



Forsknings- och utveckling för socialtjänstens  
individ- och familjeomsorg i Stockholm nordväst

## **Implementering av Addiction Severity Index (ASI) i åtta kommuner i nordvästra Stockholm – erfarenheter & resultat.**

---

**Slutrapport från ett två-års projekt med medel från Länsstyrelsen.**

**Juni 2008**

## Förord

## Sammanfattning

Innehåll	Sid.
<b>1. Inledning och bakgrund</b>	6
<b>1.2. ASI-projektets sammansättning, innehåll och mål</b>	7
1.2.1. Sammansättning	7
1.2.2. Innehåll – utbildning	8
1.2.3. Mål & Motiv	10
<b>2. Syfte, frågeställningar &amp; metod</b>	11
<b>2.1. Metod &amp; Material</b>	12
<b>2.2. Tidsperioder &amp; Avgränsningar</b>	13
<b>3. Metoder – Utvärdering – Evidens. Och implementering?</b>	14
<b>3.1. Metod – inte alltid en avgränsad och väl definierad aktivitet</b>	15
<b>3.2. Det är väl bara att sätta i gång?</b>	16
<b>4. Instrumentet ASI – en kort presentation</b>	18
<b>4.1. Implementering av ASI – tidigare erfarenheter i Sverige</b>	21
4.1.1. Exemplet Jönköping och Nässjö	21
4.1.2. Exemplet Malmö	22
4.1.3. Exemplet Dalarna	23
4.1.4. Exemplet Rällsögården och Enheten för hemlösa	24
<b>5. Undersökningskommunerna och missbruksenheterna i Nordväst</b>	25
<b>5.1. Inledning</b>	25
<b>5.2. Kommunerna – Struktur och missbruksinsatser</b>	25
5.2.1. Kommunstrukturer	25
5.2.2. Missbruksdata	28
<b>5.3. Missbruksenheterna</b>	30
5.3.1. Organisation	30
5.3.2. Personalresurser	35
<b>5.4. Sammanfattning</b>	39
<b>6. Resultat av ASI-implementeringen i Nordväst</b>	40
<b>6.1. Inledning</b>	40
<b>6.2. Antal gjorda ASI, bortfall och öppnade utredningar under perioden</b>	40
<b>6.3. Baslinjeenkäten – våren 2006</b>	46
<b>6.4. Den uppföljande enkäten – hösten 2007</b>	48
6.4.1. Den uppföljande enkäten och implementeringen	50
<b>6.5. Intervju med Projektgruppen</b>	52
6.5.1. När utreder man inte med ASI och varför?	52
6.5.2. Inställning till ASI och dess användbarhet	54
6.5.3. Hur ska vi öka motivationen?	54
<b>6.6. Intervju med missbrukscheferna</b>	55
6.6.1. När utreder man inte med ASI och varför?	55

6.6.2. Inställning till ASI och dess användbarhet	56
6.6.3. Hur ska vi öka motivationen?	57
6.6.4. Planering för tiden efter projektet avslutats	58
<b>7. Diskussion</b>	<b>59</b>
<b>7.1. Inledning</b>	<b>59</b>
<b>7.2. Går implementering att mäta?</b>	<b>59</b>
<b>7.3. Organisationen, individen och tiden</b>	<b>60</b>
<b>7.4. Olika faktorerers betydelse för en verksam implementering – en checklista!</b>	<b>61</b>
7.4.1. Kartläggande faktorer	61
7.4.2. Organisatoriska faktorer	61
7.4.3. Individuella faktorer	62
7.4.4. Resurser och politiska faktorer	63
<b>Litteratur &amp; referenser</b>	<b>65</b>

## Förord

I åtta av Stockholms nordvästra kommuner – Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Upplands-Bro och Upplands Väsby – har *Nätverk Nordväst* verkat sedan 2002 för kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom socialtjänstens missbrukarvård. År 2005 bestämde man sig för att pröva ett gemensamt bedömningsinstrument, ASI, i missbruksarbetet i alla nordvästkommunerna. Standardiserade instrument och systematisk uppföljning av arbetet tänktes leda till verksamhetsutveckling, bättre insatser liksom ökad rättssäkerhet och samtidigt ge klienten/brukaren större inflytande

Nordvästkommunerna ansökte om och erhöll tillsammans med FoU-Nordväst medel från Länsstyrelsen i Stockholms län under två år för att införa och tillämpa ASI. En projektsamordnare har svarat för utbildning och metodstöd. En projektgrupp med en till två missbruksarbetare från varje kommun är central för genomförandet, genom att lokalt stödja införandet och användningen av ASI-instrumentet i kommunerna.

Föreliggande rapport är en studie av implementeringen av ASI i de åtta kommunerna. Rapporten bygger på data från kommunerna insamlade vid FoU-Nordväst, som bearbetats och sammanställts av Carina Gyllner, socionom och projektsamordnare. Arbetet med rapporten har följts dels av Nätverk Nordväst, dels av projektgruppen. Alexander Björk, socionomstudent vid Institutionen för Socialt Arbete/Socialhögskolan vid Stockholms Universitet, har medverkat både med datainsamling och rapportsammanställning. Delar av studiens resultat har presenterats i flera olika nationella sammanhang, bland annat via Institutet för Metodutveckling av Socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen..

Sollentuna i juni 2008

*Ann Palm*

FoU-chef

## **Sammanfattning**

År 2006 påbörjades implementeringen av Addiction Severity Index (ASI) i åtta av Stockholms nordväst kommuner. Projektet har samordnats av Forsknings – och Utvecklingsenheten (FoU) i Nordväst och medel för införandet har erhållits av Länsstyrelsen i Stockholms län (inom ramen för Vårdkedjeprojektet). Projektet har haft en varaktighet om två år och målet har varit att ASI skall utgöra en del av missbruksenheternas reguljära (utredande) arbete då projektet avslutas.

Denna rapport beskriver bland annat projektets sammansättning, innehåll och mål. Studien beskriver också kommunernas organisering av missbrukarvården och fokuserar på faktorer som personal – och chefsomsättning och förändringar i verksamheterna under projektiden.

I studien mäts också utfallet av implementeringen genom att jämföra antalet gjorda ASI-intervjuer med antalet öppnade utredningar under en avgränsad period om ett år. Utfallet visar att kommunerna använt ASI i något mindre än hälften av de utredningar som öppnats under mätperioden. Rapporten tar också fasta på i vilka ärenden som ASI-intervjun inte används och vilka skäl som anges då man inte utreder med ASI.

## 1. Inledning och bakgrund

I åtta av Stockholms nordvästra kommuner – Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Upplands-Bro och Upplands Väsby – har det sedan 2002 funnits ett nätverk som utgörs av socialtjänstens missbrukschefer. Nätverk Nordväst etablerades för kunskaps- och erfarenhetsutbyte och för gemensamma satsningar på kommunövergripande nivå. Sedan Forsknings- och utvecklingsenheten (FoU-Nordväst) inrättades år 2000 har Nätverk Nordvästs aktiviteter och möten i allt större utsträckning blivit en del av FoU-enhetens verksamhet. Även om missbrukscheferna utgör ett fristående nätverk, skilt från FoUs organisation, så ansvarar FoU för regelbundet sammankallande till möten och håller Nätverket uppdaterat med seminarier, föreläsningar och litteratur inom missbruksområdet. En person anställd vid FoU, med missbruk som specialområde, deltar också under Nätverkets möten och fungerar som en länk mellan kommunerna.

Under 2005 kom många av Nätverkets möten att handla om en eventuell satsning på ett gemensamt bedömningsinstrument för det utredande arbetet inom missbruksenheterna. Socialstyrelsen hade i en tidigare rapport (2004) pekat på nyttan med strukturerade och standardiserade bedömningsinstrument för systematisk uppföljning inom socialtjänstens alla områden. Med standardiserade instrument och möjlighet till systematisk uppföljning skulle verksamheterna utvecklas och insatserna förbättras. Rättssäkerheten ansågs öka och klienternas/brukarnas behov skulle tydliggöras och därav ge klienten/brukaren större inflytande i utvecklingen av det egna ärendet. Socialstyrelsens rapport visade också att det var inom missbruksarbetet som det i störst utsträckning redan förekom bedömningsinstrument av detta slag. I 35 procent av de 99 undersökta kommunerna användes någon form av bedömningsinstrument inom missbruksarbetet, jämfört med 20 procent inom Barn- och ungdomsvård och cirka 10 procent för övriga verksamheter (Försörjningsstöd, Funktionshinder och Äldre). På frågan om de anställdas inställning fann man också att det inom missbruksområdet fanns flest positiva till användandet av standardiserade bedömningsinstrument (a.a.).

De instrument som Nätverk Nordväst kom att diskutera – några av dessa hade redan testats i liten skala av vissa kommuner – var bland annat: Dokumentation och utvärdering inom missbrukarvården (DOK), Addiction Severity Index (ASI), Alkohol Drog Diagnos Instrument

(ADDIS), Integrerad Utvärderingsmetod (IUS) och Monitoring Area and Phase System (MAPS).

Missbrukscheferna inom Nätverk Nordväst beslutade, i slutet av år 2005 att ASI var det instrument som bäst kunde uppfylla verksamheternas behov av enhetlighet, rättssäkerhet och brukarinflytande. Instrumentet ansågs ge tillbörlig information och möjlighet till systematisk uppföljning på både individ och gruppnivå. Instrumentet bedömdes därför lämpligt som underlag för verksamhetsutveckling – på lång sikt. I initialskedet beslutades också att tillämpa MAPS<sup>1</sup> som en del av arbetet med den information som erhålls genom ASI-intervjun. Senare beslutade dock styrgruppen att låta MAPS vila. Bedömningen var att ASI krävde ytterligare förankring inom verksamheterna innan en ny metod infördes och tillämpades.

Tillsammans med FoU-Nordväst ansökte kommunerna hos Länsstyrelsen om medel att införa och tillämpa ASI. Ansökan presenterades och godkändes av FoUs styrgrupp som utgörs av en förtroendevald från kommunernas socialnämnd/-utskott samt en förvaltningschef för Individ – och familjeomsorgen IFO (motsvarande) från varje kommun. Ansökan avsåg en period om två år och omfattade utbildningar i ASI-intervjun och externt metodstöd genom projektets samordnare. Avsikten var att ASI skulle tillämpas som en del av det reguljära arbetet inom missbruksenheterna efter projektidens slut. Länsstyrelsen beviljade medel inom ramen för regeringens satsning på väl fungerande vårdkedjor och projektet startade i januari 2006.<sup>2</sup>

## **1.2. ASI-projektets sammansättning, innehåll och mål.**

### *1.2.1. Sammansättning*

I inledningsskedet anställdes en samordnare som skulle ansvara för utbildningarnas upplägg och utgöra stöd och support i alla ärenden som avsåg ASI. En styrgrupp utsågs att ansvara för det fortlöpande arbetet. Under första verksamhetsåret utgjordes styrgruppen av missbrukschefer från tre av kommunerna men under verksamhetsår två beslutade man att alla kommuner inom Nätverk Nordväst skulle vara representerade. Att styrgruppens sammansättning förändrades handlade om smidighet och enkelhet. Då kommunerna gemensamt ägde projektet fanns där ett

---

<sup>1</sup> Monitoring Area and Phase System (MAPS) är en metodik för klient – och verksamhetsbeskrivning och ett komplement till t.ex. ASI-intervjun. Metoden består av tre klientformulär och ett verksamhetsformulär och används bl.a. för att bedöma klientens motivation och förändringsprocess inför och under behandling.

<sup>2</sup> För mer information om Länsstyrelsen bidrag till Vårdkedjeprojekt se;  
[http://www.ab.lst.se/upload/dokument/sociala\\_fragor/ovrigt/Katalog%20Vardkedjor%202005.pdf](http://www.ab.lst.se/upload/dokument/sociala_fragor/ovrigt/Katalog%20Vardkedjor%202005.pdf)

självlärt intresse att vara delaktiga i beslut och hålla sig uppdaterade med utvecklingen. Styrgruppen/Nätverk Nordväst har under projekttiden haft en omsättning av medlemmar på ungefär 50 procent.

ASI-projektets *verkställande* del utgörs av de medarbetare från fältet som bildat ”Projektgruppen” tillsammans med samordnaren. Under utbildningarna i ASI identifierades ett antal personer som hade ett uttalat intresse att mer aktivt delta i projektet och utgöra stöd och support i den egna kommunen. Varje kommun har representerats av en eller två personer och gruppen har bestått av mellan tio till tolv personer totalt. Dessa personer har fungerat som en länk mellan projektets samordnare och övriga medarbetare i kommunerna och bland annat ansvarat för att information nått ut och förankrats. Projektgruppen, som har träffats regelbundet under de två åren, har också gjort gemensamma överenskommelser när det gäller vissa skattningar och frågor i ASI-intervjun. Även i projektgruppen har medlemsomsättningen varit cirka 50 procent.

### *1.2.2. Innehåll - utbildning*

Ganska snart efter projektstart genomfördes tre halvdagsträffar för missbrukscheferna med två ASI-utbildare/handledare från Institutet för utveckling av Metoder i Socialt arbete (IMS). Under dessa möten, som snarast kan betraktas som en introduktion i metodimplementering, formulerade missbrukscheferna sina motiv till varför man ansåg att ASI skulle bidra till att utveckla arbetet och komma klienterna till nytta. Med dessa motiv som underlag blev sedan nästa steg att formulera en genomförandeplan. Genomförandeplanen antogs sedan av styrgruppen och har varit det dokument som styr projektets inriktning och innehåll. Det man enades om avsåg dels att fastställa rutiner i användningen av ASI intervjun och dels att underlätta implementeringen. Genomförandeplanen sammanfattades i nio punkter:

- ASI intervjun ska genomföras i *alla nyöppnade ärenden* (nya ansökningar och nya anmälningar).
- Medarbetarna genomför intervjun men chef och/eller ledning har det yttersta ansvaret för att ASI intervjuer genomförs på arbetsplatsen.
- Medarbetarna kan träna färdighet och vana genom att i inledningen av projektet intervjua i pågående ärenden.
- ASI intervjun ska fungera som ett utredningsunderlag och därför genomföras tidigt i ärendet. Vid andra, max tredje träffen bör ASI intervjun genomföras.



- Interna handledare skall utses i varje kommun. Dessa skall ges extra utbildning och sörja för stöd och support på hemmaplan.
- Uppföljningsintervjuer *ska* genomföras senast sex månader efter grundintervjun eller efter avslutad insats. System för att söka klienter som ej längre är aktuella har upparbetats och ska följas.
- Ett gemensamt system för hantering av bortfall har upparbetats och ska följas.
- Socialnämnderna i de åtta nordvästkommunerna skall informeras om det pågående projektet. Åligger missbrukscheferna att finna och föreslå tider för detta. Åligger projektledaren att genomföra informationsmöten.
- Åligger projektledaren att under projekttiden genomföra gruppsammanställningar och återkoppla till medarbetarna.

I genomförandeplanen angavs inte *vilka* personer inom kommunernas missbrukssektioner som förväntades genomföra utbildningen i ASI. Däremot diskuterades frågan på ett Nätverksmöte strax innan projektstart. Under detta möte enades man om och beslutade sedermera att samtliga socialsekreterare med handläggande arbetsuppgifter samt personal (behandlare) inom den kommunala beroendevården skulle beredas plats på utbildningarna. Man enades också om att de medarbetare som eventuellt tidigare hade erhållit utbildning i ASI skulle delta på kurserna. Syftet var att betona och understryka att projektet var en kommungemensam satsning och att metoden, ASI-intervjun, i någon mån skulle komma att beröra alla personalgrupper inom missbrukarvården. Genom en övergripande ansats avsåg man att underlätta tillämpningen och öka motivationen att använda metoden. I de kommuner där öppenvårdsmottagningarna erbjuder s.k. öppet intag<sup>3</sup> hade man också visat intresse att använda ASI-intervjun i klientarbetet och valde därför att låta utbildningarna omfatta även de personer som inte specifikt arbetade med utredningar.

Under projektets första år genomfördes tre utbildningsomgångar. Totalt 64 personer påbörjade kursen och 62 fullföljde utbildningen i ASI. Under projektets andra år fanns behov av ytterligare utbildning med anledning av den personalomsättning som skett och 17 personer genomförde en fjärde utbildningsomgång. Under projekttiden, 2006-01-01 – 2007-12-31, har följaktligen 79 personer utbildats i ASI.

---

<sup>3</sup> Med ”öppet intag” avses här en kommunal eller integrerad öppenvårdsmottagning där klienten kan erhålla stöd och/eller behandling utan krav på remiss från myndighet (eller landstingets beroendevård). Se vidare i kapitel 5 om kommunernas organisering.

### 1.2.3. Mål & Motiv

I ansökan till Länsstyrelsen formulerades generella och övergripande mål. Där framgår att det primära syftet med att införa och tillämpa ett strukturerat bedömningsinstrument för kartläggning och uppföljning av klienter inom missbruksvården var att i ett första steg få kunskaper om klienterna inom var och en av de åtta kommunerna. I ansökan anges att kartläggning av målgrupp och inventering av klienternas behov utgör det huvudsakliga motivet för införandet av instrumentet. I nästa steg hade man som mål att använda informationen som erhöles för att undersöka möjligheter till samarbete mellan kommunerna i frågor som ansågs angelägna, som exempelvis olika boendeformer. På längre sikt planerade man att upprätta system för att i någon mån kunna mäta eller säga något om utfallet efter olika behandlingsinsatser på individ och gruppnivå. Den huvudsakliga avsikten med att införa ASI var att bättre bistå människor i behov av stöd och hjälp med missbruksproblem.

Under utbildningsdagarna för missbrukscheferna konkretiserades, som tidigare nämnts, motiven till *varför* man hade för avsikt att införa och tillämpa en ny metod. Det bör dock påpekas att det i sammanhanget inte genomfördes någon gemensam genomgång av befintliga utredningsmetoder eller handlägningsförfaranden. Tonvikten låg snarare på att göra bättre bedömningar, att erhålla en bättre grund för beslut om insats, en möjlighet till verksamhetsplanering och verksamhetsutveckling. Tanken var också att utveckla en plattform för det gemensamma språket och skapa enhetlighet i utredningsarbetet (rättssäkerhet). Detta kan implicit betraktas som att det fanns ett behov att förändra rådande arbetssätt. Som motiv angavs också att metoden skulle öka klientens delaktighet i utredningen. Man ansåg också att den skulle bidra till att höja det utredande arbetets status liksom arbetet inom missbruksvården generellt. Andra skäl som angavs var att metoden, eller snarare den information som man erhöles genom att använda den, kunde öka möjligheterna att ställa krav på kommunernas politiker. Den information som man framgent skulle komma att erhålla bedömdes också kunna utgöra ett bra forskningsunderlag - för jämförelser över tid och mellan olika verksamheter.

Genomförandeplanen har varit det dokument som legat till grund för arbetet med implementeringen av ASI. I denna formulerades inte uttryckligen vem eller vilka som i första hand förväntades genomföra ASI. Inga överenskommelser gjordes heller vad det gäller delmål av typen förväntat antal genomförda ASI intervjuer i förhållande till utredningar eller i förhållande till beslut om insats. Man valde istället att formulera en mer generell ansats så som

anges i punkten ett ovan - ”ASI intervjun ska genomföras i alla nyöppnade ärenden” . Denna punkt kan tolkas som en precisering av målformuleringen som återfinns i ansökan. Där framgår att ”..socialarbetarna ska börja använda instrumentet i praktiken [...] i stort sett med alla klienter inom primärkommunal missbrukarvård[...] ASI intervjun ska vara en självklar del av missbruksarbetet inom kommunerna”

Målsättningen med implementeringen kan tolkas som att man avsåg att ASI intervjun skulle utmärka och prägla arbetet inom missbruksenheterna efter genomförd utbildning i så *hög utsträckning som möjligt*. Man beslutade senare gemensamt om två begränsningar i användandet. Den ena begränsningen innebar att om klienten avböjde intervjun så skulle denna naturligtvis inte genomföras. Det andra undantaget inbegrep de ärenden där socialarbetaren ansåg att intervjun inte gick att genomföra av en eller flera orsaker. Det kunde t.ex. handla om klienter med psykiska problem som man upplevde hade svårigheter att förstå frågorna eller avsikten med intervjun. Vid dessa tillfällen, då ASI-intervjun inte användes, beslutade man att socialarbetaren skulle fylla i en bortfallsblankett. Blanketten skulle i någon mån fungera som underlag för beskrivning av hela målgruppen och ge indikationer om i vilka ärenden ASI-intervjun kunde betraktas som olämplig.

## **2. Syfte, frågeställningar & metod**

I föreliggande rapport behandlas de mål som rör införandet av ASI och faktorer som kan ha påverkat införandet under projekttiden. Syftet är att undersöka i vilken utsträckning medarbetarna använder ASI-intervjun så som förutsattes i genomförandeplanen. Avsikten är också att undersöka vad som kan utgöra svårigheter respektive främja implementeringen av en ny metod.

De frågor vi har arbetat med i denna implementeringsstudie är följande:

- Används ASI-intervjun i den omfattning som kommunerna gemensamt beslutat?
- När ASI-intervjun inte används – vilka skäl redovisas?
- Vad, under projekttiden, upplevs som hindrande respektive främjande komponenter då en ny metod har införts och ska tillämpas?

## 2.1. Metod & Material

För att kunna besvara ovanstående frågor har vi i denna studie arbetat med och sammanställt material från fyra olika källor. Studiens resultat bygger på både kvantitativa och kvalitativa data.

I inledningen av projektet fick FoU-enheten tillgång till en databas där alla kommuners inmatade ASI-intervjuer lagras i avidentifierad form. I databasen kan vi enkelt ta fram antalet genomförda intervjuer under projekttiden och jämföra dessa med kommunernas egna data över antalet öppnade ärenden. Den informationen som vi erhållit från databasen (antal gjorda ASI-intervjuer) och kommunernas uppgifter om antalet öppnade ärenden har sedan utgjort underlag för övrigt val av metod i implementeringsstudien.

För att kunna beskriva missbrukarvårdens organisering i de olika kommunerna har vi genomfört kartläggande intervjuer med enheterna. Vid dessa intervjuer har vi utgått ifrån ett strukturerat frågeformulär för att öka jämförbarheten avseende sådant som ärendegång, tjänster och funktioner. Vid intervjuerna har missbrukscheferna, samordnare/1:e socialsekreterare (eller liknande) samt handläggare och/eller behandlande personal deltagit.

Innan utbildningsstart skickade vi ut en kortfattad enkät till samtliga medarbetare i kommunerna (inom missbruksenheterna) med frågor rörande erfarenhet och tidigare utbildning i ASI. Denna enkät följdes sedan upp i slutet av projektet med ett utökat antal frågor rörande förekomst av användning av ASI och erfarenheter runt själva implementeringsprocessen. Svaren från enkäten sammanställdes och fungerade som underlag för frågeformulering vid två gruppintervjuer.

Gruppintervjuerna genomfördes med Projektgruppen för ASI samt med Nätverk Nordväst (missbrukscheferna). Med vetskap om andelen genomförda ASI-intervjuer jämfört med antalet öppnade utredningar fokuserade vi på orsaker till varför och när ASI-intervjun inte gjordes med klienterna. Frågorna rörde också inställning till instrumentet och vad som eventuellt skulle kunna öka motivationen till att använda det i arbetet. Syftet var att få en fördjupad bild av skälen till varför och i vilka sammanhang man valde att inte använda instrumentet.

## 2.2. Tidsperioder & Avgränsningar

Den 4 september 2006 genomförde den tredje och sista gruppen sin uppföljande dag i ASI-utbildningen. Från denna dag var alla medarbetare utbildade i metoden och klara att påbörja arbetet med ASI i kommunerna. Kommunernas fördelning var relativt spridd under de tre utbildningsomgångarna (20 – 22 personer i varje grupp) med undantag för Solna där alla medarbetare gick den tredje och sista kursen.

Föreliggande studie omfattar två tidsperioder. När vi har undersökt personalomsättning, organisationsförändringar och enheternas funktioner har vi bett om uppgifter som rör hela perioden för projektet, dvs. fr.o.m. 2006-01-01 t.o.m. 2007-12-31. Jämförelsen av antalet öppnade utredningar med genomförda ASI-intervjuer omfattar en period om ett (1) år med start 2006-09-05 och slutdatum 2007-09-05. Tidsperiodens utsträckning har att göra med att samtliga vid detta slutdatum var utbildade och färdiga att använda metoden.

Vi har valt att titta på antalet genomförda grundintervjuer och lämnat uppföljande intervjuer därhän i denna studie. Anledningen är att vi under studiens mätperiod inte kan räkna med att man i nordvästkommunerna har haft möjlighet att genomföra något större antal uppföljande ASI-intervjuer då dessa tidigast bör ske sex månader efter grundintervjun.

I avsnittet som rör organisationerna uppskattas ärendebelastningen per handläggartjänst i kommunerna. Här har vi räknat med alla öppnade ärenden under perioden även om dessa: 1) berör en och samma individ en eller flera gånger under perioden och 2) inkluderar utredningar som föranletts av begärda yttranden (körkortsyttanden). När vi sedan jämför antalet genomförda ASI-intervjuer med antalet öppnade utredningar för perioden har vi bortsett från utredningar som specifikt handlar om yttranden. Anledningen till detta är helt enkelt att man i kommunerna har gjort mer eller mindre informella överenskommelser att inte använda ASI-intervjun vid begärda yttranden. I jämförelserna har vi också tagit hänsyn till *unika individer* under ettårsperioden. Vi har utgått ifrån att man endast undantagsvis genomför två ASI-grundintervjuer på en och samma individ om klienten återkommer inom ett år. Vanligast är att man använder informationen som erhöles vid första ASI-intervjun och eventuellt reviderar informationen i samråd med klienten eller genomför en uppföljande ASI-intervju.

### 3. Metoder → Utvärdering → Evidens. Och implementering?

Evidensbaserat socialt arbete är ett begrepp som idag är tämligen välbekant på de flesta enheter inom socialtjänstens individ – och familjeomsorg. Sedan ett tiotal år tillbaka har begrepp som kunskapsbaserat socialt arbete, evidensbaserad praktik och evidensbaserade metoder använts flitigt (och mer eller mindre synonymt) inom delar av det sociala arbetet.<sup>4</sup> Företrädare menar att man genom ökad evidens – vetenskap och beprövad erfarenhet – vinner kunskaper om vilka metoder och insatser som är verkningsfulla för människor i utsatta positioner och vilka interventioner som är ineffektiva eller till och med skadliga. Andra menar till försiktighet och menar att det finns en risk att endast det mätbara kommer att ha något värde och att vi därigenom förlorar den helhetssyn som annars präglar relationen mellan socialarbetare – klient, det som händer i ”mötet” och som inte är mätbart (se t.ex. Månsson 2001).

Innan evidensbegreppet etablerades som ett strävandemål för det sociala arbetets (framtida) utveckling väcktes insikten om behovet av väl genomförda utvärderingar inom området socialt arbete. Regeringen gav under tidigt 90-tal i uppdrag åt Socialstyrelsen att utreda hur behovet av vetenskapligt grundade utvärderingar av metoder och insatser inom IFO skulle tillgodoses (Socialdepartementet, 1991). I kölvattnet av detta uppdrag etablerades Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS). På CUS agenda stod bland annat sammanställningar av utfall för olika metoder och insatser, spridning av utvärderingsresultat, att verka som kunskapscentrum gällande utvärderingar av metoder i socialt arbete och att verka för genomförande så att förändringar kan ske till bättre och mer effektiva metoder. Problemet, som man uppmärksammade ett par år senare, var att det inte fanns särskilt mycket att sammanställa eller sprida. Det fanns helt enkelt för få utvärderingar med tillräcklig vetenskaplig tillförlitlighet för att man skulle kunna uttala sig om ifall det fanns arbetsätt eller metoder som var att föredra framför andra (Bergmark, A. & Lundström, 2006). Insikten utmynnade så småningom (1999) i regeringsuppdraget *Nationellt stöd till kunskapsutveckling i praktiken* som var en långsiktig satsning på en hållbar och varaktig utveckling mot en kunskapsbaserad socialtjänst. I denna satsning inkluderades nu också ett brukar – eller klientperspektiv på ett sätt som tidigare inte varit aktuell i diskussionen. Uppdraget syftade till att stimulera forskning, utveckling och utvärdering som skulle bidra till ökad kunskap om de sociala insatsernas nytta för den enskilde. Den enskildes – klientens/brukarens – egna erfarenheter och kunskaper om sin situation och om vilket stöd eller hjälp som han/hon var i behov av skulle vara vägledande vid metod- och

---

<sup>4</sup> Se t.ex. Tengvald, K i SoS-rapport, 2003; Bergmark, A. & Lundström, T. Socialvetenskaplig Tidsskrift, 2006:2, ; Oscarsson, L i Socionomen 2006:4.

behandlingsval. Brukarmedverkan och brukarinflytande kom därför att utgöra den tredje komponenten i det som nu är utmärkande för en evidensbaserad praktik. Övriga delar utgörs av professionen (praktiken) och forskningen (vetenskapen). Det finns naturligtvis en hel del problem och dilemman - teoretiska, praktiska, etiska och metodologiska – som är förenliga med en till fullo utvecklad evidensbaserad praktik men vi har inte för avsikt att utveckla den diskussionen vidare i denna studie. I fokus för undersökning står emellertid en av komponenterna i det som bidrar till att forma en evidensbaserad praktik, nämligen metod eller insats (och då närmast *införandet* av densamma). När vi mäter utfallet för klientgrupper eller individer ställer vi detta i relation till något som har skett (eller inte skett) och då vanligtvis till en aktivitet (metod/insats/intervention) som är avgränsad och väl definierad. För att överhuvudtaget kunna uttala sig om ifall det ena eller andra arbetssättet anses mer lyckosamt (eller har den motsatta effekten) måste vi pröva olika metoder för att därefter mäta insatsens utfall och betydelse för den enskilde. Efter tillräckligt många prövningar, med tillräckligt många och olika sammansatta testgrupper kan vi närma oss möjligheten att erbjuda insatser som för tillfället framstår som ”.. *den bästa tillgängliga kunskapen i syfte att befrämja klienternas välfärd*” (Bergmark, Å. & Lundström, T., 2007, s. 6).

### **3.1 Metod – inte alltid en avgränsad och väl definierad aktivitet.**

Mycket förenklat kan det arbete som bedrivs inom socialtjänsten sägas omfatta två steg; bedömning och insats. I *bedömnings – eller utredningsfasen* skaffar man sig ett tillförlitligt underlag för att kunna bedöma vilken typ av insats som är lämplig för just den specifika klienten i hans/hennes livssituation och med hans/hennes funktionsförmåga. I *utförandefasen* ska sedan den beslutade insatsen utföras på det sätt och med det innehåll, som beslutet om insatsen avsåg (Socialstyrelsen, 2003). Inom dessa två faser finns en mängd olika metoder (eller arbetssätt) att förhålla sig till.

Det finns metoder som har en bestämd struktur och en tydlig avgränsning och det finns organisationsformer av arbetet som i sig kan betraktas och uppfattas som metoder men som i själva verket baseras på teorier om egenskaper, tillstånd och struktur. Exempel på det förstnämnda (som företrädesvis förekommer inom missbruksområdet) är diagnostiska instrument som ASI, DOK och ADDIS.<sup>5</sup> Exempel på det sistnämnda kan vara nätverksarbete

---

<sup>5</sup> En motsvarande arbetsmetod inom området barn/ungdom – och familj (med hänvisning till struktur och avgränsning) som just nu introduceras brett inom IFO är Barns Behov I Centrum (BBIC). BBIC är dock inte en

och systemteori och föranleder inget tydligt definierat och enhetligt arbetssätt. Metodbegreppet är inte ett helt igenom enkelt koncept inom det sociala arbetet. ”..gränsen mellan organisatoriska lösningar och vad som kan betraktas som metoder är ofta otydliga” (Bergmark, Å. & Lundström, T., 1998 s. 293). Verksamheter med specialistkompetens tycks ha större förutsättningar att arbeta med avgränsade metoder emedan verksamheter som arbetar med flera målgrupper inom samma enhet, s.k. generalistkompetens, inte har samma metodtäthet (vanligast på mindre orter).

När man beslutar att införa och använda sig av en specifik metod, inom ett specifikt område och med en bestämd målgrupp bör man ta hänsyn till fler faktorer än vad som rör den aktuella metoden. Metodens aktualitet och lämplighet för den specifika enhetens målgrupp och de behov som föreligger i relation till tidigare arbetssätt är av vikt då val av metod ska göras. Implementeringskomponenter hanterar *på vilket sätt* som metoden smidigast införlivas i organisationen och *hur* man ska gå tillväga för att förändra rådande arbetssätt.

### **3.2. Det är väl bara att sätta i gång?**

I en tidig artikel, i samband med etablerandet av CUS, diskuterades behovet av ett tydligare fokus på vad som händer i ”glappet” mellan mål och resultat (Bergmark, 1993). Genom att studera vad som sker i *processen* vid införandet av metoder lär vi oss också något om vilka organisatoriska förutsättningar som krävs för att vi ska uppnå de resultat som eftersträvas. Organisationens historia, struktur och de överväganden som görs kommer att prägla utfallet vid införandet, oavsett metodens stabilitet och tillförlitlighet. Ett *implementationsperspektiv* bör därför tillföras vid utvärdering av metoder i socialt arbete (a.a. s. 29). En i grunden väl fungerande metod kan felaktigt framstå som verkningslös om implementeringen misslyckas varför det är av vikt att beakta och ta hänsyn till de komponenter som specifikt är knutna till införandeprocessen.

---

metod för utredning och bedömning utan ger en grundstruktur för att utreda, planera och följa upp insatser (Socialstyrelsen, 2008).



Vad betyder då implementering? Det finns ett antal definitioner som ganska tydligt beskriver vad det handlar om (ur: Guldbrandsson, 2007):

- En sammansättning specifika aktiviteter som har till syfte att få en ny metod eller ett nytt program med kända aspekter att bedrivas i ordinarie verksamhet.
- Aktiva och planerade ansträngningar för att en ny metod ska användas som ordinarie metod i en organisation.

Eller mycket kortfattat:

- Att införa och sätta i bruk nya idéer.

Under senare år har man i större utsträckning kommit att uppmärksamma det faktum att det inte alltid finns ett linjärt samband mellan *beslut* om att införa en metod och *förverkligandet* av metoden inom den verksamhet som är satt att använda den (Johannesson, 2007). Det räcker med andra ord inte att erbjuda anställda att genomgå utbildning och sedan förvänta sig att metoden skall fungera som en del i det reguljära arbetet så snart dom är tillbaka på arbetsplatsen. En viktig faktor som har betydelse i sammanhanget är förstås *tid*. Tid för utbildning, tid för träning och acceptans för den tidsåtgång som den nya metoden i initialskedet tar i anspråk. Andra komponenter är *vilja, förståelse* och *kunskap*.<sup>6</sup> Det måste finnas ett formulerat behov av en förändring och verksamhetens medarbetare måste besitta en vilja att ta till sig den nya metoden. Förståelse och kunskap skall finnas på olika nivåer inom verksamheten. Användare av metoden skall förstå dess innebörd och syftet med användningen. För detta måste man erhålla kunskap om metoden genom utbildning och information. Det är också en fördel om man på ledningsnivå har kunskaper om metoden som ska införas och förståelse för att det i initialskedet sannolikt tar extra tid i anspråk. På ledningsnivå bör man också ha förståelse och kunskap om vilket stöd som användarna kan vara i behov av under implementeringsprocessen (Guldbrandsson, 2007).

Ovanstående element är betydande då en ny metod skall införas och tillämpas men det krävs fler faktorer för att få till stånd en lyckad implementering. För det första måste metoden vara relevant och ha synliga fördelar. Metoden måste stämma överens med rådande individuella, organisatoriska och professionella värderingar, normer och arbetssätt. Den måste vara lätt att använda och användarna bör ges en tidsbestämd ”testperiod”. Metoden bör ganska snart ge synbara resultat. Det är naturligtvis svårt med hälsofrämjande metoder då dessa sällan ger

---

<sup>6</sup> För en utförligare beskrivning av dessa komponenter som har betydelse för en lyckad implementering se t.ex. Alexandersson, (2006), Johannesson, (2007) eller Guldbrandsson, (2007).

snabba resultat men kan under implementeringsperioden lösas genom t ex enkla utvärderingar av vad deltagarna tycker om metoden. Anpassningsbarhet är också en faktor som har betydelse för implementeringen. När en metod introduceras är det inte ovanligt att man avsatt tillräckliga resurser för en viss period men att dessa upphör efter en tid då man räknar med att metoden skall vara ”färdigintroducerad”. Det måste därför finnas en beredskap för lokal anpassningsbarhet då resurserna är mindre, att metoden etableras utifrån lokala förhållanden och förutsättningar utan att man förändrar grundkonceptet (Alexandersson, 2006; Guldbbrandsson, 2007).

Inte sällan etablerar man en projektgrupp inför en metodimplementering och formulerar en projektplan där ovanstående faktorer i varierande utsträckning beaktas. Projektplanen bör innehålla en idé om utvärdering, mål och delmål, planering för återkoppling, planering av stödresurser och framförallt en planering för eftervård (Johannesson, 2007). Projektgruppens konstellation och verksamhet har också betydelse för utfallet av implementeringen. Om projektgruppen är specialkomponerad och åtskild från den ordinarie organisationen med en extern projektledare tycks detta öka kreativiteten och gruppdynamiken, men gruppen kan ha svårt att implementera sina erfarenheter i ordinarie verksamhet. Om gruppen utgörs av det ordinarie arbetsteamet med t ex enhetschefen som projektledare tenderar arbetet att vara mindre kreativt men med något större möjligheter att implementera det framkomna i den ordinarie verksamheten (a.a.).

Implementeringen främjas också av en kombination av ett *bottom-up* – och *top-down*-perspektiv. Detta innebär en målmedvetenhet och intresse uppifrån och uppslutning, delaktighet och påverkansmöjligheter underifrån (Alexandersson, 2006).

#### **4. Instrumentet ASI – en kort presentation.**

Det finns redan mycket litteratur som beskriver instrumentet ASI och vi har inte för avsikt att här fördjupa oss i instrumentets utformning, historik, användbarhet eller vetenskapliga hållbarhet. Även om denna rapport syftar till att redogöra för *tillämpningen* och implementeringen av en ASI bör dock huvuddragen i instrumentet kort beröras.

ASI-intervjun utformades i slutet av 1970-talet i samarbete mellan forskare, behandlingspersonal och klienter inom verksamheter vars målgrupp bestod av hemvändande Vietnamveteraner med (fortsatt) missbruksproblematik. Man hade blivit varse att klienternas besvär inte enbart var relaterade till missbruket som sådant utan att andra livsomständigheter påverkade deras möjligheter att leva ett drogfritt liv. Behovet att kartlägga dessa omständigheter för att om möjligt försöka anpassa vård och behandling och därefter utvärdera insatsens effekter utgjorde grunden för ASI-intervjun. Thomas McLellan, (nu) professor vid Universitetet i Pennsylvania har haft betydande del i ASI-intervjuns tillkomst och etablering.<sup>7</sup>

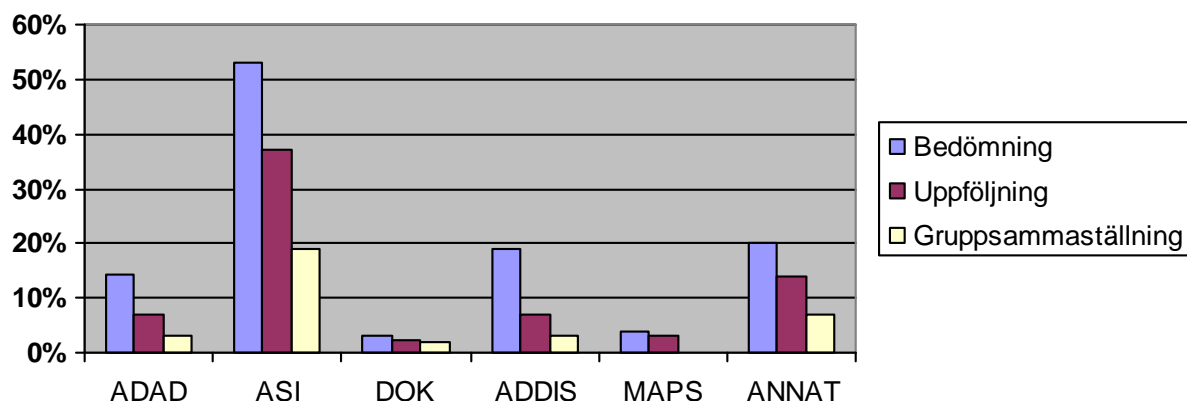
ASI-intervjun har genomgått ett flertal revideringar under årens lopp och har fått en stor spridning såväl i Sverige som internationellt. Den första svenska översättningen gjordes 1996 inom ramen för dåvarande Centrum för Utvärdering av Socialt arbete (CUS) och omarbetades sedan 1998. År 2004 införlivades CUS i Institutet för utveckling av Metoder i Socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen. IMS har bland annat som ansvarsområde att stödja utvecklingen av systematiska bedömningsmetoder och ASI har varit ett av de instrument man har investerat både stödresurser i och förbättring av. År 2007 utkom IMS med en ny, reviderad ASI-intervju och ett datastöd för lagring av informationen som erhöles i ASI hade upparbetats. IMS sörjer också fortsatt för stöd och support till de personer runt om i landet som arbetar med implementering av ASI - s.k. metodstödjare.

ASI-intervjun, ett instrument som initialt var avsett för utvärdering och forskning, hade vid tidpunkten för projektstart (januari 2006) ökat i popularitet bland praktiskt yrkesverksamma inom den svenska missbrukarvården (Engström, 2005, Nyström et al., 2005). ASI-intervjun hade i allt större utsträckning kommit att ersätta DOK-systemet (se Diagram 1) som sedan tidigt 90-tal varit det bedömningsinstrument som man i huvudsak använde (tillämpningen var dock spridd och den var inte systematisk). I de fall man använder bedömningsinstrument inom den landstingbaserade beroendevården har också ASI vunnit mark och utgör i dagsläget det instrument som används i störst utsträckning (Abrahamsson & Tryggvesson, under utgivning). Vid utgången av år 2000 räknade man med att det i Sverige fanns ett tusental personer utbildade i ASI-intervjun. Tre år senare hade antalet ökat till det dubbla (Nyström et al. 2005).

---

<sup>7</sup> För ytterligare information om Thomas McLellan och hans arbete med ASI-intervjun se t.ex. McLellan et.al (1980) och McLellan et.al (1992),

Diagram 1. Andel kommuner alternativt stadsdelar i Sverige som använde bedömningsinstrument i missbrukarvården år 2006 (n=316). Källa: Abrahamsson, M. & Tryggvesson, K. (under utgivning).



ASI-intervjun består av en grundintervju och en uppföljande intervju samt ett återkopplingsformulär. Intervjun innehåller cirka 180 frågor (grund) respektive 150 frågor (uppföljning) och berör sju områden i klientens liv.<sup>8</sup> Grundintervjun behandlar klientens aktuella situation och hur det har sett ut tidigare i livet. Den uppföljande intervju fokuserar på klientens aktuella förhållanden. Som avslutning inom varje livsområde ombeds klienten, utifrån en femgradig skala, skatta sitt behov av hjälp och den oro och besvär han/hon eventuellt upplever inom området. I återkopplingsformuläret antecknar och sammanfattar intervjuaren den information som har lämnats och delger klienten det intervjuaren observerat. Klienten ges möjlighet till revidering av informationen och formuläret kan användas för vidare behandlingsplanering. Genom att följa upp klienter efter avslutad insats ges möjlighet att följa utvecklingen på individnivå. När klientdata lagras och bearbetas, ges möjlighet att sammanställa information på aggregerad nivå. Information på grupp nivå ger kunskaper som kan användas för t.ex. utveckling av verksamheter.

I en tidigare undersökning av klienternas upplevelser av ASI-intervjun framkom att acceptansen för intervjun var mycket stor (95%). Klienterna upplevde inte heller att intervjun hade några negativa effekter på relationen till socialarbetaren eller förtroendet för socialtjänsten (Engström, C. 2002).

<sup>8</sup> Utöver frågor om alkohol-och narkotikamissbruk även fysisk och psykisk hälsa, arbete och försörjning, familj och umgänge samt brott och kriminalitet.

#### **4.1. Implementering av ASI – tidigare erfarenheter i Sverige.**

ASI har som tidigare nämnts, under de senaste åren införts på bred front inom missbruksvården. Vi kommer i det följande att beskriva några av de projekt som etablerats i syfte att införa ASI och där implementeringsprocessen samt användandets omfattning har dokumenterats.

##### *4.1.1. Exemplet Jönköping och Nässjö*

I Jönköping har man sedan 1998 arbetat med att införa och tillämpa ASI. Redan under 1999 genomförde man en stor utbildningsatsning men denna gav inte väntat resultat. Endast ett fåtal använde ASI-intervjun systematiskt efter utbildningen och en förändring av arbetssättet åstadkoms inte. Under 2001 gjorde man en ny satsning på instrumentet och utbildade på bred front. Även de som erhöll utbildning under tidigare satsning erbjöds att delta igen. Denna gång riktade man särskild uppmärksamhet på sektionschefer och föreståndare som skulle vara bärare av metoden. Man tog också fram en ”lathund” för användandet av ASI i Jönköping och etablerade ett samarbete med CUS som samtidigt bedrev en studie av klienternas acceptans för ASI intervjun.<sup>9</sup> Ett problem som uppmärksammades i samband med införandet var en pågående organisationsförändring som kom att påverka implementeringen. I slutrapporten (daterad 2003-04-30) påpekas att mycket tid och energi gick åt till att fundera över och bevaka den nya arbetssituationen. Myndighetsutövningen fick en ny chef och en ny arbetsgrupp vilket påverkade användningen i initialskedet samtidigt som den nya organisationen gjorde det möjligt att förtydliga utrednings- och bedömningsfunktionen. I slutrapporten konstaterar man att ASI-intervjun är förankrad och inte ifrågasatt i någon större utsträckning. Däremot har man inte uppnått målen med att genomföra ASI-intervjun på samtliga klienter i ärenden där det fattas beslut om insats.

I en studie som genomförts av Centrum för socialvetenskaplig alkohol – och drogforskning (SoRad) på uppdrag av IMS (Abrahamsson & Tryggvesson, under utgivning) har man undersökt användningen av bedömningsinstrument inom missbrukarvården och där använt Jönköping som en del i en fallstudie. Man har intervjuat en politiker, verksamhetschef, sektionschef och handläggare. Frågorna handlar bland annat om skeenden under

---

<sup>9</sup> Resulterade i artikeln: *Klienters acceptans av strukturerade intervjuer i socialtjänsten* (Engström. & Armelius, , 2002).

implementeringsperioden och hur användningen ser ut idag. Man konstaterar att informanterna är relativt överens om att införandeperioden var ganska besvärlig och föranledde många diskussioner, främst bland handläggarna, om den egentliga nyttan med intervjun. Vidare menar man att det är svårt att utläsa något mer konkret om vad som orsakade missnöjet. På frågan om användning anger man att spridningen idag är 100 procent. Vad detta egentligen innebär är däremot svårt att utläsa. Man uppger att i princip alla som ansöker eller efterfrågar någon form av insats skall genomgå ASI-intervjun men säger också att *”..det finns luckor och svårigheter men också en kompetens att hantera dem..”* (a.a. s. 33).

Det andra exemplet i fallstudien är Nässjö som implementerade ASI något senare (2004 – 2005) än Jönköping och som också kom att inspireras av grannkommunens arbete. Sammansättningen av informanter är ungefär desamma som i fallet Jönköping. Vad det gäller själva implementeringsfasen har man en ganska vag uppfattning om ifall det förekom svårigheter av något slag. Den politiker som intervjuats uppger att han/hon inte vet eftersom man inte frågat. Verksamhetschefen uppger att det fanns en negativ inställning bland personalen och att vissa ville förhandla sig ur kravet att använda ASI. Personalomsättningen har gjort det svårt att följa den plan som kommunen satte upp för implementeringen. All personal på vuxensektionen ska ha utbildning i ASI, mellan 30-35 personer, eftersom de uppföljande ASI-intervjuerna skall genomföras på kommunens öppenvårdsenheter. Man konstaterar att cirka nio av dessa idag saknar utbildning. Av de cirka 30 medarbetarna är det fyra handläggare som gör utredningar och här tror de flesta av informanterna att alla, utom möjligtvis en person, är utbildade. Den intervjuade handläggaren informerar att han är den enda som just nu har utbildning i ASI varför uppfattningen om användandets spridning varierar.

#### *4.1.2. Exemplet Malmö*

I avsikt att utveckla samarbetet mellan kriminalvård och socialtjänst erhöll Malmö Stad (10 stadsdelar) medel från Mobilisering mot narkotika (MOB) för att bland annat införa ASI. Projektet startade 2004 och fortsatte sedan med förnyade medel från Länsstyrelsen fram till utgången av 2006. Av slutrapporten (daterad 2007-02-15) framgår att ansvaret för implementeringen i huvudsak har vilat på en samordnare, anställd av Malmö stad. Implementeringsarbetet har styrts av ett gemensamt, för Malmö Stad, antaget dokument/projektplan. I denna anges tydligt rutiner för när ASI grundintervju och uppföljande intervju ska genomföras och hur man hanterar bortfallet (de klienter som av någon anledning

inte intervjuas med ASI). Det framgår också att det i varje stadsdel skall finnas en ASI-ansvarig som utgör samordnarens kontaktperson.

I slutrapporten anges att ASI i stort sett görs med alla personer som ansöker om vård/behandling för missbruks – eller beroendeproblem och att man upplever att de under år 2006 har närmat sig ett systematiskt användande av ASI. Antal gjorda ASI-intervjuer i förhållande till antalet utredningar eller beslut om insats redovisas ej. Det som har varit problematiskt är den stundtals förekommande arbetsbelastningen som gjort det svårt att hinna med att lägga in ASI-intervjuerna i dataprogrammet för sammanställningar på grupp och individnivå (även textsammanställningar för utredningarna). Vid stor och/eller plötslig personalomsättning har man inte heller kunnat följa projektplanen och rutinerna för användningen av ASI. Samordnaren har dock under projekttiden blivit godkänd som ASI-utbildare vilket framgent kommer att underlätta kontinuiteten i tillämpningen av ASI.

#### *4.1.3. Exemplet Dalarna*

Alexanderssons (2006) avhandling – *Vilja, Kunna, Förstå* är en implementeringsstudie och följer processen vid införandet av ASI och IUS (integrerad utvärderingsmetod) i fyra kommuner i Dalarnas län. Utöver de komponenter som redan nämnts som viktiga för en lyckad implementering tar avhandlingen upp ett par punkter som kan sägas ha främjat respektive hämmat införandet av metoderna i just dessa kommuner. Faktorer som hämmat användandet handlar bland annat om otillräckligt med utbildning (personalomsättning) och otillräckligt med stöd från IFO-chefer och politiker. Socialsekreterare upplevde att deras handlingsutrymme skapade problem liksom trivseln, eller snarare otrivsel på arbetsplatsen. I ärenden där socialarbetaren ansåg att han/hon inte hade gjort ett bra arbete fanns det ett motstånd att ta förnyad kontakt för att följa upp. Det som främjade användandet var bland annat en hög trivsel på arbetsplatsen och en positiv inställning bland socialsekreterare och IFO-chefer till dokumentationens användbarhet i det enskilda klientarbetet. Formellt tagna beslut om deltagande i projektet från politikerhåll upplevdes också som positivt. Utöver detta anges, i förhållande till det sociala arbetets funktion, att instrumentet äger relevans och kapacitet att dels ge människor rätt hjälp i syfte att åstadkomma förändringar och dels som underlag för måluppfyllelseanalyser. Just denna förståelse främjade motivationen att använda instrumentet.

Projektet i Dalarna pågick under cirka två år och i programplanen avsågs att instrumenten (ASI och IUS) skulle användas i alla nya ärenden. Av resultaten framgår att det öppnats 388 nya

ärenden under projekttiden och att man genomfört den ”*initiala kartläggande intervjun*” i 148 av dessa ärenden (oklart om detta omfattar både ASI och IUS). Detta innebär att metoden/metoderna användes i 38 procent av alla nya ärenden.

#### *4.1.4. Exemplet Rällsögården och Enheten för hemlösa*

ASI har också införts inom mindre, avgränsade verksamheter där implementeringen och omfattningen av användandet har dokumenterats.

Rällsögården är LVM-institution och drivs därmed av Statens institutionsstyrelse (SiS). Utöver placeringar enligt § 4 LVM vårdas också personer med stöd av SoL på Rällsögården. Enheten för hemlösa är en socialtjänstverksamhet inom Stockholms stad som riktar sig till personer över 20 år och som inte har tillhörighet i någon stadsdel. Implementeringen av ASI har skett i det team som specifikt arbetar med hemlösa män.

De två rapporter som beskriver införandet av ASI har delvis olika utgångspunkter.

Rällsögårdsexemplet tar fasta på implementeringsprocessen och fokuserar på behandlarnas upplevelser av att förändra sitt arbetssätt (Lundefors Oscarsson, 2004). Enheten för hemlösa ger en mer konkret beskrivning av målgruppen för teamet utifrån genomförda ASI-intervjuer men rapporten innehåller även ett avsnitt för implementeringen (Cronqvist & Östergren, 2007).

Gemensamt för dessa verksamheter är att de är relativt små, överblickbara och avgränsade. En annan gemensam nämnare är också att ASI införs på initiativ från verksamma inom enheterna då man upplever att dokumentationen och/eller utredningarna på ett eller annat sätt är bristfälliga. Det handlar om ett behov av en mer fördjupad information om klienterna för att kunna möta deras behov av behandling eller insats. Ett tredje gemensamt drag är att själva organisationen runt införandet leds av en chef inom verksamheten och att tillämpningen följs, stöds och uppmuntras av denna chef under processen.

Utfallet av implementeringen i dessa verksamheter kan betraktas som framgångsrikt. De behandlare (Rällsögården) och handläggare (Enheten för hemlösa) som intervjuats i slutrapporterna beskriver att man har fått tillräcklig information och förutsättningar att arbeta med ASI. Man har upplevt utbildningen som adekvat och anpassad samt haft ett stort stöd av de nyckelpersoner (interna handledare och samordnare) som funnits med under hela implementeringsfasen. Även positiv feedback från klienter och externa samarbetspartners har



underlättat arbetet. Som hindrande faktorer framför bland annat några av respondenterna att implementeringen till en del har påverkats av tidsbrist och arbetsbelastning. Inom dessa verksamheter använder man efter projekttiden grundintervjun på ett sätt som tyder på systematik. Man har även, framförallt på Enheten för hemlösa påbörjat ett systematiskt arbete med uppföljande ASI-intervjuer.

## **5. Undersökningskommunerna och missbruksenheterna i Nordväst**

### *5.1. Inledning*

I detta kapitel presenteras kommunernas missbruksorganisationer utifrån den kartläggning som gjordes i slutet av projektiden. Avsnittet kan i någon mån sägas utgöra en del av studiens resultat, tillvägagångssätt för kartläggningen presenteras i metodavsnittet som en del av de datakällor som vi har använt i denna rapport. Att vi väljer att beskriva kommunerna och organisationerna i ett eget kapitel, skilt från resultatavsnittet beror på att organisationen primärt utgör en kontextuell förutsättning med möjlig betydelse för hur implementeringen iscensätts. I kapitel 6 där vi redovisar våra implementeringsresultat behandlar vi även kommunernas organisering av missbrukarvården och ställer detta i relation till varandra.

De primära undersökningsobjekten i detta avsnitt är naturligtvis missbruksenheterna eftersom det är inom dessa implementeringen av ASI-intervjun sker. Vi har valt att även presentera kommunala bakgrundsfakta för att få en vidare förståelse inom vilken kontext implementeringen av ASI-intervjun bedrivs. Kapitlet är således uppdelat i två delar. Den första delen beskriver inledningsvis kommunerna, huvudsakligen utifrån tre välfärdsindikatorer, för att sedan styra in mot missbruksområdet och beskriva kostnader och insatser över tid. Tonvikten kommer dock att ligga på den andra delen, som beskriver missbruksenheterna. Först beskrivs enheterna organisatoriskt, sedan utifrån personalresurser och personalomsättning.

### **5.2. Kommunerna – Struktur och missbruksinsatser**

#### *5.2.1 Kommunstrukturer*

För att få en grundläggande bild av undersökningskommunerna presenteras inledningsvis dessa utifrån invånarantal och kommuntyp (Tabell 1). Därefter följer en beskrivning av kommunerna utifrån variablerna *arbetslöshet*, *skattekraft* och *ohälsotal* (Tabell 2), vilket är ett försök att i någon mån få en bild av kommunernas socioekonomiska förutsättningar. Dessa variabler är

mått på ekonomi, sysselsättning och hälsa, som i andra sammanhang används för att beskriva individuell välfärd (jfr.Fritzell et al., 2007). Det finns studier som visar att graden av välfärd påverkar efterfrågan av social service, vilket i förlängningen även påverkar socialtjänsten i form av anpassning av personalresurser (Bergmark & Lundström 2004). Våra generella välfärdsdimensioner kan i viss mån hjälpa oss att förstå missbruksorganisationernas förutsättningar.

Av de åtta kommunerna i nordvästs område definierar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sju av dem som förortskommuner, vilket innebär att minst hälften av nattbefolkningen i dessa kommuner pendlar till Stockholm för att arbeta. Sigtuna som är den åttonde kommunen räknas som en pendlingskommun, vilket innebär att mer än 40 procent nattbefolkningen pendlar till mer än en kommun för att arbeta.

**Tabell 1. Invånarantal i FoU-Nordväst (SCB 30/7 2007)**

<b>Stor kommun ≥ 60 000 inv.</b>	<b>Mellankommun ≥ 35 000 inv</b>	<b>Liten kommun ≤ 25 000 inv.</b>
Järfälla	Sigtuna	Ekerö
Sollentuna	Sundbyberg	Upplands-Bro
Solna	Upplands Väsby	

Järfälla har det största invånarantalet, följt av Solna och Sollentuna. Dessa kommuner kan sägas bilda en grupp av stora kommuner i området, alla med drygt 60 000 invånare. Sedan följer mellankommunerna Sigtuna, Sundbyberg och Upplands Väsby med drygt 35 000 invånare. De minsta kommunerna i nordväst är Ekerö och Upplands-Bro med invånarantal på knappt 25 000.

**Tabell 2. Socioekonomiska indikatorer. Öppen arbetslöshet under 2006, skattekraft i kronor per person taxeringsåret 2006 samt antal ohälsodagar under 2006.**

Kommun	Arbetslöshet <sup>1</sup> (%)	Skattekraft (kr) <sup>2</sup>	Ohälsotal <sup>3</sup>
Ekerö	1,6	181 109	33
Järfälla	3,1	175 820	43
Sigtuna	3,3	159 884	47
Sollentuna	2,7	193 619	33
Solna	2,8	181 981	35
Sundbyberg	3,4	175 058	38
Upplands-Bro	2,6	<b>158 652</b>	<b>48</b>
Upplands Väsby	<b>3,5</b>	168 111	44
<b>Stockholms län</b>	<b>3,1</b>	<b>178 751</b>	<b>38</b>

<sup>1</sup> Siffran är ett medeltal under år 2006 (AMS 2007)

<sup>2</sup> Skattekraften är den beskattningsbara förvärvsinkomsten per person. Siffran avser kommunens medeltal. Skatteunderlaget enligt taxeringen 2006 avser inkomståret 2005 (SCB 2007)

<sup>3</sup> Antal utbetalda dagar per person och år 2006 med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning och aktivitetsersättning, i medeltal (FHI 2007).

I Tabell 2 framgår att den *öppna arbetslösheten* i fyra av kommunerna, Ekerö, Sollentuna, Solna och Upplands-Bro ligger under genomsnittet för Stockholms län under 2006. Tre kommuner, Sigstuna, Sundbyberg och Upplands Väsby låg över länsgenomsnittet. Järfälla låg på samma nivå som länet.

*Skattekraft* är den beskattningsbara förvärvsinkomsten per person och år. Jämfört med skattekraften i Stockholms län urskiljer sig två grupper, en grupp med lägre och en grupp med högre skattekraft. Gruppen med lägre skattekraft består av Järfälla, Sigstuna, Sundbyberg, Upplands-Bro och Upplands Väsby. Gruppen med högre skattekraft består av Ekerö, Solna och Sollentuna. Sollentuna utmärker sig något genom att ha den klart högsta skattekraften.

*Ohälsotal* är antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning eller aktivitetsersättning, i genomsnitt per person och år. Utifrån dessa siffror från 2006 kan man dela upp kommunerna i två relativt distinkta grupper. En grupp har lägre ohälsotal i intervallet 33-38, bestående av Ekerö, Sollentuna, Solna och Sundbyberg. Den andra gruppen, Järfälla, Sigstuna, Upplands Väsby och Upplands Bro har högre ohälsotal, mellan 43 och 48.

### 5.2.2 Missbruksdata

För att förstå missbruksorganisationerna kan det vara användbart att känna till kommunernas missbruksstatistik. Vi kommer att använda oss av relativa mått för att beskriva detta. Måtten är med andra ord viktade i förhållande till antalet invånare i kommunen för att öka jämförbarheten. Statistiken som används är hämtad från Socialstyrelsens statistikdatabas. Socialtjänststatistikens tillförlitlighet kan vara begränsad eftersom inrapporteringen sker av kommunerna själva, vilket innebär ett visst godtycke.<sup>10</sup> Det som presenteras är emellertid tendenserna över tid, vilket inte påverkas i lika stor utsträckning.

**Tabell 3. Missbrukskostnad. Kostnad i kronor per invånare 21-64 år för institutionsvård, familjehemsvård och öppenvård enligt 2006 års prisnivå, samt medeltal för perioden. (SoS 2007, SCB 2007).**

Kommun	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	m
Ekerö	576	1027	652	700	684	653	781	725
Järfälla	671	946	748	656	791	783	632	747
Sigtuna	480	525	818	782	625	738	755	675
Sollentuna	426	637	778	668	610	525	615	608
Solna	1010	1131	909	900	889	886	740	924
Sundbyberg	770	794	913	788	899	947	732	835
Upplands-Bro	955	638	607	597	450	453	663	623
Upplands Väsby	440	363	628	701	725	622	714	599
<b>FoU-Nordväst</b>	<b>666</b>	<b>758</b>	<b>756</b>	<b>725</b>	<b>710</b>	<b>701</b>	<b>704</b>	<b>717</b>
<b>Stockholms län<sup>1</sup></b>	<b>655</b>	<b>691</b>	<b>675</b>	<b>670</b>	<b>686</b>	<b>665</b>	<b>681</b>	<b>675</b>

<sup>1</sup> Stockholms län är ett beräknat medeltal av länets kommuner utifrån Socialstyrelsens (2007) uppgifter.

I Tabell 3 går det att urskilja olika utvecklingar i Stockholms län och FoU-Nordväst avseende missbrukskostnader. Stockholms län har en stabil utveckling som visar en generell ökning av missbrukskostnaderna. Nordvästkommunerna har däremot en kraftig ökning av missbrukskostnaderna mellan år 2000 och 2001. Den höga nivån höll i sig 2002 för att sedan sjunka. Fem av de åtta nordvästkommunerna har sin högsta kostnad 2001 eller 2002. Sex av kommunerna står för en konstant eller ökande utveckling av missbrukskostnaderna. Solna och Upplands-Bro utmärker sig genom att minska sina missbrukskostnader från en relativt hög nivå 2000. Sett till medelvärdet för perioden redovisar kommunerna en relativt stor spridning vilket kan vara ett resultat av belastningen eller prioriteringen av missbruksområdet. Förutsatt att statistiken är korrekt syns två tydliga högkostnadskommuner, Solna och Sundbyberg. Lågkostnadskommunerna i sammanhanget är Sollentuna, Upplands-Bro och Upplands Väsby.

<sup>10</sup> För utförligare diskussion, se FoU-Nordvästs verksamhetsberättelse för 2004, 2005 och 2006 ([www.fou-nordvast.com](http://www.fou-nordvast.com)).

**Tabell 4. Antal personer i öppenvårdsinsatser 1 november 2000-2006 per 10 000 invånare 21-64 år, samt medeltal för perioden (SoS 2007)**

<b>Kommun</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>m</b>
Ekerö	3	3	0	8	0	0	3	2
Järfälla	10	20	18	15	17	15	16	16
Sigtuna	0	0	9	8	7	38	26	13
Sollentuna	23	23	20	15	12	17	17	18
Solna	0	2	22	17	3	16	15	11
Sundbyberg	41	44	32	36	43	41	43	40
Upplands Bro	26	25	21	29	21	23	26	24
Upplands Väsby	0	3	10	11	11	11	5	7
<b>FoU-Nordväst</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>16</b>
<b>Stockholms Län</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>16</b>

Tabell 4 visar att nordvästkommunerna totalt sett redovisar en ökning av antal personer i öppenvårdsinsatser, vilket avviker från Stockholms län som uppvisar en marginell minskning under samma period. Det är dock stor spridning av antalet personer, både mellan och inom kommunerna. Detta gör att även kommunernas medelvärden varierar mycket, mellan 2 och 40 personer, varav Ekerö står för det lägsta och Sundbyberg står för det högsta antalet. Variationerna mellan kommunerna förklaras sannolikt av att öppenvårdsinsatser i ett antal av kommunerna inte kräver biståndsbeslut från myndighet. Innebörden är att klienter kan erhålla öppenvårdsinsatser utan att registreras som ett ärende i den kommunala missbruksvården och faller därmed utanför statistiken (s.k. ”öppen dörr”. Se vidare kap. 5.3.). Det kan också betyda att det föreligger skillnader avseende satsning på öppenvård, missbruksbelastning samt organisatoriska förändringar. Om kommunerna har många verksamheter inom öppenvården bidrar detta sannolikt till ett större antal personer registrerade i öppenvården.

**Tabell 5. Antal personer i institutionsvård 1 november 2000-2006 per 10 000 invånare 21-64 år, samt medeltal för perioden (SoS 2007)**

Kommun	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	m
Ekerö	3	6	3	0	0	0	4	2
Järfälla	3	4	4	3	2	2	1	3
Sigtuna	4	8	10	7	6	6	3	6
Sollentuna	4	5	6	5	3	3	5	4
Solna	4	2	4	3	4	4	4	4
Sundbyberg	7	6	5	5	9	5	7	6
Upplands Bro	6	3	0	3	0	0	3	2
Upplands Väsby	2	3	5	5	2	2	0	3
<b>FoU-Nordväst</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Stockholms Län</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

Öppenvårdsinsatser brukar inte sällan ställas i relation till frivilliga institutionsplaceringar. Detta är intressant att undersöka eftersom kommunerna sedan en tid tillbaka i ökande grad satsar på öppenvårdsinsatser.<sup>11</sup> Dels för att minska kostnaderna då institutionsvård är kostsam och dels för att få större kontroll över insatsutbudet. En ideal utveckling är alltså att institutionsvården ska minska till förmån för öppenvårdsinsatserna. Vad gäller institutionsplaceringarna i länet och i nordväst totalt (Tabell 5), återfinns en stabil utveckling som totalt sett beskriver en marginell minskning. Stockholms län ligger dock på en något högre nivå än nordväst. Medelvärdena för perioden ligger relativt samlat mellan två och sex personer. Sundbyberg och Sigtuna står för det högsta antalet, medan Ekerö och Upplands Bro står för det lägsta.

## 5.3 Missbruksenheter

### 5.3.1. Organisation

Det förekommer olika benämningar på de enheter där missbruksarbetet bedrivs; vuxensektion, vuxengrupp och missbruksenhet är de vanligaste benämningarna. Gemensamt för dessa är att de är organisatoriskt avgränsade enheter inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg, IFO, samt att de har en övergripande chef med personal-, budget- och verksamhetsansvar. Det är inte ovanligt att missbruksarbetet bedrivs som en begränsad funktion gemensamt med andra funktioner inom enheten. För att betona att det är organisationen kring missbruksarbetet som undersöks har vi valt att kalla dessa *missbruksenheter*. Även då missbruksarbetet bedrivs i olika enheter för utredning och behandling benämner vi för enkelhetens skull detta för

<sup>11</sup> Se bl.a. Policydokumentet "Kommunerna, landstinget och missbrukarvården i Stockholms län". KSL 9803-0221 och "Balans i missbrukarvården" Socialstyrelsen 1998:3

*missbruksenheten*. I föreliggande avsnitt presenteras enheterna utifrån sex organisatoriska särdrag som kan ha betydelse för implementeringen av ASI (Tabell 6, nästa sida).

**Tabell 6. Missbruksenheternas organisation. Antal funktioner inom enheten, övergripande organisationsmodell, mottagningsfunktion, möjlighet till öppen dörr, organisationsförändring under projektiden samt funktion där ASI genomförs.**

Kommun	Antal funktioner inom enheten	Organisationsmodell	Mottagningsfunktion	Öppen dörr <sup>1</sup>	Organisationsförändring	Funktion där ASI görs
Ekerö	5	beställar/utförar	intern funktion	Ja	Ingen	utredning/behandling
Järfälla	3	beställar/utförar	allmän grupp	Ja, max 5 möten	Stor	utredning
Sigtuna	1	funktion	intern funktion	Nej	Liten	utredning
Sollentuna	2	funktion	intern funktion	Ja	Ingen	utredning/behandling
Solna	1	funktion	integrerad funktion	Ja	Stor	utredning
Sundbyberg	3	funktion	intern funktion	Nej	Liten	utredning
Upplands-Bro	3	funktion	integrerad funktion	Ja, max 5 möten	Ingen	utredning
Upplands Väsby	3	beställar/utförar	intern funktion	Nej	Mellan	utredning

<sup>1</sup> Öppen dörr innebär möjlighet till insats/behandling/stöd på den lokala beroendemottagningen/öppenvårds-mottagningen utan att först genomgå utredning inom socialtjänsten.



*Antal funktioner inom enheten* beskriver hur många verksamhetsområden som ryms inom missbruksenheten. Med funktion menas ”avskiljning av huvudområden utifrån klientgrupp eller problematik” (Bergmark & Lundström 2005 s.130). Detta innebär exempelvis att missbruk, socialpsykiatri och försörjningsstöd räknas som särskilda funktioner. Måttet säger dels något om hur specialiserad enheten är och dels något om hur decentraliserade beslutsfunktionerna är. Ett högt antal funktioner inom samma enhet innebär således både låg specialisering och låg decentralisering av beslutsfunktionen.

I genomsnitt uppgår antalet funktioner inom enheterna till drygt 2,5. Sigtuna och Solna har enbart missbruksarbete inom sina enheter. Järfälla och Sollentuna har två funktioner inom sina enheter. I Järfälla är den andra funktionen försörjningsstöd och i Sollentuna är den extra funktionen socialpsykiatri. Sundbyberg, Upplands-Bro och Upplands Väsby har tre funktioner inom sina enheter. Exempel på funktioner utöver missbruk hos dessa kommuner är försörjningsstöd, flyktingmottagning, arbetsträning och socialt boende. Ekerö utmärker sig genom att ha det överlägset högsta antalet funktioner inom sin missbruksenhet. De fyra funktionerna utöver missbruk är socialpsykiatri, försörjningsstöd, socialt boende samt mottagningsfunktion för hela missbruksenheten.

*Organisationsmodell* beskriver hur kommunerna indelar eller specialiserar sin IFO-verksamhet. I nordväst är två organisationsmodeller aktuella; specialisering utifrån funktion samt specialisering utifrån utredning och behandling, så kallad beställar-/utförarmodell. Denna modell brukar även innefatta försäljning och upphandling av tjänster, vilket vi valt att bortse ifrån. Det är dock inga vattentäta skott mellan dessa modeller eftersom båda uppdelningarna kan förekomma samtidigt. Vi har emellertid resonerat enligt följande; om utredning och behandling separeras organisatoriskt, det vill säga utförs i olika enheter är huvudprincipen enligt beställar-/utförarmodell och bör därför räknas som sådan. Om utredning och behandling utförs inom samma enhet – missbruksenheten - räknas detta som funktionsmodell.

Den vanligaste organisationen i nordväst är funktionsmodellen. Även inom ramen för denna har kommunerna vanligtvis en personbaserad uppdelning av utredande och behandlande arbetsuppgifter inom ramen för den organisatoriskt sammanhållna missbruksenheten. Behandlingen sker då i öppenvården som i dessa fall är organisatoriskt innesluten i missbruksenheten. Endast Solna har en annan modell, där stöd- och behandlingspersonalen både utreder och behandlar.

*Mottagningsfunktion.* Stranz (2007) har med utgångspunkt i tidigare studier delat upp mottagningsfunktionen i fyra kategorier. Vi har funnit att tre av dessa är användbara i denna studie. 1) Intern funktion innebär att mottagningen sker internt inom missbruksenheten, av i huvudsak en medarbetare som har till uppgift att ta emot nya ärenden. 2) Integrerad funktion innebär att alla inom arbetsgruppen turas om att ta emot nya ärenden. 3) Allmän grupp tar emot alla sorters ärenden inom IFO och fördelar dem vidare till respektive lämplig enhet. Intern funktion förekommer i fem av åtta kommuner och är alltså den vanligaste mottagningsfunktionen. Det skiljer sig åt mellan kommunerna vilken personal som har mottagningsansvar. I vissa kommuner finns det uttalade mottagningsfunktioner (Ekerö, där mottagningen omfattar hela vuxensektionen med dess fem funktioner och Upplands Väsby), i andra kommuner (Sollentuna och Sundbyberg) sköter förste socialsekreteraren mottagningen. I Sigtuna är det enhetschefen som har mottagningsansvar. I två av kommunerna (Solna och Upplands-Bro) förekommer integrerad funktion, det vill säga personalen turas om med mottagningen. Järfälla har en organisatoriskt avskild enhet för mottagning av nya ärenden, det vill säga en allmän grupp som tar emot ärenden för hela IFO.

*Öppen dörr* är ett samlingsnamn för en funktion som innebär att personer med missbruksproblematik har möjlighet att få behandling i öppenvård utan att först genomgå socialtjänstutredning. Fem kommuner erbjuder detta. I tre av dessa kommuner (Ekerö, Sollentuna och Solna) är det först när hjälpbehovet är omfattande som klienten måste genomgå utredning. Järfälla och Upplands-Bro har öppen dörr med en begränsning på fem möten. Ytterligare hjälpbehov kräver utredning på myndighetssidan.

Fem av åtta kommuner i nordväst har genomgått någon form av organisationsförändring sedan projektstart i januari 2006. Två av dessa har vi klassat som stora, två som små och en som mellanstor förändring. De stora organisationsförändringarna står Järfälla och Solna för. Järfälla har under perioden ändrat sin organisation till en beställar-/utförarmodell och är i december 2007 i slutskedet av processen. Solna har flyttat hela sin verksamhet till andra lokaler, vilket förvisso inte är en renodlad organisatorisk förändring, men som ändå innebär en störning i verksamheten. Upplands Väsby har genomgått en mellanstor förändring. Kommunen har under perioden genomfört ett rådgivnings- och mottagningsprojekt, skilt missbruk från socialpsykiatri, samt i september 2007 gjort en organisatorisk uppdelning av utredning och behandling. Sigtuna och Sundbyberg har genomfört små organisationsförändringar. I Sigtuna

har det skett en integrering av arbetet med unga och äldre missbrukare, en tjänst har flyttats över till öppenvården och en sysselsättningsamordnare flyttats till en annan enhet. I Sundbyberg har socialläkarmottagningen lagts ner (den sista i Sverige) och icke missbruksrelaterade arbetsuppgifter flyttats från öppenvården.

*Funktion inom vilken ASI-intervjun utförs.* Tabell 4 visar att det är i utredningsfunktionen som ASI-intervjun huvudsakligen görs. Det uttalade målet för samtliga kommuner är att intervjun ska göras i inledningsskedet av utredningen. I de fall då intervjun även görs i behandlingsfunktionen är detta ett komplement för en bättre behandlingsplanering.

### *5.3.2. Personalresurser*

I föregående avsnitt konstaterades att ASI-intervjun huvudsakligen utförs av handläggarna i missbruksenheterna. För att presentationen av personalresurserna ska ha någon relevans för denna implementeringsstudie begränsas den till att endast innefatta antalet handläggare och chefer.

Det finns stora kunskapsluckor när det gäller personalresurser inom socialtjänsten. Organisationsförändringar och förskjutningar av kommunernas och landstingens ansvarsområden är två möjliga förklaringar till detta (Bergmark & Lundström 2004). Inom ramarna för vår studie har vi upptäckt att det är svårt att ge ett exakt mått på antalet handläggare inom missbruksområdet. Ett problem har varit att definiera handläggare, ska exempelvis 1:e socialsekreterare och handläggare på mottagningen räknas med? Ett annat problem har varit organisationernas rörlighet, med nyanställningar och förflyttningar av arbetsuppgifter. Vidare har det varit svårt att fastställa vilken missbruksspecifik arbetsbelastning en handläggare med flera olika arbetsuppgifter har.

**Tabell 7. Missbruksenheternas personalresurser. Antal missbrukshandläggartjänster, omsättning handläggare under projekttiden, antal enhets-  
öppenvårds- beställar-/utörarechefer och 1:e socialsekreterare, antal nya chefer och 1:e socialsekreterare under projekttiden, samt antal öppnade  
utredningar per handläggare och år.**

Kommun	Antal tjänster missbrukshandläggare	Missbruks- handläggare/1000 inv.	Antal chefer <sup>1</sup> / 1:e socialsekreterare	Omsättning handläggare (%)	Omsättning chefer / 1:e soc.sekr. (%)	Inledda utredningar/ tjänster / år <sup>4</sup>
Ekerö	1,37	0,06	1	100	0	34
Järfälla	4 (9) <sup>2</sup>	0,06 (0,14)	2	50	100	35
Sigtuna	5	0,13	1	40	0	42
Sollentuna	5	0,08	3	60	0	49
Solna	2,5 (6,5) <sup>3</sup>	0,04 (0,10)	2	40	50	46 (18)
Sundbyberg	3	0,09	2	0	0	32
Upplands Bro	2	0,09	2	100	0	56
Upplands Väsby	3,5	0,09	2	100	50	37
	m = 3,3 (4,4)	m = 0,08 (0,10)	m = 2,1	m = 56 %	m = 25 %	m = 41

<sup>1</sup> Enhetschef, öppenvårdschef, beställar-/utförarchef. Siffran redovisar antal och anger inte tjänsteandel.

<sup>2</sup> Ytterligare fem har missbrukshandläggning som en del av sina arbetsuppgifter. Dessa arbetar även med försörjningsstöd eller ungdomsverksamhet. I siffran inom parentes är dessa medräknade.

<sup>3</sup> Ytterligare fyra har missbrukshandläggning som en del av sina arbetsuppgifter. Dessa arbetar även med stöd och behandling. I siffran inom parentes är dessa medräknade.

<sup>4</sup> Måttet avser perioden 060905-070905

Den första kolumnen i tabell 7 visar antalet *tjänster med missbrukshandläggning*. Siffran är ett tvärsnitt vid tidpunkten för denna studies genomförande (hösten 2007) och kan ha varierat under projekttidens två år. Enheterna har i medeltal 3,3 heltidstjänster som arbetar med missbrukshandläggning. I de flesta fall har enheterna renodlade missbrukshandläggare. I de fall (framförallt Järfälla och Solna) där denna specialisering inte förekommer fullt ut var antalet tjänster svårräknade. Ekerö, som var den minst specialiserade enheten (jämför ovan), har till exempel två handläggare som arbetar med missbrukshandläggning som en del av sina arbetsuppgifter. Beräkningen av deras missbruksspecifika tjänster underlättades av att den trots allt av enhetschefen var schablonmässigt beräknad till 1,37 heltidstjänster. Järfälla har fyra missbrukshandläggare som enbart arbetar med utredning i missbruksspecifika ärenden. Vid sidan av detta har de ytterligare fem handläggare inom andra funktioner, försörjningsstöd och barn och ungdom, som även gör missbruksutredningar. Även Solna saknar konsekvent specialisering. Deras missbruksenhet har 2,5 heltidstjänster som enbart arbetar med missbrukshandläggning. Utöver detta har de fyra tjänster som arbetar med både utredning och stöd & behandling.

Den andra kolumnen visar antalet *missbrukshandläggare per tusen invånare* i kommunen. Detta är ett mått på personaltäthet. Variationen av personaltätheten kan vara ett uttryck för kommunens hjälpbehov samt enhetens organisation och specialisering (Bergmark & Lundström 2004). Vårt medelvärde uppgår till 0,08 (0,10 alla handläggare inräknat) missbrukshandläggartjänster per tusen invånare. Jämfört med 0,30 i en tidigare studie (a.a) kan denna nivå te sig synnerligen låg. Vårt mått skiljer sig emellertid från det som användes i Bergmark och Lundströms undersökning genom att de beräknade antalet socialarbetare som arbetar med missbruk inom IFO, alltså både handläggare och behandlare, medan vi endast är intresserade av antalet handläggare. Om man beaktar att vi exkluderat behandlare som är en större grupp än handläggarna (i nordvästs område), ter sig siffrorna rimliga. I de fall socialarbetaren har arbetsuppgifter inom olika funktioner, exempelvis missbruk och socialpsykiatri, ombads dessa i Bergmark och Lundströms studie uppskatta hur mycket de jobbar med varje funktion. Detta har inte varit möjligt inom ramen för vår studie. Vi har istället uteslutit alla handläggare som även arbetar med andra funktioner, men presenterar dock dessa parentetiskt. I övrigt rör sig personaltätheten mellan 0,04 och 0,13. Solna står för det lägsta värdet, vilket förmodligen är ett resultat av de fyra exkluderade handläggarna. Sigtuna har den högsta handläggartätheten med 0,13 missbrukshandläggare per tusen invånare. I övrigt är kommunerna på någorlunda liknande nivå.

I den tredje kolumnen har vi sammanställt *antalet chefer och förste socialsekreterare* inom missbruksenheten. Med chefer avses enhetschefer, öppenvårdschefer samt beställar-/utförarchefer. Förste socialsekreterare är ett samlingsnamn på en socialsekreterare som har ett större ansvar i personalgruppen som exempelvis innebär förhandsbedömning och fördelning av ärenden. I nordväst är det vanligast att ha två chefer och/eller förste socialsekreterare. Ekerö och Sigtuna har platta organisationer, med endast en enhetschef. Fyra kommuner har två chefer och/eller förste socialsekreterare.

Den fjärde kolumnen visar *omsättningen av missbrukshandläggare*. Detta mått är sannolikt ett av de viktigare i vår studie eftersom det krävs en särskild ASI-utbildning för att genomföra en ASI-intervju. Personalomsättning innebär således en ”omstart”, både vad gäller ASI-utbildning och introduktion i verksamheten. I en tidigare undersökning konstateras att missbrukarvård inte är någon populär arbetsuppgift vilket bygger på iakttagelsen av att omsättningen av personal inom missbruksområdet är hög, 50 procent under en tvåårsperiod (Engström, 2005). I samma studie nämner författaren en undersökning som gjorts i USA som visar liknande resultat; att hälften av alla chefer och behandlingspersonal hade slutat inom en 16-månadersperiod. En annan svensk studie visade att personalomsättningen inom missbruksområdet var 16 procent under ett år (Bergmark & Lundström, 2004).

I nordväst är handläggarsomsättningen inom missbruksenheterna 56 procent under en knapp tvåårsperiod, vilket får betraktas som hög. Sundbyberg är avvikande i sammanhanget genom att inte ha någon omsättning alls. Annars ligger omsättningen mellan 40 och 100 procent. Noterbart är att Ekerö, Upplands-Bro och Upplands Väsby bytt ut hela sin handläggarsstyrka sedan ASI-projektet startade i januari 2006.

I den femte kolumnen visas *omsättning av chefer och förste socialsekreterare* vilket är ett viktigt mått mot bakgrund av att ASI-projektet i första hand förankrades hos dem. En för projekttiden ny chef har sannolikt sämre möjligheter att stödja sin personalgrupp i användandet av ASI-intervjun, än en chef som funnits med under hela projekttiden. En fjärdedel av chefer och förste socialsekreterare har bytts ut under projekttiden. Chefsomsättningen är alltså något lägre än omsättningen bland handläggarna. Järfälla bytte ut båda sina chefer i mitten av projekttiden i samband med organisationsförändringen. Solna och Upplands Väsby fick nya enhetschefer under projektets slutskede.

Den sista kolumnen visar antalet *inledda utredningar per handläggare och år*, vilket är en kvot av antalet inledda utredningar under ett år och antalet handläggartjänster vid en viss tidpunkt. Detta är ett mått som i någon mån avser att mäta handläggarnas arbetsbelastning. Siffran bör dock tolkas med viss försiktighet då antalet handläggartjänster är en uppgift som inhämtats vid ett visst givet tillfälle (tvärsnitt) och kan ha varierat under den period om ett år då uppgifter om antalet inledda utredningar beräknats (060905 – 070905). Under projektiden har vi dock haft en tät kontakt med kommunerna och medarbetarna och vågar utifrån erfarenhet och kunskap om enheterna påstå att antalet tjänster inte varierat i betydande omfattning. Vår tolkning är därför att de data som presenteras är rimliga och avspeglar arbetsbelastningen med godtagbar grad av tillförlitlighet. Arbetsbelastning kan även mätas genom att beräkna antalet aktuella ärenden som varje socialsekreterare har under en månad och brukar då benämnas ärendebelastning (Socialstyrelsen, 2005). Eftersom vi var intresserade av handläggarnas arbetsbelastning under samma period som antalet gjorda ASI-intervjuer skulle beräknas, valde vi att konstruera måttet på detta sätt.

Medelvärdet för antalet utredningar per tjänst och år uppgår till 41, med en spridning på 32 och 56 ärenden mellan kommunerna. Spridningen kan förklaras med skillnader i arbetsbelastning och att personalresurserna är olika anpassade till behovet av utredningar. Den kan även förklaras med att organisationerna ser olika ut (Socialstyrelsen 2005). Detta skulle kunna betyda att delar av utredningsarbetet, som t.ex. handlar om utredningar rörande yttranden görs av andra medarbetare än missbrukshandläggarna (exempelvis inom en mottagningsgrupp).

#### **5.4. Sammanfattning**

Nordvästkommunerna klassas som förorts- eller pendlingskommuner och deras invånarantal rör sig mellan 20 000 och 60 000. De socioekonomiska indikatorerna visar att det föreligger vissa skillnader, dels mellan kommunerna och dels jämfört med Stockholms län, men att de inte är betydande stora. Större skillnader förekommer dock avseende kostnaderna för missbruksvården. Kommunerna redovisar även stora skillnader i antalet inskrivna i öppenvård, mellan 2 och 40 personer i medeltal. Dessutom är utvecklingen över tid ojämn för många kommuner, men tendensen för FoU-Nordväst är något stigande. Antalet personer

inskrivna i institutionsvård är förhållandevis jämnt fördelad mellan kommunerna, men som helhet ligger man märkbart lägre än Stockholms län i sin helhet.

Missbruksenheterna har under projekttiden genomgått stora förändringar. Handläggarna personalomsättning har varit 56 procent, vilket är högt jämfört med andra studier. En fjärdedel av alla chefer (inklusive 1:e socialsekreterare) har bytts ut. Dessutom har fem av de åtta kommunerna genomgått någon slags organisatorisk förändring.

Vad gäller övriga organisatoriska förhållanden så uppvisar kommunerna stor skillnad i specialiseringsgrad. Vissa enheter är specialiserade på missbruk, medan andra har upp till fyra funktioner utöver missbruk inom samma enhet. Det förekommer tre olika former av mottagningsfunktion varav intern funktion - där en person inom missbruksenheten har mottagning som ansvar - är det vanligaste. I fem av åtta kommuner finns möjlighet att få öppenvårdsbehandling utan att först genomgå utredning. I undersökningen framgick att ASI-intervjun görs i alla utredningsfunktioner och i två behandlingsfunktioner. Kommunerna uppvisar också stora skillnader i personalresurser och arbetsbelastning.

## **6. Resultat av ASI-implementeringen i Nordväst**

### *6.1. Inledning*

I detta avsnitt presenteras resultat från tre datakällor. Vi inleder med att redogöra för mängden gjorda ASI-intervjuer i förhållande till antalet öppnade utredningar under en ett-års period (2006-09-05 – 2007-09-05). Därefter redovisas resultaten av de två enkäter som gått ut till kommunerna under projekttiden; baslinjeenkäten under våren 2006 och den uppföljande enkäten under hösten 2007. I slutet av kapitlet behandlas resultaten från de båggruppintervjuer som genomfördes under inledningen av 2008. Den ena intervjun med projektgruppen för ASI och den andra intervjun med missbrukscheferna.

### *6.2. Antal gjorda ASI, bortfall och öppnade utredningar under perioden*

Den 4 september 2006 genomfördes utbildningens sista dag och samtliga tre grupper, totalt 62 personer hade erhållit utbildning i ASI.<sup>12</sup> Under en ett-års period, fr.o.m. 5 september 2006

---

<sup>12</sup> Under verksamhetsår två (HT 2007) genomfördes ytterligare en utbildning i ASI för nyanställda. Totalt har därför 79 personer utbildats under projekttiden.



t.o.m. 5 september 2007, samlade vi in data avseende antal genomförda ASI-grundintervjuer och ifyllda bortfallsblanketter<sup>13</sup> och jämförde dessa med antalet öppnade ärenden under samma period. I tabell 8 presenteras dessa data jämte information om antalet utbildade under de första tre kursgenomgångarna och antalet utbildade totalt under projekttiden.

**Tabell 8.**

*Antal utbildade per kommun, antal genomförda ASI-grundintervjuer jämte bortfall och antal öppnade utredningar mellan perioden 2006-09-05 – 2007-09-05*

Kommun	Antal utbildade VT-06	Totalt antal utbildade	Antal ASI Intervjuer (1 år)	Antal Bortfalls-Blanketter (1år)	Antal öppnade utredningar (1 år) <sup>1</sup>	Andel ASI & Bortfall av öppnade utredningar (%)
Ekerö	5	8	11 (8) <sup>2</sup>	0	25	<b>44</b>
Järfälla	12	17	13	0	130	<b>10</b>
Sigtuna	8	10	34	24	131	<b>44</b>
Sollentuna	12	12	53 (9) <sup>3</sup>	8	116	<b>53</b>
Solna	7	7	21	0 (74) <sup>4</sup>	76	<b>28</b>
Sundbyberg	11	11	22	22	91	<b>48</b>
Upplands-Bro	2	3	21	10	65	<b>48</b>
Upplands Väsby	5	11	63	9	94	<b>77</b>
<b>Totalt:</b>	<b>62</b>	<b>79</b>	<b>238 (255)</b>	<b>73 (147)</b>	<b>728</b>	<b>43</b>

1. Avser unika individer

2. Utöver de 11 ASI intervjuerna på myndighetsdelen har man genomfört åtta på öppenvårdsmottagningen Fyren. Dessa medräknas ej i jämförelsen med antalet öppnade utredningar.

3. Som ovan. För Sollentuna.

4. Kuratorsgruppen är en del av Solnas missbruksenhet som i regel har kommunens flesta nybesök och då tillsammans med landstingets beroendevård. Kuratorsgruppen genomför inte utredningar som övriga delar av enheten men har valt att arbeta med bortfallsblanketten för att få en tydligare bild av målgruppen totalt. Bortfallsandelen kan därför ej ställas i relation till antalet öppnade utredningar.

Vi kan se att det föreligger en del skillnader mellan kommunerna både vad det gäller antalet öppnade utredningar och genomförda ASI-intervjuer. Järfälla har det näst högsta antalet öppnade utredningar under perioden och den lägsta andelen genomförda ASI. Sammantaget är spridningen kommunerna emellan när det gäller i hur utsträckning ASI använts relativt stor. Extremerna utgörs av Upplands Väsby där man använt ASI i mer än tre fjärdedelar av alla öppnade utredningar, och av Järfälla och Solna där ASI utnyttjats i tio respektive 28 procent

<sup>13</sup> En överenskommelse gjordes mellan kommunerna att medarbetarna skulle fylla i en bortfallsblankett i den händelse man inte använde ASI-intervjun. Detta för att få en tydligare bild av målgruppen totalt samt en uppfattning om i vilken ärenden som ASI-intervjun kunde vara mindre lämplig. Överenskommelsen är dokumenterad i arbetsplanen.

av fallen. Vid sidan av dessa kommuner är mönstret mer homogent med en användning mellan 44 - 53 procent. I både Ekerö och Sollentuna har man genomfört några ASI-intervjuer på öppenvårdsmottagningarna, antalet visas parentetiskt i tabellen ovan, och är inte medräknade i kolumnen för andel gjorda ASI och bortfallsblanketter jämfört med antalet öppnade utredningar. Orsaken är att man på öppenvårdsmottagningarna inte har de utredande arbetsuppgifter som åligger handläggarna varför dessa ASI-intervjuer inte kan ställas i relation till och jämföras med antalet öppnade utredningar. På liknande sätt redovisas för Solna parentetiskt det antal bortfallsblanketter som fyllts i under perioden då dessa fyllts i av en speciell arbetsgrupp, Kuratorsgruppen, inom enheten. Kuratorsgruppen genomför inga utredningar. Vi väljer dock att redovisa dessa siffror för att ge en tydligare bild av enheternas sätt att organisera sin verksamhet, inrätta rutiner för och anpassa användandet av ASI (eller bortfallsblanketter) i den grupp man arbetar.

Vi kan följaktligen konstatera att användningen av ASI har varit lägst i Järfälla och Solna under mätperioden. Detta skulle bland annat kunna tolkas utifrån olika, organisatoriska aspekter. Gemensamt för bägge kommunerna är att de varit utsatta för vad vi benämner stora organisationsförändringar under projektperioden (se kap. 5). I Järfälla har man etablerat en renodlad beställar – utförarorganisation med nya chefer för varje enhet. Planerandet av den nya organisationen påbörjades just innan ASI-projektet sjösattes och har präglat missbruksarbetet i kommunen under de två projektåren innan det i slutet av år 2007 stod klart hur arbetet skulle organiseras. I Solna har förändringen snarare varit av geografisk än organisatorisk karaktär. Hela verksamheten flyttade till nya lokaler i en helt annan del av Solna och trots att organiseringen av verksamheten inte förändrades kom flytten att på ett betydande sätt påverka det reguljära arbetet för en tid. Missbruksenheten fick även en ny enhetschef under projektperioden.

I Järfälla och Solna har man också genomgått en personalomsättning om 50 respektive 40 procent. Även detta kan ha påverkat kontinuiteten i användandet av ASI. Det är dessutom svårt att just i dessa kommuner exakt avgöra hur många och vilka i personalgruppen som ska eller kan använda ASI i sitt utredningsarbete. I Järfälla finns det handläggare inom andra funktioner – försörjningsstöd och barn – och ungdom – som även utreder i missbruksärenden (se kap.5, tabell 7). Huruvida dessa ska, bör eller kan använda ASI i ärenden som rör

missbruk har aldrig riktigt klarlagts.<sup>14</sup> I Solna har man på ett snarligt sätt två personalgrupper som kan använda ASI i utredningsarbetet. Den ena gruppen utgörs av 2,5 tjänster som enbart arbetar med missbruksutredningar och där används ASI som utredningsmetod. I den andra gruppen arbetar man främst med stöd och behandling men genomför i förekommande fall kortare utredningar där man endast sporadiskt använder ASI-intervjun som underlag för sin utredning.

För Solnas del kan även val av mätperiod haft betydelse för antalet genomförda ASI-intervjuer. Medan övriga kommuners deltagande i de tre första utbildningsomgångarna i ASI var relativt spritt så utbildades Solnas medarbetare uteslutande under det tredje och sista tillfället. Innebörden av detta är att Solna var färdigutbildade och klara att använda ASI-intervjun precis vid mätperiodens början vilket naturligtvis kan ha påverkat antalet gjorda ASI-intervjuer. Vi vet sedan tidigare undersökningar att det i initialskedet krävs tid för träning i den nya metoden för att den ska förankras och bli en del av det reguljära arbetet (Alexandersson, 2006).

Upplands Väsby har det klart högsta användandet av ASI i sitt utredningsarbete. Detta trots att hela personalstyrkan har bytts ut under projektperioden, en ny chef har tillkommit och verksamheten har genomgått en medelstor organisationsförändring. Förändringen av verksamheten bestod i att den tidigare Vuxengruppen (där både utredning och behandling låg inom samma enhet) delades i en Utredningsgrupp och en Resursenhet med en varsin chef. Verksamheten kan liknas vid en beställar – utförarorganisation men är dock inte en renodlad sådan. Under projekttiden etableras också en Rådgivnings- och mottagningsfunktion som bland annat ansvarar för förhandsbedömningar och sorterar ärenden. Mottagningen har även ASI kompetens och genomför utredningar med ASI-intervjun i den händelse klienten remitteras direkt till Resursenheten (för insats/behandling).

Att man i Upplands Väsby trots de omställningar som skett kunnat genomföra så hög andel ASI-intervjuer kan bero på att förändringarna i verksamheten främst infallit i tiden efter vår mätperiod. Den tidigare arbetsgruppen var stabil fram t.o.m. delningen av verksamheten. Därefter skedde en omsättning av personalen under en relativt begränsad tidsperiod och

---

<sup>14</sup> Under projekttiden har det rått osäkerhet runt vilka som ska arbeta med ASI i utredningsarbetet. Vid tiden för arbetet med denna studie har vi dock erhållit uppgift om att man nu i Järfälla fattat beslut om att ASI uteslutande ska göras av de fyra handläggare som enbart sysslar med missbruksärenden i vuxengruppen.

ersattes av nya medarbetare ungefär vid tidpunkten för den fjärde utbildningsomgången i ASI och kontinuiteten har därför kunnat upprätthållas. Att Rådgivning – och mottagningsgruppen också använder ASI i sitt utredningsarbete kan även ha bidragit till den höga andelen gjorda ASI-intervjuer.

Som framgår av den högra kolumnen, längst ner i tabell 8 har man i nordvästkommunerna under perioden använt ASI-intervjun (eller bortfallsblanketten) i 43 procent av alla öppnade ärenden. Det är svårt att ha en uppfattning om detta är ett bra eller dåligt utfall då vi inte har många undersökningar att jämföra med. I exemplet Dalarna (se tidigare avsnitt 4.1.3.) anges att ASI (och/eller IUS) användes i 38 procent av alla utredningar efter att metoden/metoderna införts (Alexandersson, 2006). I en annan undersökning konstateras att antalet genomförda ASI-intervjuer *..[]..är relativt litet framförallt för socialtjänstens personal..[]..* (Engström, 2005. IV. s. 38). Vidare noteras i denna studie att det är relativt få som har genomfört fler än tio intervjuer trots att de vid undersökningstillfället haft möjlighet, att i sitt arbete använda ASI-intervjun under flera års tid (a.a.).

Med utgångspunkt i genomförandeplanen kan 43 procents användning av ASI anses som litet. Där betonas att ASI-intervjun skulle användas i alla nyöppnade ärenden. Vad som betraktas som ett nyöppnat ärende kan däremot tolkas olika. Det är inte ovanligt att klienter inom missbruksvården återkommer till socialtjänsten efter en avslutad insats, efter drop-out eller efter viss tid. Det är då oklart om handläggaren anser att dessa, sedan tidigare kända klienter ska räknas som ett nyöppnat ärende även om man de facto öppnar en ny utredning. Möjligtvis kan viss del av diskrepansen mellan genomförda ASI-intervjuer och antalet öppnade ärenden förklaras av just detta. Man känner sig helt enkelt inte bekväm med att använda ASI-intervjun med klienter som man kanske träffat under flera års tid och där man upplever att man redan har relevant och tillräcklig information. Här finns kanske anledning att på sikt närmare precisera vad som avses med ett ”nyöppnat ärende” och mer tydligt fastställa när ASI skall användas.

En tänkbar tolkning av diskrepansen mellan antalet ASI-intervjuer och öppnade utredningar skulle kunna vara valet av mätperiod. Tidigare implementeringsstudier som vi redovisat i denna studie (se kap. 3.2.) visar att det i initialskedet tar tid innan man kontinuerligt använder sig av den nya metoden. Man har ingen vana i det nya arbetssättet och därför kräver varje valt tillfälle att man planerar för och avsätter extra tid. Detta kan innebära att man gör vissa

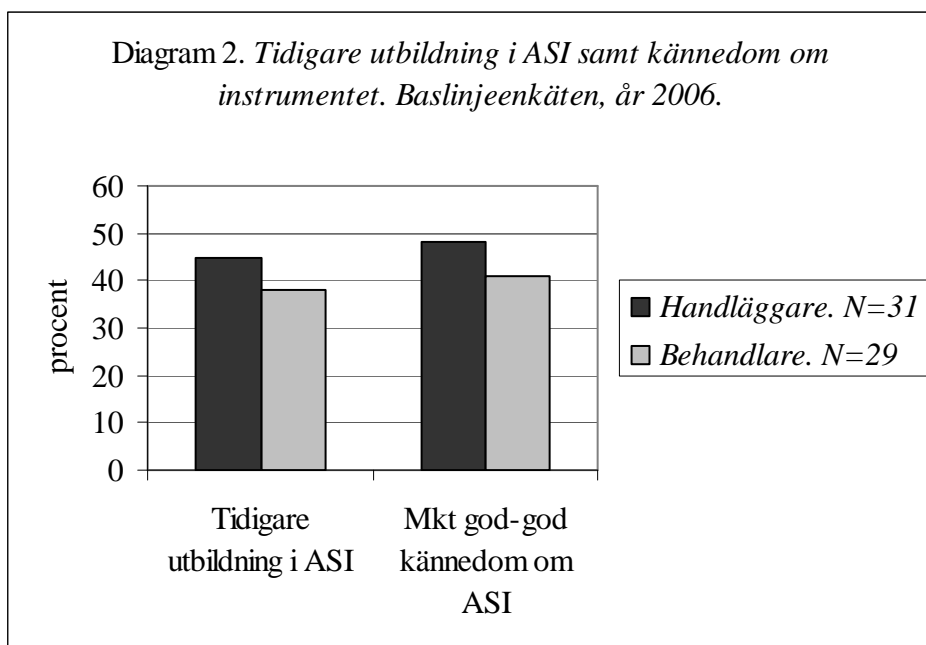
strategiska val, framförallt innan metoden har "satt sig". Eftersom vi har valt ett startdatum i så nära anslutning till just avslutad utbildning skulle man kunna anta att detta påverkat andelen ASI-intervjuer. För att få stöd i denna tolkning, att mätperioden kan ha betydelse för antalet gjorda ASI-intervjuer, kontrollerades databasen kvartalsvis. Vi kunde då se att antalet ASI-intervjuer snarare sjönk under perioden. Det högsta antalet ASI-intervjuer är gjorda under det första kvartalet under vår mätperiod, 77 stycken under september 2006 t.o.m. december 2006. Under det sista kvartalet gjordes det 47 stycken ASI-intervjuer men detta lägre antal kan i och för sig förklaras av att perioden infaller under sommar och semestertid. För att undersöka om det förelåg någon trend i att antalet intervjuer sjunker med tiden kontrollerades även det första kvartalet efter mätperioden, d.v.s. september 2007 t.o.m. december 2007. Vi kunde då konstatera att antalet intervjuer var 40 stycken (att jämföra med 77 för samma period året innan). Vi har inte haft möjlighet att kontrollera antalet öppnade utredningar kvartalsvis för mätperioden och kan därför inte uttala oss om ifall antalet ASI-intervjuer sjunker i förhållande till att antalet öppnade utredningar blir färre. En tänkbar förklaring skulle kunna vara att inflödet av nya klienter inte är speciellt stort och att det uppstår en slags "mättnad" i förhållande till klientgruppen. Tvärt emot vad vi antagit, att antalet ASI-intervjuer skulle vara lågt i initialskedet, tyder snarare resultaten på att man initialt använder ASI-intervjun i pågående ärenden med redan tidigare kända klienter. Därefter, när man genomfört intervjun i redan aktuella ärenden övergår man till att använda instrumentet i nya ärenden enbart och ett minskat antal intervjuer blir därför en given följd.

Valet av mätperiod tycks således inte förklara diskrepansen mellan andelen ASI-intervjuer i förhållande till öppnade ärenden i förväntad utsträckning. Även om tolkningen av begreppet nyöppnat ärende till viss del kan förklara skillnaden så antyder variationerna mellan kommunerna att andra faktorer sannolikt har större betydelse i sammanhanget. I ett antal viktiga avseenden så har alla åtta kommuner haft samma yttre förutsättningar vid införandet av ASI, dvs.: finansierad ASI-utbildning för samtliga medarbetare inom missbruksenheter, extern samordning, interna stödpersoner och ett datastöd för lagring av information. Missbrukscheferna har varit initiativtagande och följt utvecklingen av projektet och införandet av metoden på nära håll. Projektet var även förankrat på en högre ledningsnivå. Variationen i användandet kan därför sökas hos de enskilda kommunernas inre förutsättningar. I detta avsnitt har vi bland annat framhållit sådant som personalomsättning, nya chefer och eventuella omorganisationer. I det följande presenteras resultaten från enkäterna och

intervjuerna, där avsikten är att blottlägga andra, individuella faktorer som kan ha betydelse för variationen i användandet.

### 6.3. Baslinjeenkäten – våren 2006

Den första enkäten skickades ut strax före utbildningsstart och syftet var att undersöka omfattningen av tidigare genomförd utbildning i ASI samt vilken kännedom som personalen inom missbruksenheterna i nordväst hade om instrumentet (se Diagram 2). Enkäten sändes ut till de 64 personer – handläggare och behandlare – som vid tidpunkten var anmälda att genomföra utbildningen i ASI och besvarades av 60 personer. Av de svarande var 52 procent handläggare och 48 procent behandlare/utförare.



Som framgår av diagrammet hade en relativt stor andel av medarbetarna i nordväst, runt 40 procent, redan utbildning i ASI. Något fler uppgav också att de kände till instrumentet väl (kategorierna är inte uteslutande). I baslinjeenkäten hade vi också sex frågor med öppna svarsalternativ där vi bad om synpunkter på strukturerade bedömningsinstrument utifrån den erfarenhet som man hade vid besvarandet. Dels ville vi veta i vilken utsträckning man uppfattade några positiva respektive negativa egenskaper med ett instrument av detta slag ur ett klient-, socialarbetar- eller ledningsperspektiv. Svaren, som vi har kategoriserat utifrån dessa perspektiv, visar på att respondenterna totalt sett, angav fler och tydligare svar utifrån

positiva aspekter och att dessa svar var mer utvecklade och omfattningsrika. De svar vi erhöll sammanfattas i kategorier i Tablå 1.

Tablå 1.

*Angivna för – och nackdelar med bedömningsinstrumentet ASI. Baslinjeenkäten, år 2006  
N=60*

<p><b>Fördelar ur ett klientperspektiv:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rättvisa</li> <li>• Tydlighet</li> <li>• Bättre kartläggning</li> <li>• Brukarorienterat</li> <li>• Insatsorienterat</li> </ul>	<p><b>Nackdelar ur ett klientperspektiv:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omfattning</li> <li>• Frågornas formulering</li> <li>• ”Falska förhoppningar”</li> <li>• Att sitta med ett formulär</li> <li>• Distans</li> </ul>
<p><b>Fördelar ur ett socialarbetarperspektiv:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Täckande</li> <li>• ”Pålitlig” metod</li> <li>• Utredningsorienterat</li> <li>• Kommunikationsfördelar</li> <li>• Klientorienterat</li> </ul>	<p><b>Nackdelar ur ett socialarbetarperspektiv:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oflexibelt</li> <li>• Omfattning</li> <li>• Kunskapsproblem (man kan det ej ordentligt)</li> <li>• Stelt</li> <li>• Metodtrötthet</li> <li>• Otillräckligt, bör kompletteras</li> </ul>
<p><b>Fördelar ur ett ledningsperspektiv:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultatorienterat</li> <li>• Utvärderingsorienterat</li> <li>• Ger en bra bild av utredningsarbetet</li> <li>• Ger en bra bild av målgruppen, dess behov och de insatser som ges</li> <li>• Förbättringsorienterat</li> <li>• För planering av resurser</li> </ul>	<p><b>Nackdelar ur ett ledningsperspektiv:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan ge ”sifferblindhet”</li> <li>• Ger bara bild på gruppnivå, ej av individ</li> <li>• Kan ge övertro på metod</li> <li>• Risk att det kan användas för att mäta arbetsinsats</li> </ul>

Som framgår av tablå 1 nämns en rad fördelar med instrumentet som även missbrukscheferna ansåg vara motiv till varför man hade för avsikt att införa ASI (se kap. 1.2.3.). Det ansågs vara rättvist och brukarorienterat. Det skulle också ge en bra bild av målgruppen och gynna planerandet av resurser. Man ansåg också att det är en täckande och ”pålitlig” metod men uttryckte samtidigt en oro över att det kunde vara allt för omfattande och oflexibelt och att instrumentets formulering kunde skapa en distans i mötet med klienten.

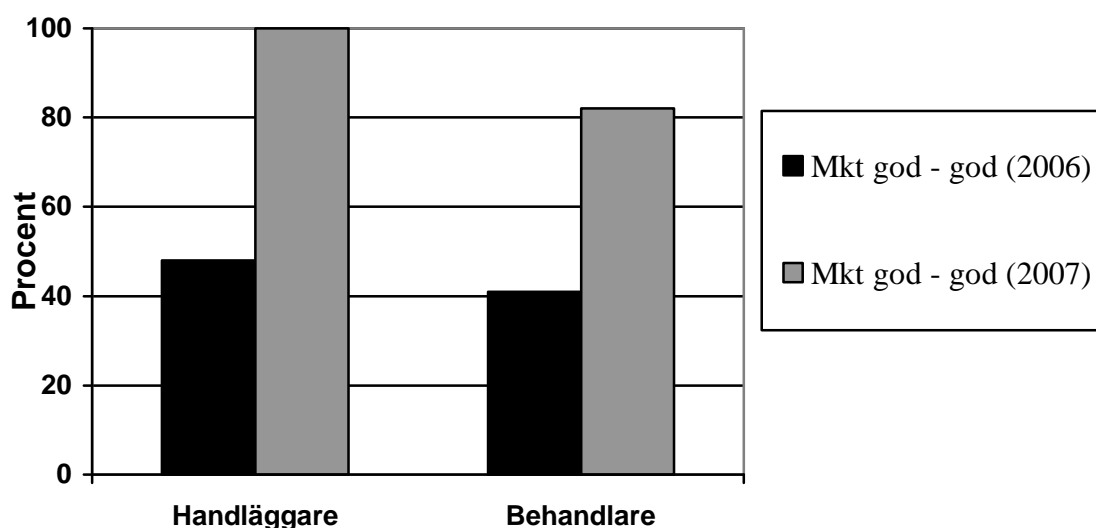
#### 6.4. Den uppföljande enkäten – hösten 2007

Med vetskap om andel genomförda ASI under den studerade perioden formulerade vi en ny, liknande enkät men lade till frågor som rörde användningen och implementeringen<sup>15</sup>.

Antalet handläggare och behandlare var vid denna tidpunkt (hösten 2007) ungefär detsamma som vid baslinjeenkäten men besvarades av något färre antal personer – 52 mot tidigare 60 (58 procent handläggare respektive 42 procent behandlare). På grund av den personalomsättning som skett under projektiden är flertalet respondenter heller inte desamma som besvarade det första frågeformuläret, baslinjeenkäten.

Vi frågade även i denna enkät efter respondenternas kunskaper om ASI i dag och generellt kan sägas att kännedom om instrumentet hade ökat betydande i tiden mellan de två enkäterna (se diagram 3).

Diagram 3. *Kännedom om ASI vid första respektive andra undersökningstillfället, år 2006 (handl.=31, behandl.=29) & 2007 (handl.= 30, behandl.=22).*



<sup>15</sup> Vår avsikt har varit att presentera vissa av resultaten fördelade per kommun men då det interna bortfallet för en del av svarsalternativen har varit mer än 25 procent anser vi att resultatbilden blir felaktig och gör därför ingen jämförelse mellan kommunerna annat än där svarsfrekvensen vid den specifika frågan är 75 procent eller högre.



Av diagrammet framgår att det, som förväntat, skett en markant ökning av kunskaperna om ASI mellan de bägge mättillfällena. För handläggarnas del handlar det om en ökning med 52 procentenheter sedan förra enkäten. Alla de handläggare som har besvarat enkäten uppger att man har mycket god eller god kunskap om ASI. Motsvarande siffra för behandlarna är 82 procent, vilket i runda tal innebär en fördubbling sedan det första mättillfället.

Vi bad respondenterna rangordna den information som erhålls genom ASI-intervjun i förhållande till dess nytta i klientarbetet. Frågor av detta slag kan ibland lätt missuppfattas och respondenterna är inte alltid konsekventa i sina svarsalternativ, vilket medfört ett visst internt bortfall. De svar vi erhållit tyder dock på att man i första hand använder ASI-intervjun för basinformation i klientarbetet. I andra hand använder man utnyttjas den som underlag för vidare samtal med klienten (återkoppling). I tredje hand används informationen vid beslut om insats och i fjärde och femte hand använder man informationen för att skaffa sig kunskap om klientgruppen och för att utveckla verksamheten.

Vi har också frågat vad som avgör att man avstår ifrån att använda ASI-intervjun i klientarbetet. Få av de svarande har valt alternativet ”då klienten nekat” vilket kan tolkas som att det generellt sett är få klienter som avböjer ASI-intervjun. Vanligast är istället att man avstår då utredning redan gjorts inom kommunen och en betydande del av de som valt detta alternativ är behandlarna/utförarna. Andra avstår på grund av att klienten har parallella psykiska problem eller svårt att förstå frågorna (språksvårigheter). Annat som anges är att man inte finner ASI lämpligt och att det råder osäkerhet var i verksamheten som ASI ska göras. Vidare finns det tjänstemän som avstår från att genomföra ASI om klienten är påverkad eller då kontakten endast är sporadisk. Några uppger också att man inte gör ASI om uppdraget kommer från Barn- och familjeenheten eller om det handlar om en LVM-utredning.

Vi har också frågat hur ofta man fyller i bortfallsblanketten i de fall man inte genomför ASI. En knapp tredjedel har svarat att man alltid gör det medan 38 procent uppger att man aldrig gör det och 15 procent att man bara gör det ibland.

För att undersöka om det finns åtgärder som på något sätt skulle kunna underlätta eller förbättra användningen av ASI bad vi respondenterna, utifrån ett antal fasta svarsalternativ, lista vad det skulle kunna vara (se Tablå 2). Av svaren framgår att det framförallt är mer tid som medarbetarna anser sig behöva. Övriga alternativ samlar förhållandevis få

instämmanden , men större kunskap (generellt om ASI eller om dess mjukvara) och ett större intresse bland kollegor är faktorer som vissa framhåller. Det sistnämnda är intressant då det faktiskt pekar mot *användningen* av instrumentet. I enkäten fanns även ett alternativ för övriga kommentarer om förbättringsfaktorer. Endast ett fåtal svar erhöles vid detta alternativ men bland annat uppges att det vore önskvärt med fler nya klienter och kännedom om var i verksamheten ASI förväntas användas.

Tablå 2.

*Andel som svarat ja på önskvärda förbättringsfaktorer.*

*Uppföljningsenkäten, år 2006 n=52*

<i>Förbättringsfaktorer</i>	<b>Andel som valt alternativet (%)</b>
Mer tid	50
Större kunskap om dataprogrammet där ASI lagras och bearbetas	17
Mer intresse bland kollegor	15
Mer kunskap om ASI	12
Bättre stöd från chefer	10
Bättre organisation	10

#### *6.4.1. Den uppföljande enkäten och implementeringen*

I den uppföljande enkäten gick vi sedan vidare med frågor som rörde själva implementeringsprocessen. I denna del av formuläret började vi med att ställa en fråga om utbildningen. Av svaren framgår att 67 procent var mycket nöjda eller nöjda med utbildningen och handläggarna är på det hela taget något mer nöjda än behandlarna. På frågan om hur delaktig man känt sig då ASI-intervjun införts i verksamheten svarade 38 procent att de känt sig mycket delaktiga. Nästan hälften har upplevt att de delvis har varit delaktiga medan 16 procent känt sig mindre delaktiga. En högre andel av handläggarna än behandlarna upplevde att de varit delaktiga. Noterbart är att i Järfälla och Sundbyberg har ingen av respondenterna upplevt att de varit mycket delaktiga. För Järfällas del är detta förmodligen ett uttryck för den omorganisation som kommunens IFO-verksamhet gick igenom vid tidpunkten för införandet av ASI.

Vi ville också veta om medarbetarna visste vart de kunde vända sig i de fall det uppstod frågetecken i anslutning till ASI-intervjun. Samtliga som besvarade frågan, 96 procent, visste

var de skulle söka hjälp. På frågan om hur man såg på stöd och hjälp i användningen av ASI inom enheten uppgav 36 procent att detta alltid fanns att erhålla. En tredjedel tyckte att det oftast gick att erhålla medan 20 procent uppgav att det sällan eller aldrig kunde få stöd och hjälp inom enheten. Andelsmässigt var det fler behandlare än handläggare som upplevde att det alltid gick att erhålla stöd. På kommunnivå fann vi de högsta andelarna i Sigtuna, Sollentuna och Upplands Väsby där samtliga menade att stöd och hjälp inom enheten alltid eller oftast gick att erhålla.

Vad det gäller tillgängligt stöd utom enheten (här angavs projektsamordnaren, socialstyrelsen och webbsidor som exempel) angav en tredjedel av de svarande att detta fungerade mycket bra. Ungefär hälften tyckte att det fungerade bra medan enbart fyra procent tyckte att det fungerade mindre bra eller dåligt. Också här var det andelsmässigt fler handläggare än behandlare som upplevde att detta fungerade mycket bra.

Vi ställde två frågor om Projektgruppen och deras funktion. Nästan samtliga, 93 procent uppgav att man kände till att gruppen fanns och en fjärdedel tyckte att stödet från projektgruppen fungerade mycket bra. Hälften tyckte att stödet från gruppen fungerade bra och fyra procent upplevde stödet som mindre bra.

De allra flesta, 67 procent, upplevde att de hade stöd från sin närmaste chef medan 20 procent tyckte att stödet från chefen fungerade mindre bra eller dåligt. Något fler behandlare än handläggare var missnöjda med chefens stöd. I Sollentuna och Upplands Väsby uppgav samtliga svaranden att stödet från chefen fungerade mycket bra eller bra. Det är också i dessa två kommuner som ASI-användningen varit störst under vår mätperiod.

Hälften av de tillfrågade upplevde att övriga i ledningsgruppen visade intresse för ASI och arbetet med att införa ASI. Skillnaden mellan handläggare och behandlares uppfattning var endast marginell. Det största intresset på kommunnivå hittar vi i Sollentuna, Sundbyberg och Upplands Väsby där samtliga svarande uppgav att de övriga i ledningsgruppen var mycket eller ganska intresserade.

### 6.5. Intervju med Projektgruppen

Intervjun med Projektgruppen ägde rum i januari 2008 och genomfördes i form av en gruppintervju. Vid intervjutillfället deltog sex kommuner av våra åtta. De två kommuner som inte kunde delta vid gruppintervjun skickade senare skriftligt in sina svar på de tre frågor som behandlades under intervjun. Projektgruppen fick inledningsvis information om det uppmätta antalet ASI-intervjuer (och bortfallsblanketter) i förhållande till antalet öppnade utredningar och frågorna under intervjun fokuserade på förhållanden som avgör då man avstår ifrån att använda ASI samt vad som skulle tänkas underlätta användandet. Intervjun spelades in på band och tog ungefär en timme att genomföra.

De frågor som behandlades under gruppintervjun var:

1. *Vad är det främsta skälen eller anledningarna till att socialarbetarna i Din kommun inte använder ASI?*
2. *Vilken är Dina kollegors inställning till ASI idag? Är det ett användbart redskap i utredningsarbetet?*
3. *Vad tror Du skulle öka motivationen att använda ASI i klientarbetet på Din arbetsplats?*

Vi väljer att beskriva resultaten endast övergripande och inte hur svaren korrelerar med användarandelarna i de olika kommunerna då respondenterna har lovats anonymitet.

#### 6.5.1. När utreder man inte med ASI och varför?

Utifrån de svar som erhöles kunde vi urskilja tre ganska tydliga kategorier:

- A - Situationen
- B – Handläggaren/behandlaren
- C - Instrumentet

Svar som hänför sig till *situationen* (A) kan i sin tur delas in i två underkategorier där den första i huvudsak berör klientens situation. Det kan handla om att klienten är i sådant skick att

en intervju inte går att genomföra. Han/hon kan vara psykiskt instabil eller i så pass fysiskt dålig kondition att ASI-intervjun anses olämplig. Klienten kan också vara föremål för en akut åtgärd/insats (företrädesvis LVM-ärenden) där ASI anses ogenomförbar. Här anges också skäl som språksvårigheter och naturligtvis, fall där klienten avböjer ASI-intervjun. Har klienten redan genomfört ASI-intervjun relativt nyligen, inom kriminalvården till exempel, så genomför man den inte igen. Det förekom också att man inte gjorde ASI-intervjun i den händelse klienten kom i sällskap med barn.

Svaren ligger i linje med de överenskommelser som gjordes vid projektstart gällande undantag att använda ASI-intervjun. De intervjuade är generellt överens om att man bör avstå från att använda instrumentet då mötet med klienten präglas av ovanstående svårigheter.

Den andra underkategorin handlar om socialarbetarens situation. Här är de vanligaste orsakerna tidsbrist och arbetsbelastning. Dessa skäl är dock inte självklara att kategorisera under situation eftersom det framkommer att dessa även kan vara starkt knutna till handläggaren/behandlaren och instrumentet. Har man som enskild individ ingen större vana i att använda instrumentet tar ASI-intervjun mer tid att genomföra och man upplever tidsbrist. Ett annat angivet skäl av situationell karaktär är organisationsförändringar. Då verksamheterna varit utsatta för förändringar upplever man att den nya metoden, ASI varken har prioriterats av chefer eller kollegor. Metoden hålls inte levande utan faller i glömska. Tidigare redovisade data i denna studie stödjer denna iakttagelse, att användarandelen kan vara lägre i de kommuner som genomgått stora förändringar under projekttiden. Sambandet är dock inte entydigt eftersom vissa kommuner använt metoden i relativt stor utsträckning trots förändringar i verksamheten.

Skäl som rör *handläggaren/behandlaren* (B) har att göra med den enskilde socialarbetarens motvilja eller okunskap att använda instrumentet. Här kan det till exempel handla om medarbetare på enheten som inte erhållit utbildning i ASI. Det kan också handla om att den enskilde kort och gott inte gillar instrumentet utan anser att hans/hennes tidigare arbetsmetoder fungerar bättre. Med brist på övergripande styrning kan dessa personer fortsätta att arbeta med ”egna” metoder utan att detta ifrågasätts av chefer eller övriga ledning.

Skäl som rör *instrumentet* (C) har mer att göra med en ovana att använda det. Viljan finns, men inflödet av ”lämpliga” klienter har varit lågt varför man inte har haft möjlighet att träna

sina färdigheter. Man upplever då att ASI-intervjun är styltig och krånglig och tar allt för mycket tid. Man känner sig osäker inför skattningarna och vet inte vilken information som är bäst lämpad att föra över i återkopplingsformuläret. Man har inte haft möjlighet att göra intervjun till ”sin egen” och känner därför osäkerhet vid varje tillfälle man ska genomföra en ASI-intervju. I den första enkäten (Kap. 6.3. Tablå 1) var det just detta som respondenterna pekade på som en eventuell nackdel när det gäller ASI-intervjun. Instrumentet ansågs omfattande och man beförde att det skulle kräva en hel del tid och träning innan man kunde det ordentligt.

#### *6.5.2. Inställning till ASI och dess användbarhet*

Inställningen till ASI tycks variera men man är till övervägande del överens om att det är ett bra redskap i utredningsarbetet och de flesta är positiva till instrumentet som sådant. Frågorna upplevs som relevanta och man får rikligt med information framförallt i förhållande till helt nya klienter.

Att det ändå föreligger tveksamhet avseende användbarheten och en inte allt genom positiv inställning framkommer också. Några upplever det som tidskrävande och avstår hellre från att göra ASI än att dela upp intervjun på två mötestillfällen. Man menar att de ”traditionella” metoderna ger den information som man behöver på mycket kortare tid. Arbetsinsatsen, att genomföra ASI, står inte i relation till de resultat man får fram varför man hellre väljer att arbeta med den utredningsmetod som man är van vid. Vidare framkommer att några är oroliga att väcka förhoppningar hos klienten som inte kan infrias. Instrumentet kartlägger förvisso behov hos klienten inom många livsområden men dessa överensstämmer kanske inte med de resurser och insatser som man förfogar över. Just det sistnämnda, en oro att väcka till liv falska förhoppningar hos klienten framkom redan i den första enkäten (Kap. 6.3. Tablå 1) som en eventuell nackdel med instrumentet. Resultatet tyder alltså på att dessa farhågor fortfarande kvarstår och påverkar inställningen till instrumentet hos vissa av medarbetarna.

#### *6.5.3. Hur ska vi öka motivationen?*

Några av respondenterna svarar att motivationen redan är hög och att ASI intervjun är en självklar del i utredningsarbetet. Andra menar att en bättre styrning och mer tid att både öva och diskutera instrumentet i arbetsgruppen skulle öka motivationen.

Andra motivationsfrämjande faktorer som framkommer är en bättre tydlighet i kopplingen mellan insats och utfall. Att kunna se och erfara positiva effekter statistiskt genom t.ex. system för återkommande gruppsammanställningar anses vara motivationshöjande. Om detta material sedan efterfrågas av politiker och ledning tror man skulle kunna bidra till ”snöbollseffekter” där socialarbetaren upplever ett större engagemang att använda instrumentet eftersom det fyller ett syfte ur ett bredare perspektiv. Sett ur ett klient – och professionsperspektiv upplever man att det skulle höja motivationen om man kunde utveckla kunskapen i hur man använder informationen i ASI-intervjun. Man vill kunna bli bättre på att koppla samman informationen som erhålls, klientens svar och bedömning av sin situation med insatser som kan ha betydelse för klientens möjligheter att utvecklas positivt. Tidigare (kapitel 3.2) i denna rapport har vi refererat vi till ett par undersökningar som just pekar på vikten av synbara resultat för en lyckad metodimplementering (Alexandersson, 2006, Guldbrandsson, 2007). Även i denna studie framhålls detta som en motivationshöjande faktor – att kunna se och erfara fördelar med (utrednings-) metoden.

Ytterligare synpunkter som framkom rörde dataprogramvaran där ASI-intervjuerna lagras. Man menade att motivationen skulle öka om den textsammanställning som man erhöll från dataprogrammet skulle kräva mindre redigeringsarbete vilket upplevdes som tidsödande och betungande.

## *6.6. Intervju med missbrukscheferna*

I ett senare skede, mars 2008, genomfördes en gruppintervju med missbrukscheferna. Vid intervjutillfället medverkade fyra av nordvästs åtta kommuner: Ekerö, Sollentuna, Sundbyberg och Upplands Väsby. Missbrukscheferna arbetade med samma frågeställningar som projektgruppen (se ovan) med en tilläggsfråga som handlade om det fortsatta arbetet lokalt, i den egna kommunen. Frågorna skickades ut till missbrukscheferna före intervjutillfället och intervjun genomfördes av medarbetare inom FoU-Nordväst och spelades in på band.

### *6.6.1. När utreder man inte med ASI och varför?*

Det framgår av de svar som missbrukscheferna redovisar att man i hög utsträckning har ställt denna fråga till sina medarbetare för att få ett underlag inför denna intervju. Därför ligger också svaren i linje med det som projektgruppen förmedlade vid denna fråga (se ovan).

ASI-intervju görs inte med klienter med en komplicerad diagnos, inte heller om detta redan är gjort inom t.ex. kriminalvården eller om det handlar om nygamla klienter där det redan finns en ASI-intervju i grunden. En kommun uppger att man inte gör ASI-intervju i ärenden där det krävs tolk och inte heller om mötet med klienten är en del i en barnavårdsutredning där det föreligger misstanke om missbruk. Ingen av kommunerna använder ASI i utredningar som handlar om körkortyttranden. Inte heller använder man instrumentet i akuta ärenden eller då klienten kommer direkt ifrån behandlingshem då frågan om boende är aktuell och prioriterad, uppger en kommun.

#### *6.6.2. Inställning till ASI och dess användbarhet*

Missbrukscheferna från alla kommuner utom en uppger att man är positivt inställda till instrumentet och att det upplevs som användbart. I en av kommunerna, som genomgått en stor personalomsättning, har det varit positivt för de nyanställda att ha en konkret och bestämd utredningsmetod att hålla sig till då de påbörjat sitt arbete i kommunen. I en annan kommun anses ASI-intervjun ha bidragit till att skapa en bra dialog med klienterna och att man genom instrumentet, på ett tydligt sätt kan arbeta med motivationen hos klienten.

Svaren ligger i linje med de fördelar som angavs i den första enkäten (se kap. 6.3. Tablå 1). Där menade man just att instrumentet hade kommunikationsfördelar och var klientorienterat. Vidare pekade man i enkäten på att instrumentet var täckande och ”pålitligt”. Man ansåg också att det var utredningsorienterat och tydligt. Något som kan ha bidragit till kontinuitet i användandet av ASI i de kommuner som genomgick en fullständig personalomsättning under projektiden.

En av missbrukscheferna menar att man nog hade förväntat sig en mer positiv inställning till ASI-intervjun men fann istället att medarbetarna uttryckte missnöje med instrumentets distansskapande och fyrkantighet. Det fanns vidare farhågor att ASI-intervjun skulle skapa förväntningar hos klienten som enheten inte kunde uppfylla på grund av begränsade resurser och utbudet av insatser. I och för sig insåg man att instrumentet på sikt kunde vara till nytta för statistik och verksamhetsutveckling, men man förstod inte fullt ut syftet med intervjun. I den första enkäten (a.a.) användes just begrepp som distans, fyrkantigt formulär, frågornas formulering för att beskriva vad vissa ansåg vara nackdelar med instrumentet. Svaren tyder



således på att vissa medarbetare vidhåller uppfattningen om instrumentets fyrkantighet och distansskapande. En tidigare studie betonar också att användarna måste förstå metodens innebörd och syfte för att vara motiverad att använda den (Guldbrandsson, 2007). Om detta inte uppnås påverkar detta naturligtvis viljan att använda metoden.

### *6.6.3. Hur ska vi öka motivationen?*

Motivationen är redan hög uppger de flesta av cheferna, men man anser sig behöva utveckla strategier för hur man mer konkret skall använda ASI-data vid behandlingsplaneringen. Man efterlyser tydligare strukturer när man går igenom informationen för att kunna använda den och för att tydligare motivera de insatser som föreslås.

I en av kommunerna uppger missbrukschefen att motivationen skulle kunna öka om man hade en samordnad planering av återkommande utbildning. Med utgångspunkt i den personalomsättning som föreligger skulle det minska risken att användandet tappar fart om det fanns en plan för regelbundna utbildningstillfällen. Mot bakgrund av att många data i denna studie pekar på att personalomsättning faktiskt utgör ett reellt problem i sammanhanget, skulle detta kunna betraktas som en av hörnstenarna för en lyckad metodimplementering. Att planera för och anpassa metoden till lokala förutsättningar efter det att den betraktas som färdigintroducerad brukar också framhållas som ett sådant fundament (Alexandersson, 2006, Guldbrandsson, 2007).

En av cheferna uppger att motivationen tycks relativt låg då medarbetarna upplever att intervjun tar för lång tid att genomföra och att den inte är tillämpbar för alla klienter då dessa inte klarar av att fullfölja intervjun. Man framhåller dock att oavsett motivationen är låg så genomför medarbetarna ASI-intervjun.

Svaren visar således att användarna av ASI sprider sig längs hela motivationsskalan. Det finns de som är mycket motiverade, de som eventuellt skulle behöva bli något mer motiverade och de som inte tycks motiverade alls att använda ASI i sitt utredningsarbete. Tolkningen av detta är naturligtvis inte enkel och några allmänna förklaringar till varför medarbetarnas erfarenheter av ASI är så olika går inte att ge. Utifrån ett generellt perspektiv tycks våra data ändå visa att implementeringsresultatet, dvs. i hur stor utsträckning som medarbetarna

tillgodogör sig den nya arbetsmetoden, hänger samman med organisatoriska och/eller individuella faktorer.

#### *6.6.4. Planering för tiden efter projektet avslutats*

Här framkommer att missbrukscheferna i kommunerna inte ser på införandet av ASI som ett projekt med ett slutdatum. Man framhåller att det ska löpa vidare och utvecklas inom områden som behandlingsplanering och systematik att genomföra uppföljande ASI-intervjuer. Trots denna uppslutning bakom instrumentet framför missbrukscheferna farhågor. Vissa av dessa uttrycks som frågor: Hur man planerar för det fortsatta arbetet: Behöver man en eldsjäl som drar? Kan Projektgruppen bestå? Hur borgar vi för samsyn och helhet?

I diskussionen som följer framkommer att de flesta menar att det är ytterst viktigt att Projektgruppen kvarstår och att man utser någon person som kan vara sammankallande. Man menar att det är bättre att de som använder ASI i praktiken tar ansvar för att hålla arbetet levande, eftersom det är dessa personer som bäst kan instrumentet. Några anser att det är en brist att de själva inte deltog i den praktiska utbildningen i ASI eftersom de därför inte alltid kan ge det stöd och den hjälp som medarbetare, framförallt nyanställda, behöver.

En av cheferna berättar utifrån erfarenheterna i sin kommun om utvecklingen av uppdragsmallar som man numera formulerar utifrån de livsområden som finns i ASI. Detta menar hon, är ett sätt att använda och utveckla instrumentet kopplat till ett större sammanhang. Övriga kommuner visar intresse att utveckla liknande formulär utifrån behovsområden i ASI och diskussionen uppehåller sig runt detta.

Frågan om framtiden avslutas med ett par ställningstaganden från kommunernas missbrukschefer: Bäst för det fortsatta arbetet är att permanenta Projektgruppen. Detta skulle fungera bättre än att Nätverket (missbrukscheferna själva) driver frågan. ASI har tagit mycket tid och plats på Nätverkets möten och man upplever att man framgent även måste fokusera på och prioritera andra frågor.

## 7. Diskussion

### 7.1. Inledning

I denna studie har vi kunnat se att det är många faktorer som kan påverka utfallet av implementeringen av en ny arbetsmetod. Studien har också visat att det inte tycks finnas några entydiga samband mellan enskilda faktorer och dessas betydelse för utvecklingen. I vissa organisationer till exempel, har personalomsättningen varit hög och detta kan ha påverkat utfallet i just den enskilde kommunen. I en annan kommun med liknande förutsättningar har man lyckats behålla kontinuiteten i användandet trots att omsättningen av personal varit hög.

### 7.2. Går implementering att mäta?

Trots de ganska exakta siffror som redovisas i denna studie vill vi mana till försiktighet i tolkningen av dem. Vi har i både enkätsvar och i resultaten av intervjuerna med projektgruppen och missbrukscheferna kunnat förstå att ASI-intervjun inte genomförs med vissa klienter och målgrupper. ASI-intervjun väljs bort vid psykisk ohälsa, då klienten är i dålig fysisk kondition, när ärendet är akut, ibland då det krävs tolk, om klienten kommer till mötet med barn eller om ärendet är en del av en barnavårdsutredning där det finns misstanke om missbruk. I denna studie har vi inte haft för avsikt att närmare studera målgruppen i våra kommuner men sannolikt förhåller det sig så att flertalet av de utredningar som öppnats under mätperioden handlar om personer i just nämnda omständigheter och därför har ASI-intervjun inte varit aktuell för dessa klienter.

Generellt skulle man kunna tänka sig att formulerandet av delmål, mål och målgrupp i någon mån kunde förenkla och förtydliga användandet av instrumentet. Tydlighet i dessa avseenden skulle också kunna utgöra en grund för möjligheten att mäta utfallet av implementeringen. Om man redan innan införandet var relativt klar över vilka målgrupper som instrumentet inte var lämpligt för kunde detta uttryckas och dokumenteras och vara till stöd i den enskildes utredningsarbete. På ett liknande sätt kunde man tänka sig att tydligt formulerade mål och delmål skulle underlätta införandet av ett nytt arbetssätt. Med utgångspunkt i ASI-intervjun skulle ett delmål t.ex. kunna vara att man efter 6 månader ska ha uppnått ett visst antal intervjuer i förhållande till öppnade utredningar under perioden. Utfallet kan sedan användas för att värdera implementeringsarbetet i sig, men också för att undersöka om målet var realistiskt och genomförbart. Härigenom kan man också rikta fokus mot i vilka ärenden som ASI inte användes och diskutera detta i arbetsgruppen. Ett mer långsiktigt mål skulle kunna

vara att man efter en viss tid ska använda ASI-intervjun i alla ärenden där klienten själv ansöker om vård (och inte vid anmälan till exempel).

Skillnaden mellan antalet gjorda ASI-intervjuer och antalet öppnade ärenden i denna studie kan, som vi nämnde i tidigare avsnitt, till viss del förklaras av hur man tolkar begreppet nyöppnade ärenden. Även här finns möjlighet att flytta fram positionerna: att det görs tydligare för medarbetarna genom att man helt enkelt definierar vad som avses. Har man som mål att använda instrumentet även i ärenden med redan tidigare kända klienter ska detta uttalas. Avser man att endast använda instrumentet med helt nya klienter som man inte sedan tidigare har kännedom om så anger man detta i sin målformulering.

### *7.3. Organisationen, individen och tiden*

Vi har kunnat se att verksamhetens rörlighet kan ha betydelse för användandet. Vissa kommer inte riktigt igång då enheten står inför en förändring och ingen med säkerhet vet hur arbetet ska organiseras framgent. Det kan vara problematiskt att upprätthålla kontinuitet i användandet när omsättningen bland personal är hög och det inte finns system för återkommande utbildning. På liknande sätt kan det upplevas som ett hinder om chefen/cheferna inte kan stötta sina medarbetare vid införandet av en ny metod, upprätta strukturer och ta initiativ till att diskutera metoden på arbetsplatsen.

Enskilda individers attityd och ställningstaganden påverkar också införandet av en ny metod. Är någon eller några inte bekväm med metoden utan föredrar att jobba på ett sätt som man anser bättre och är van vid kan detta ha inflytande på hela arbetsplatsens uppfattning om metoden och förutsättningar att arbeta med den. Och tvärtom, ser man fördelar med det nya arbetssättet och kan inspirera kollegor genom att förmedla sin uppfattning kan detta påverka enhetens inställning till den nya metoden. Detta ökar förmodligen chanserna att metoden etableras och blir en del av det reguljära arbetet.

Tid är en faktor som framhålls i ett flertal sammanhang i denna studie. Det handlar om tid för utbildning, tid för att träna i metoden och acceptans eller godkännande av att de möten som initialt bokas för ASI-intervjuer kommer att ta mer tid i anspråk. Dessutom bör tid avsättas för att återkommande diskutera och problematisera metoden.

#### *7.4. Olika faktorerers betydelse för en verksam implementering – en checklista!*

Genom att följa ASI-projektet i nordväst och genom resultaten av föreliggande studie har vi kommit fram till ett antal faktorer som framstår som viktiga då man avser att införa och tillämpa en ny metod eller ett nytt arbetssätt inom socialtjänstens individ – och familjeomsorg. Till stor del handlar det om att inför sig själv och andra inventera och tydligt artikulera relevanta förutsättningar av olika slag och hur det kan komma att påverka implementeringsarbetet.

##### *7.4.1. Kartläggande faktorer*

- **Målgrupp**

Genom en inventering av hur målgruppen ser ut – ungefär - kan man formulera ett antal behov som metoden/arbetssättet är ämnade att uppfylla. I förlängningen av detta kan man också formulera mål på kort – och lång sikt.

- **Nuvarande arbetssätt/metod**

Genom att belysa vad det är man gör idag får man en bättre grund för diskussioner om vilka områden som behöver förbättras. En given del av detta arbete handlar också om att formulera *varför* vissa delar behöver förbättras.

- **Kunskapsinventering**

Man formulerar mer exakt vad det är man söker - ett utredningsinstrument, ett diagnostiskt verktyg, en mall eller raminstrument för uppföljning etc. Man söker sedan information om tidigare erfarenheter av metoden/arbetssättet. Informationen kan härröra från forskning men också handla om samlad erfarenhet från liknande verksamheter, hur man har gått tillväga där och om detta är utvärderat.

##### *7.4.2. Organisatoriska faktorer*

- **Arbetets organisering**

Genom att belysa arbetets organisering får vi kunskap om var metoden/arbetssättet är bäst lämpat och vem eller vilka som förväntas använda metoden. Som exempel kan nämnas och med utgångspunkt i ASI skulle detta kunna innebära att utbildningsinsatser enbart riktas till handläggare med utredande arbetsuppgifter emedan behandlande personal erbjuds en informationsdag om ASI. Förhåller det sig så att behandlarna/utförarna ansvarar för uppföljning med klienterna efter avslutad insats bör även dessa inkluderas i utbildningen. Man bör också utforska hur samverkan med andra enheter ser ut internt och

externt för att bilda sig en uppfattning om vilka som behöver involveras och underrättas om förändringen.

- Omsättning av personal

Det finns också goda skäl att upprätta en planering för hur kontinuiteten ska kunna upprätthållas även i tider av förändringar i personalgruppen. Detta innebär bland annat planering för kommande utbildningar samt att etablera ett system för repetitionsdagar och eventuellt fördjupningsdagar i metoden.

- Omorganisation

Mindre förändringar i verksamheten behöver nödvändigtvis inte påverka införandet av en ny metod/arbetsätt. Socialtjänstens verksamhet befinner sig mer eller mindre ständigt i rörelse och vi kan inte räkna med att organisationen ”blir färdig” eller att den förblir oföränderlig. Man bör dock beakta omställningar av större karaktär där tidigare verksamheter kanske inte alls finns kvar efter förändringen eller ansvarsfördelningen väsentligt förändras. Står man inför en organisationsförändring av betydande art finns det goda skäl att avvakta med införandet och tillämpningen av en ny metod/arbetsätt. När den nya verksamheten har inrättats eller omorganisationen är genomförd är det också lättare att bedöma var i organisationen metoden/arbetsättet passar bäst.

#### 7.4.3. Individuella faktorer

- Motstånd och ovilja

Det är viktigt tror vi, att man noga tar reda på medarbetarnas inställning till såväl metodförändring generellt som till metoden/instrumentet som ska införas. Motstånd och ovilja att förändra rådande arbetsätt bör alltid diskuteras och hanteras, även om det inte finns några standardlösningar för vad man skall göra i sådana fall. Kompromisslösningar kanske fungera för vissa metoder – t.ex. vissa medarbetare avstår emedan andra arbetar på det nya sättet. För andra metoder kan det dock vara en grundförutsättning att alla måste vara med på förändringen för att den ska fylla någon funktion.

- Metodstöd

I arbetsgruppen bör någon/några utses som kan utgöra ”bärare” av metoden/arbetsättet. Dessa personer bör få avsätta tid att ytterligare lära känna metodens grunder, historia och användbarhet för att kunna vara till stöd för kollegor och eventuellt nyanställda.

#### 7.4.4. Resurser och politiska faktorer

- Tid

Det är viktigt att man beräknar och avsätter realistiskt med tid för implementeringen. En tidsplan bör upprättas där man anger ungefär hur mycket tid det krävs för att komma igång med metoden (tränings- och initieringsfas) och när man beräknar att metoden ska vara en del av det reguljära arbetet. Dessutom bör tid avsättas för metoddiskussioner både i initialskedet och senare där man återkommande kan belysa fördelar, hinder och frågor som rör metoden/arbetssättet.

- Kostnader

En långsiktig ekonomisk plan bör upprättas. Hänsyn bör tas till behov av kommande utbildningar men också andra, omkringliggande kostnader som t ex datastöd, seminarie- och/eller fördjupningsdagar. Kanske finns det ett behov av att också i ekonomiska termer utvärdera införandet och tillämpningen, vilket kan komma att kräva en budget och en detaljerad redovisning.

- Politiskt mandat

Initialt undersöker man om det krävs politiska beslut för att förändra rådande arbetssätt. De politiska beslutsfattarna kanske kräver en redogörelse av aktuella omständigheter och motiv till att införa en ny arbetsmetod innan verksamheten har mandat att gå vidare i en förändringsprocess.

- Återkoppling

Återkoppling eller feedback bör ske på olika nivåer. För återkoppling till arbetsgruppen kan man till exempel etablera enkla system med korta frågeformulär till klienterna där de ombeds skatta sin upplevelse av metoden. System för återkoppling till ledning och politiker bör också etableras. Man bör klargöra vad för slags resultat som ska återkopplas och vem som har ansvar att genomföra detta.

Avslutningsvis finns det skäl att understryka att även om många av de erfarenheter vi gjort i samband med implementeringen av ASI kan ha generell relevans, så finns det samtidigt förutsättningar som mer specifikt är knutna till enskilda metoder. ASI är ett kartläggande instrument som syftar till att skapa en helhetsbild av klientens omständigheter och situation och ger ett underlag för behandlingsplaneringen. ASI används således främst i utredningsfasen. Metoder som syftar till behandling, eftervård eller att förebygga återfall har troligtvis andra förutsättningar då dessa ska införas och tillämpas i en verksamhet och innebär

kanske en mer genomgripande inverkan på arbetet. ASI är också ett jämförelsevis strukturerat och – trots allt – lättillgängligt instrument och skiljer sig på så sätt från andra metoder. Det innebär att insatserna för utbildning kan vara mer hanterbara samt att det i slutändan troligtvis är lättare att mäta i vilken utsträckning arbetssättet faktiskt implementerats.



## Litteratur

- Abrahamsson, M. & Tryggvesson, K. (under utgivning). *Användning av bedömningsinstrument i missbrukarvården – en nationell kartläggning och fallstudier av två län*. Centrum för socialvetenskaplig alkohol – och drogforskning (SoRAD), Stockholms Universitet.
- Bergmark, A. & Lundström, T. (2006) Mot en evidensbaserad praktik? – Om färdriktningen i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidsskrift*. 2006:3, Årg. 13.
- Bergmark, Å. & Lundström, T. (1998) Metoder i socialt arbete. Särtrycksserien – Nr 97 Ur: *Socialvetenskaplig tidsskrift* 1998; 4 (5)
- Bergmark, Å. & Lundström, T. (2004) Det sociala arbetets viktigaste resurs? Om omfattningen av personal inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. *Socialvetenskaplig tidsskrift*, 2, 119-135.
- Bergmark, Å. & Lundström, T. (2005) En sak i taget? Om specialisering av socialtjänstens individ- och familjeomsorg. *Socialvetenskaplig tidsskrift*, 2-3, 125-148.
- Bergmark, Å. & Lundström, T. (2007) Att studera rörliga mål – om villkoren för evidens och kunskapsproduktion i socialt arbete. *Socionomen* (2007:3). *Forsknings supplement Nr. 21, s. 6*
- Bergmark, Å. (1993) Om utvärdering av metoder i socialt arbete. *Socionomen* (1993:1) *Forsknings supplement Nr. 2, s. 24 – 30*.
- Cronqvist, A-L & Öberg Östergren, K. (2007) *Utredning och uppföljning i samarbete med klienten*. Rapport från ett tvåårigt projekt med stöd av Länsstyrelsen i Stockholms län. Stockholm stad, Socialtjänstförvaltningen.
- Engström, C., & Armelius, B-Å (2002). Klienters acceptans av strukturerade intervjuer i socialtjänsten. *Nordiskt Socialt Arbete, Nr. 4*. 210 – 216
- Engström, C. (2005). *Implementering och utvärdering av Addiction Severity Index (ASI) i socialtjänsten*. Institutionen för Psykologi, Umeå Universitet.
- Fritzell, J., Gähler, M & Neramo, M. (2007) Vad hände med 1990-talets stora förlorargrupper? Välfärd och ofärd under 2000-talet. *Socialvetenskaplig tidsskrift*, 2-3, 110-133.
- Johannesson, C. (2007) *Alla ska med – är det så enkelt? Erfarenheter av att implementera evidensbaserade metoder i Ale kommun*. FoU i Väst, GR
- Lundefors Oscarsson, H. (2004) *Att implementera ett klient-och åtgärdsinstrument på en LVM-institution. Möjligheter och hinder*. Allmän SiS-rapport 2004:1
- McLellan, T., Druley, K.A., O'Brien, C.P., Kron, R. (1980). *Matching substance abuse patients to appropriate treatments. A conceptual and methodological approach*. *Drug and Alcohol Dependence*, 5 (3), 189 – 193

McLellan, T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., et al. (1992). *The fifth edition of the Addiction Severity Index*. Journal of Substance Abuse Treatment, 9 (3), 199 – 213.

Nyström, S., Sallmén, B. & Öberg, D. (2005) *Beslut på bättre grunder – en handbok för ASI-användare*. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS), Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (1998). *Balans i missbrukarvården. Resurser och insatser i öppenvård och institutionsvård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Rapport 1998:3

Socialstyrelsen (2004). *För en kunskapsbaserad socialtjänst. Redovisning av ett regeringsuppdrag åren 2001-2003. Slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2005). *Förutsättningar för socialbidragsarbete – en jämförelse mellan fyra kommuner*. [Elektronisk]. PDF-format. Tillgänglig:  
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/34254112-C3E3-4B16-901A-9BBBA60AF89C/5010/20051127.pdf>

Socialstyrelsen (2008) *Social barnavård i förändring. Slutrapport från BBIC-projektet*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stranz, H. (2007). *Utrymme för variation – Om prövning av socialbidrag*. (Rapport i socialt arbete nr 119). Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.

Varg, N. (red.) (2003) *Perspektiv på kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.

## **Övrigt**

Jäderland, A. *Slutrapport för ASI-projektet*, 2003-04-30. Jönköpings kommun, Socialförvaltningen.

Holmquist, C. *Slutrapport*, 2006-12-31. Utveckling av samarbetet socialtjänst – Kriminalvård i Malmö. MOB.

Holmquist, C. *Slutrapport*, 2007-02-15. Utveckling av ASI i Malmö stad.

Stockholms läns landsting och Kommunförbundet i Stockholms län; januari 1998. ”*Kommunerna, landstinget och missbrukarvården i Stockholms län*”. KSL 9803-0221

## **Länsstyrelsen. Om vårdöverenskommelser och vårdkedjor.**

[http://www.ab.lst.se/upload/dokument/sociala\\_fragor/ovrigt/Katalog%20Vardkedjor%202005.pdf](http://www.ab.lst.se/upload/dokument/sociala_fragor/ovrigt/Katalog%20Vardkedjor%202005.pdf)