade tid att uppmuntra och hjälpa dem. Två tredjedelar av deltagarna tyckte att de fick all hjälp de behövde i Return medan knappt två tiondelar uppgav att de delvis fick all hjälp de behövde. Endast tre personer ansåg att de inte fick den hjälp de behövde. Nästan 80 procent uppgav att de var nöjda med Return i sin helhet, medan resterande menade att de delvis var nöjda. Två personer sade dock att de skulle ha behövt mer intensiv eller frekvent behandling och fem personer att de delvis skulle ha behövt mer intensiv och frekvent behandling. När vi frågade om de skulle välja Return igen om de behövde behandling, även om andra valmöjligheter stod till buds, svarade de allra flesta (82 procent) ja-kande. När vi bad om en generell bedömning av den hjälp de fått i Return på en skala från ett (sämst) till fem (bäst) erhöll vi ett medelvärde på 4,26.

Också i de kvalitativa intervjuerna bad vi deltagarna att söka värdera vilken betydelse Return haft för dem. Variationen i svaren var här betydande. Några menade att själva innehållet i behandlingen varit det väsentliga, medan andra uppfattade detta som mindre betydelsefullt. De förra lyfte fram de inslag som handlar om att utbildna och förmedla kunskap om missbruket som viktigt. För dem handlade Return om att de fått insikt om sitt missbruk, hjälp att hantera sin livssituation och strategier för hur de skulle hantera sina liv. Kunskapen som förmedlas i behandlingen upplevdes därför som angelägen:

”Jag sög i mig alla verktyg och så första gången och jag var intresserad och alltihopa. ... Och sen när jag fick chansen att gå andra gången, då verkligen satte jag mig upp och lyssnade, kan man säga då. Jag tog till mig, för jag ville inte ha det här livet.”

Fler av de intervjuade beskrev hur de med hjälp av det de lärt sig i Return försökt utveckla strategier för hur de ska klara av att vara nykter och ta en dag i taget. De beskrev att de måste ersätta drogen

med något annat, vilket av svaren att döma verkade särskilt viktigt för dem som saknade familj och sysselsättning. I intervjuerna beskrevs hur de lärt sig att tänka kring risksituationer och hur de försökte hitta strategier för att minska riskerna att börja dricka eller använda droger. En kvinna beskrev hur hon fyllde dagen med att gå på AA-möten, lyssna på lunchmusiken i kyrkan och andra aktiviteter för att undvika att ”ta” återfall. En ung man berättade att han lärt sig vikten av att vara mätt för att minska risken att dricka eller använda droger. En man gav sinnesrobönen (en del av A.A:s 12-steps-behandling) som exempel på konkret hjälp som han fått i Return:

”... att man har fått lära sig att det, att ta en dag i taget, ta det lugnt. Sinnesrobönen till exempel, den kan hjälpa en rätt mycket ibland. I andra situationer också, inte bara när det gäller drickandet.”

En annan man redogjorde för vikten av att säga nej till första glaset alkohol en som exempel på konkret hjälp han fått att hantera sitt missbruk:

”Jag kommer ihåg vad de berättade för mig, vad man måste tänka: ”Säg nej till första glaset”. Det är faktiskt sant. Om jag tar en stor stark, det är väl inget tycker man så kan det sluta. Men det blir inte så, man fortsätter och fortsätter. Så dom har, det har dom faktiskt lärt mig, säga nej till det första.”

Andra berättade att behandlingen hjälpt dem på så sätt att relationerna till omgivningen förbättrats. Människor i deras omgivning såg att de förändrats och när de visade att de var nyktra påverkades relationerna positivt. Det gällde särskilt i förhållande till deras barn. För en kvinna innebar det att hennes vuxna son sökte upp henne och ville umgås med henne då han såg att hon var nykter. För en man hade nykterheten inneburit att han fick och kunde ta ansvar för sin minderåriga son och stötta honom. En kvinna beskrev dessutom att behandlingen fick positiva konsekvenser för arbetet och gav en möjlighet för henne att kunna behålla arbetet då hon uppvisade nykterhet.

Den bild vi fick från deltagarna själva är sammantaget mycket positiv. De flesta menade att de fått mycket hjälp inom ramarna för Return och de genomgående var mycket nöjda med personalens insatser och kompetens. De såg också Return som en betydelsefull komponent i den process i riktning mot minskat drickande som de uppger att de genomgått. Vi skall nu gå vidare med frågan om hur deltagarnas drogbruk utvecklats över tid.

3.6 Uppföljning över tid

En grundläggande ambition i vår studie av Return har hela tiden varit att söka följa utvecklingen av deltagarnas missbruk över längre tid och att jämföra detta utfall med motsvarande utfall för en matchad kontrollgrupp. Tillvägagångssättet och de komplikationer som uppstod har beskrivits närmare i Avsnitt 1.4. Svårigheterna att på förhand få till en kontrollgrupp som var matchad med avseende på framförallt graden av missbruk har dock gjort att utvecklingen i jämförelse med undersökningsgruppen är svår, för att inte säga i det närmaste omöjlig, att tolka på ett rättvisande sätt. Det handlar helt enkelt om två grupper som skiljer sig åt allt för mycket när det gäller missbrukets svårigheter eller, alternativt, var i ett missbruksförlopp de befinner sig.

Kontrollgruppen består i den följande redovisningen av 17, dvs. de i kontrollurvalet för vilka vi lyckats genomföra en ettårsuppföljning. Två tredjedelar av kontrollgruppens deltagare är män, medelåldern är 47 år och en övervägande andel (80 procent) är födda i Sverige. En relativt stor andel, drygt hälften, av kontrollgruppens deltagare har en endast grundskoleutbildning, medan en tredjedel har kortare eller längre akademisk utbildning. I Tabell 5 jämför vi kontroll och undersökningsgrupp i ett antal ytterligare socioekonomiska avseenden och hur dessa utvecklats över tid. Uppgifterna i tabellen är hämtade från ASI-intervjuerna.

Tabell 5. Förändringar i socioekonomiska förhållanden mellan första och tredje mättilfället. Deltagare som genomgått Return samt kontrollgrupp.

1:a mättilfället	Vanligaste yrket i livet	Vanligaste anställningsmönster 3 senaste åren	Huvudsaklig aktuell försörjning	Vanligaste familjeförhållande senaste 3 åren	Vanligaste aktuellt umgänge
Return (n=17)	Ej facklärd 6 % Facklärd 71 % Tjänsteman 23 %	Heltid 29 % Deltid 23 % FK, pension 6 % Arbetslös 41 %	Lön 18 % Soc bidr 47 % Pension, FK 23 % A-kassa 12 %	Endast partner 29 % Ensam 35 % Barn inkl ev part 23 % Föräld, släkt, vän 6 % Annat 6 %	Familj utan missbruk 53 % Vänner utan missbruk 12 % Vänner m missbruk 18 % Ensam 18 %
Kontrollgrupp (n=17)	Ej facklärd 18 % Facklärd 29 % Tjänsteman 47 % Företagare 6 %	Heltid 53 % Deltid 6 % FK, pension 18 % Arbetslös 23 %	Lön 53 % Soc bidr 12 % Pension, FK 35 %	Endast partner 23 % Ensam 35 % Barn inkl ev part 35 % Annat 6 %	Familj utan missbruk 59 % Vänner utan missbruk 18 % Vänner m missbruk 23 %
3:e mättilfället (Ettårsuppföljning)	...de senaste 6 mån	...de senaste 6 mån		...de senaste 6 mån	
Return (n=17)	Ej facklärd 18 % Facklärd 29 % Företagare 6 % Annat* 47 %	Heltid 24 % Deltid 12 % FK, pension 30 % Arbetslös 35 %	Lön 24 % A-kassa 6 % Soc bidr 29 % Pension, FK 35 % Andra källor 6 %	Endast partner 42 % Ensam 12 % Barn inkl ev part 29 % Föräld, släkt, vän 6 % Annat 12 %	Familj utan missbruk 53 % Familj m missbruk 6 % Vänner utan missbruk 23 % Vänner m missbruk 18 %
Kontrollgrupp (n=17)	Ej facklärd 6 % Facklärd 24 % Tjänsteman 35 % Företagare 6 % Annat* 29 %	Heltid 53 % Deltid 12 % FK, pension 23 % Arbetslös 12 %	Lön 47 % Soc bidr 18 % Pension, FK 35 %	Endast partner 29 % Ensam 29 % Barn inkl ev part 36 % Föräld, släkt, vän 6 %	Familj utan missbruk 71 % Vänner utan missbruk 23 % Vänner m missbruk 6 %

* Innefattar arbetslösa, ålderspensioner, sjukskrivna och personer med sjukbidrag.

Vid det första mättilfället uppvisar Returngruppen totalt sett en sämre arbetsmarknadsförankring än kontrollgruppen. Skillnaden kvarstår i allt väsentligt vid ettårsuppföljningen även om utvecklingen över tid tagit sig litet olika uttryck. Medan inkomster och anställningsmönster är relativt stabila för deltagarna i kontrollgruppen så har det i undersökningsgruppen skett en viss växling från socialbidragstagande till inkomster i form av sjukpenning och/eller pension. Sett till just detta finner vi med andra ord ingen entydigt

positiv utveckling bland dem som genomgått programmet, om vi inte väljer att tolka det faktum att man gått från försörjningsstöd till mer stabila försörjningsformer inom ramarna för socialförsäkringen som något positivt. Familjeförhållanden är relativt oförändrade över tid i bägge grupperna, även om andelen som sammanlever med barn ökat något bland Returndeltagarna. När det gäller missbruksrelaterat umgänge så har det inte heller skett några märkbara förändringar i undersökningsgruppen mellan mättillfällena. Här uppvisar kontrollgruppen en något mer positiv tendens.

I Tabell 6 visas hur missbruket av alkohol, skattat med AUDIT (se avsnitt 1.4) utvecklats mellan det första mättillfället och uppföljningen ett år senare.

Tabell 6 Förekomsten av alkoholproblem enligt AUDIT vid första samt tredje mättillfället. Procent.

Mättillfälle 1	Inga alkoholproblem	Måttliga alkoholproblem	Stora alkoholproblem	Alkoholberoende	Totalt
Return (n=17)	12	12	18	59	100
Kontrollgrupp (n=17)	47	29	12	12	100
Mättillfälle 3 (Ettårsuppföljning)					
Return (n=17)	47	24	12	17	100
Kontrollgrupp (n=17)	59	41	0	0	100

Ett övergripande intryck är att missbruket minskat i bägge grupperna över tid. Bland Returndeltagarna har andelen med en tydlig alkoholproblematik sjunkit kraftigt medan andelen som bedömts sakna alkoholproblem på motsvarande sätt ökat. Ett likartat mönster återfinns vi i kontrollgruppen, men där handlar det om rörelser på helt andra nivåer vilket, som vi påtalat tidigare, försvårar direkta jämförelser.

Hur skall då utfallet förstås? Den socioekonomiska utvecklingen ger oss överhuvudtaget ingen anledning att anta att behandlingen vid Return haft några avgörande effekter för deltagarna. Inkomster och arbete befinner sig på ungefär samma nivå vid uppföljning som

vid programstart och det missbruksrelaterade umgänget uppvisar inte heller någon tydlig förändring. När det gäller missbruket så har det, att döma av våra data, skett en märkbar förändring i önskad riktning. Detta skulle kunna tas som intäkt för att behandlingen haft effekt, men här finns det anledning att göra ett antal metodologiska reservationer. För det första så har vi i den beskrivna utvecklingen inte vägt in de personer som av olika skäl aldrig fullföljde behandlingen vid Return. Vi kan på goda grunder anta att dessa s.k. drop-outs generellt sett hade sämre motivation än de som stannade kvar i programmet. Det innebär att det kan ha skett en selektion av personer som oavsett behandlingen haft en hög beredskap att förändra sitt drickande. För det andra så sätts behandlingsinsatser av det slag vi studerat i regel in i ett skede när problemen är som mest omfattande för dem som berörs. Det innebär att vi vid varje tänkbart mättillfälle i framtiden kommer att finna att gruppen som helhet har det bättre än just vid den tidpunkt då behandling aktualiserades (detta gäller givetvis med reservation för att det inte föreligger någon långsiktig negativ trend). För det tredje så ger jämförelsen med kontrollgruppen, om vi tillfälligt bortser från de grundläggande problem som finns med matchningen, ingen anledning att tala om behandlings-effekter. Visserligen är rörelserna större i undersökningsgruppen, men eftersom andelen som har stora alkoholproblem eller kan klassas som alkoholberoende i kontrollgruppen når noll vid ettårsuppföljningen så är utrymmet för ytterligare förbättringar s.a.s. förbrukat och jämförelser av rörelsernas storlek meningslösa.

Viktigt att komma ihåg är att de reservationer som kan göras när det gäller utfallet inte betyder att det *inte* kan föreligga positiva effekter av behandlingen i Return. Över tid har det trots allt skett en förbättring bland dem som genomgått programmet och att döma av deltagarnas egna omdömen så har behandlingen haft en avgörande roll i detta avseende.

4. DISKUSSION OCH SAMMANFATTNING

Öppenvård utgör den dominerande insatsen inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården. Utbudet av olika modeller och arbetsätt är mycket varierat, men generellt kan sägas att metodutvecklingen inom socialtjänsten på många punkter avviker från den mer forskningsanknutna internationella missbrukarvården (Oscarsson 2000). Visserligen innehåller många svenska öppenvårdsprogram element från mer etablerade traditioner, men som helhet präglas utbudet av ad-hoc-lösningar och modeller där man eklektiskt lånat valda delar från annat håll. När det gäller pågående verksamhet inom öppenvården så handlar det med andra ord om verksamheter där vi – på nationell basis – vet mycket litet om såväl innehåll som behandlingsresultat. Utvärderingar på området är med andra ord ytterst påkallat.

I vilken utsträckning öppenvårdsprogrammet Return utgör en typisk eller ens särskild vanlig verksamhet inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården saknar vi underlag att med säkerhet uttala oss om. Vi har emellertid ingen anledning att misstänka att programmet med avseende på målgrupp eller innehåll skulle vara så speciellt eller avvikande att det helt faller utanför ramen för det generella utbudet. Med en försiktig gissning skulle vi vilja påstå att det i många avseenden är ett ganska typiskt öppenvårdsprogram, men att det innehåller ett antal särdrag som trots allt skiljer det från huvudfåran.

Verksamheten inom Return bygger på inslag hämtade från tolvstegsbehandling och kognitiv beteendeterapi. Basen utgörs av strukturerade möten i grupp tillsammans med inslag av individuella samtal. Programmet har förändrats över tid och under den period som vår utvärdering genomfördes skedde å ena sidan en nedkortning av behandlingstidens längd och å andra sidan en ökad betoning på inslag hämtade från kognitiv beteendeterapi. Vissa inslag har dock varit mer stabila. Ett sådant är intagningsförfarandet som syftar till att hitta personer som är lämpliga för behandlingen, att göra klienterna delaktiga i beslutet att gå in i programmet samt att

slussa vidare till annat stöd för dem som inte passar in. En annan stabil komponent är synen på missbruket som en sjukdom och vikten av att förmedla total avhållsamhet som den enda vägen att göra sig fri från det. Eftervård betonas också genomgående, även om de faktiska erbjudandena från Returns sida om sådana insatser varierat under utvärderingsperioden.

Deltagarna i Return utgörs i huvudsak av personer med alkoholproblem. De flesta saknar en fast förankring på arbetsmarknaden och en majoritet var vid tiden för behandlingens påbörjande beroende av socialbidrag för sin försörjning. Många hade dessutom en svår situation också när det gällde levnadsförhållanden i övrigt. Kontakten med Return hade för de allra flesta etablerats via remisser från socialläkarmottagningen eller socialtjänsten.

När det gäller behandlingens effekter så har vi i huvudsak två olika typer av material att utgå ifrån. Det första är klienternas egna utsagor avseende hur deras drickande utvecklats sedan de skrevs in i programmet. Det andra är uppgifter hämtade från ASI- och AUDIT-intervjuerna som beskriver socioekonomiska förhållanden och missbruk vid inskrivning och ett år efter avslutad behandling. Här har vi också sökt jämföra utvecklingen med en matchad kontrollgrupp.

Ser vi till klienternas egna utsagor så uppgav en klar majoritet att de slutat dricka helt medan huvuddelen av övriga sade sig ha minskat sitt drickande. Merparten hänförde förändringen till behandlingen på Return och till det faktum att man själv tröttnat på missbrukarlivet. Vidare menade de flesta att personalen var mycket professionell, förstod dem och brydde sig om dem. Vissa framhöll själva innehållet i behandlingen som det väsentliga och lyfte fram de inslag som handlar om att utbilda och förmedla kunskap om missbruket som särskilt viktiga. Andra ansåg att behandlingen hjälpt dem genom att relationerna till omgivningen förbättrats. Familj och vänner kunde se att de har förändrats och när de visade att de var nyktra så påverkades relationerna i positiv riktning.

På det hela taget så ger klienternas beskrivning av tiden i programmet och vad den betytt för dem en mycket positiv bild av verksamheten. Vi ser mycket få tecken på konflikter eller att deltagarna skulle ansett sig illa behandlade, flertalet tycks uppfatta behandlingen som adekvat och meningsfull och en majoritet inte bara beskriver en positiv förändring av sitt missbruk, utan menar också att Return haft en avgörande betydelse för detta. Ett problem när det gäller dessa utsagor är dock att de är gjorda relativt nära inpå behandlingens avslut och att vi därför inte vet så mycket om bestående effekter eller hur klienterna värderar behandlingen när de hunnit få mer distans till den. Ett annat problem är att det med utgångspunkt från klientomdömen och subjektiva skattningar är ytterst svårt att säga någonting om programeffekter eller vad i en behandling som varit verksamt. Positiva utsagor från klienterna kan delvis härröra från upplevd lojalitet med behandlingspersonalen, från osäkerhet avseende vem eller vilka utvärderarna representerar eller från en allmän ovilja att vara kritisk. Att säga att behandling haft effekt kan också vara ett sätt att för sig själv legitimera den tid och det arbete man lagt ned på att medverka i programmet. Detta till trots måste de understrykas att det betyg klienterna ger personalen och innehållet i Return är mycket gott. Det måste naturligtvis väga tungt i en värdering av en verksamhet som denna.

När det gäller uppföljningen över tid utifrån ASI- och AUDIT-data så kan vi konstatera att möjligheterna till säkra slutsatser också här är begränsade. I detta fall dock inte beroende på karaktären på våra data, utan för att vi helt enkelt misslyckades med att konstruera en fungerande matchad kontrollgrupp. Till viss del kan detta misslyckande möjligtvis skyllas på felaktiga vägval från vår sida. Vi hade, med facit i hand, kunnat ägna än mer arbete åt att kontrollera vilka som rekryterades till kontrollgruppen från de övriga kommunerna och vi hade genom att faktiskt försöka få en matchning med avseende på missbruk möjligen kunnat komma närmare än vad vi nu gjorde. Ett grundläggande problem här är dock att ett mer utvecklat matchningsförfarande hade krävt väsentligt mer av tid och resurser och att vi då hade varit tvungna att minska ambitionsnivån

i andra delar av studien. Något som kunde ha underlättat vårt arbete avsevärt hade varit om kommunerna ifråga vid tiden för studien löpande hade haft någon form av registrering av social situation och missbruk (t ex utifrån ASI och/eller AUDIT), som vi kunde ha utnyttjat i matchningsförfarandet.

Hur kan då förändringen över tid tolkas? Socioekonomiskt är utvecklingen vare sig positiv eller negativ. Klienternas inkomster och arbetsmarknadsdeltagande är vid uppföljningen ungefär på samma nivå som vid programstart och umgänget med andra missbrukare i stort sett oförändrat. Annorlunda förhåller det sig med alkoholmissbruket där det skett en mycket tydlig förändring i önskad riktning. De allra flesta för vilka vi lyckats genomföra uppföljningsintervjuer uppger att de minskat sitt drickande. Det väger naturligtvis positivt i en utvärdering av verksamheten. När detta sagts måste de ändå understrykas att på grund av bristande jämförbarhet med kontrollgruppen samt ett antal andra metodologiska skäl som diskuteras ovan så är denna till synes positiva förändring inte möjlig att säkert värdera.

Vilka slutsatser kan man då mer allmänt dra av denna utvärdering? Ur forskningssynpunkt har detta projekt snarast uppvisat en provkarta över de svårigheter och hinder man kan möta när man skall utvärdera verksamhet inom socialtjänstens individ och familjomsorg. Åtminstone om man skall genomföra en studie som baseras på ett kontrollgruppsförfarande. Vi har bland annat pekat på (1) bristande stabilitet i verksamhetens innehåll, som gör det svårt att veta vad det egentligen är man utvärderar, (2) de relativt få deltagarna i verksamheten, som gör det svårt att skapa experiment och kontrollgrupper av tillräcklig storlek för att kunna göra statistiska beräkningar samt (3) bristen på ingångsdata på klienter, som gör det svårt att i förväg få ett grepp om populationens sammansättning.

Det bör understrykas att en svårighet vi *inte* stött på är motstånd från personalen. Tvärtom, har vi mött samarbetsvillig personal som

hjälpit oss att samla in data och villigt delgett oss sina erfarenheter. Return utgör också ett exempel på en verksamhet där man ständigt sökt förnya sig, genom att pröva nya inslag och arbetsformer. Sådant kan förvisso försvåra utvärderingar och forskning, men det kan å andra sidan beskrivas som ett nödvändigt inslag i socialt arbete. Ytterligare en styrka hos Return som också varit till hjälp i utvärderingen är den relativt ingående skriftliga dokumentation som finns om verksamhetens innehåll och förändring över tid. På det sättet avviker Return positivt från mycket annan reguljär verksamhet inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg.

Avslutningsvis skulle vi vilja argumentera för att verksamheter av Returns typ systematiskt bygger in användande av den typ av undersökningsinstrument som vi gjort bruk av i utvärdering, i sin ordinarie verksamhet. Det gör vi mot bakgrund av att det är ett välkänt faktum att det finns stora brister i socialtjänstens vardagliga dokumentering av ingångsdata om missbrukare (och andra klientgrupper). Som vi ser det vore det relativt enkelt att via instrument som AUDIT eller ASI samla in data om klienterna. På så sätt skulle man kunna lägga grund till såväl egna uppföljningar av verksamhetens innehåll och resultat, som externa utvärderingar. Det vore också, menar vi, rimligt att intervjua klienter som genomgått verksamheter av Returns slag ett år efter att de genomgått programmet för att se hur det gått för dem och få ett grepp om hur de i efterhand värderar behandlingen. Sådana systematiska uppföljningar skulle sannolikt kunna förbättra verksamhetens innehåll på längre sikt, utan att vara alltför resurskrävande.

REFERENSER

Gyllenhammar, C. (2002). *Kognitiv psykoterapi vid missbruk och beroende*. Stockholm, PTA.

Jansson, I (2001). *Problem i sammanfattande mått i ASI*. Stockholm, Allmän SiS-rapport 2001:10.

Mäkelä, K, (2004). Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index, *Addiction* 99 (4), 398-410

Oscarsson, L. (2000). Den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1990-talet. I Szebehely, M. (red.). *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38, Stockholm, Fritzes.

Skogens, L (2006). Arbetsmarknadsstatus, krav och stöd – ensamstående bidragsmottagare med problematisk alkoholkonsumtion. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift*, 23, 211-227.

Socialstyrelsen (2005). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2004*. Stockholm, Socialstyrelsen.

Storbjörk, J. (2003). *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling*. SoRAD, Sthlms universitet.

Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.

CKP:Sthlm

Centrum för kunskapsutveckling i praktiken

Postadress:
FoU - Nordväst
SE-19186 Sollentuna

Besöksadress:
Tingsvägen 17B
Sollentuna

E-post
fou-nordvast@sollentuna.se