

# Lika bedömningar i missbruks- och beroendeärenden?

*En vinjettstudie om handläggares och  
nämndledamöters bedömningar av likartade  
missbruks- och beroendeärenden*

**Amanda Nygren**

**Sara Svensson**

Examensarbete, 15 hp, kandidatuppsats

Huvudområde Socialt arbete

Jönköping, 01-2013

Handledare: Arne Gerdner,  
Professor i socialt arbete

Examinator: Mats Granlund  
Professor i handikappvetenskap

## Abstract

Title: *Differences in assessments of abuse- and addiction problems*

The latest study touching differences between the assessment made by the officials and the politicians in the area of abuse and addiction problems was made 1981, which motivates new studies in this field.

This study investigates the similarities and differences between these two groups assessments in similar scenarios, whether the assessments differ between the personal assessment and from the point of view of the municipality, whether there is major consensus between the assessments in between the groups separately and which factors was crucial for their choice. To examine the questions, eight vignettes were created. The survey was answered by twenty politicians and sixteen officials.

According to the results the politicians are more willing to chose non-voluntary actions while the officials more often have chosen voluntary actions, often in combinations. The assessments made of the groups were very similar to the choice of assessed outcomes for the municipality

The consistency of the choices do not differ between the groups. Concerning the last question it has, despite a limited number of vignettes, emerged significant explanatory models for many of the actions. This study is a pilot study which could be repeated with a higher number of vignettes and applicants.

## Sammanfattning

Den senaste studien som undersökte skillnader i missbrukshandläggares och socialnämndsledamöters bedömningar av insats för personer med missbruks- och beroendeproblematik gjordes 1981. Eftersom socialtjänsten förändrats sedan dess är nya studier på området motiverade. Denna studie undersöker likheter och skillnader mellan handläggares respektive socialnämndsledamöters bedömningar av likartade missbruks-/beroendeärenden, om bedömningarna skiljer sig mellan den egna bedömningen och vad man tror skulle ha blivit nämndens beslut utifrån kommunens förutsättningar, om det finns större enhetlighet mellan insatsvalen inom någon av grupperna samt vilka faktorer som avgör insatsvalet för respektive grupp. För att undersöka detta utformades åtta vinjetter.

Respondenterna ställdes efter varje vinjett inför nio olika insatsalternativ och följdfrågor. Enkäten besvarades av tjugo nämndledamöter och sexton handläggare. Resultaten visar att ledamöterna i högre grad föreslagit "LVM" medan handläggarna i högre grad valt "annan insats", ofta med förslag på kombinationer av olika insatser. Gruppernas egna bedömningar stämde till stor del överens med valet av troligt utfall i kommunen. Vad gäller enhetlighet i valen föreligger inte några direkta skillnader mellan grupperna. Angående sista forskningsfrågan har det, trots få vinjetter, framkommit signifikanta modeller som visar förklarande faktorer för flera insatser. Denna studie får ses som en pilotstudie som skulle kunna upprepas med fler vinjetter och fler deltagare.

**Nyckelord:**

Handläggare, socialsekreterare, socialnämnd, nämndledamot, bedömning, myndighetsutövning, missbruk, beroende

**Förord**

Vi vill tacka vår handledare Arne Gerdner som guidat och stöttat oss under uppsatsskrivandet. Vi tackar även våra ”testkörare” av webbenkäten, för kloka synpunkter och råd.

Ett särskilt stort tack till er handläggare och socialnämndsledamöter som gjort denna studie möjlig!

*Amanda Nygren & Sara Svensson*

*Hälsohögskolan Jönköping 13-01-10*

**Förkortningar**

HVB – Hem för vård och boende

LVM - Lag om vård av missbrukare i vissa fall

LVU - Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga

LPT - Lag om psykiatrisk tvångsvård

SoL - Socialtjänstlag

## Innehållsförteckning

Abstract .....	2
Sammanfattning .....	2
Förord .....	3
Förkortningar.....	3
Innehållsförteckning.....	4
1. Inledning.....	5
1.1 Definition av begrepp .....	6
1.2 Syfte och forskningsfrågor .....	7
2. Bakgrund .....	7
2.1 Socialtjänstens missbruks- och beroendevård .....	7
2.2 Utredning och beslut.....	8
2.3 Politisk organisation .....	9
2.4 Lagstiftning.....	9
2.5 Insatser och historik kring dessa.....	10
2.6 Vilken klient får vilken insats?.....	12
3. Teoretiska utgångspunkter .....	17
3.1 Organisationsteori.....	17
3.2 Beslutsteori .....	17
3.3 Handläggares och politikers olika roller i beslutsfattandet .....	20
3.4 Gräsrotsbyråkraten.....	21
3.5 Hur modellerna kan appliceras på praktiskt socialt arbete .....	22
4. Metod .....	23
4.1 Metodens grundtankar och bakgrund .....	23
4.2 Urval .....	23
4.3 Enkäten .....	24
4.4 Konstruktion av vinjetterna .....	24
4.5 Validitet och Reliabilitet.....	26
4.6 Analysmetod.....	26
4.7 Etiska överväganden.....	28
5. Resultat.....	28

5.1 Resultat av validitetsprövning .....	36
5.2 Resultatdiskussion utifrån bakgrund och teori .....	37
6. Diskussion .....	40
Referenslista .....	43
Bilaga 1 - Instruktioner till deltagare i webbenkäten .....	49
Bilaga 2 - Webbenkät .....	50

## 1. Inledning

Myndighetsutövning inom socialtjänstens missbruks- och beroendevård hanteras dels av handläggarna dels av politikerna i socialnämnden. Politikerna är inblandade olika mycket beroende på exempelvis vilken insats som föreslås till beslut och vilken kommun man befinner sig i. Tänker då politiker och socialsekreterare olika kring vilka insatser som klienter med missbruks- och beroendeproblematik ska beviljas? De verkar inom samma lagstiftning, men utifrån olika roller. Handläggaren fattar beslut utifrån sin ”professionella” kunskap från utbildning och från fältet. Politikern fattar beslut utifrån sin lekmanaroll och ska representera ”folkets förnuft”, men har och andra sidan ”kommunens bästa” och budgetdirektiv att förhålla sig till. För att bli politiker i en socialnämnd krävs inga särskilda förkunskaper och de flesta har politiken vid sidan av sitt ordinarie arbete. För att ge ytterligare ett perspektiv på detta kan man göra en jämförelse med sjukvården. Om en person tvångsvårdas enligt LVM (SFS 1988:870) är det socialnämnden som fattar beslut att ansöka hos förvaltningsrätten, men om en person tvångsvårdas enligt LPT (SFS 1991:1128) är det chefsöverläkaren som fattar detta beslut. Under 2012 har flera chefer för högre rättsinstanser krävt att nämndemännen tas bort från domstolarna. Man menar att det är märkligt att nämndemännens röst har lika värde som en jurists (Bolling 2012).

Wallander och Blomqvist (2004 & 2005), Storbjörk och Room (2008) samt Storbjörk (2010) har i studier om missbruks- och beroendevårdens klienter, visat att olika kommuner, enheter och handläggare gör olika bedömningar. Wallander och Blomqvist (2005) såg i sin studie att enhetschefer var mer benägna än socialsekreterarna att föreslå frivilliga insatser. Olika insatser för missbruk och beroende används i olika utsträckning i kommunerna. Sannolikheten att beviljas frivilligvård eller tvångsvård kan enligt Wallander och Blomqvist (2004) pendla så mycket som mellan 0 och 100 procent beroende på klientens kommundillhörighet. Om då handläggare gör olika bedömningar, trots liknande utbildningsbakgrund och samma professionstillhörighet, hur olika borde då inte politikernas bedömningar vara? De är trots allt valda utifrån att de representerar skilda ideologier.

Socialnämndledamöters del i socialtjänstens myndighetsutövning är ett outforskat ämne och det finns få studier som undersökt vilka insatser socialnämndsledamöter respektive missbrukshandläggare beslutar om för klienter med missbruks- och beroendeproblematik. I sin doktorsavhandling ”Klienterna och socialvården” undersökte Puide (1981) bland annat vilka insatser politiker, socialsekreterare, klienter och allmänheten bedömde att ett antal

fiktiva klienter med alkoholproblem skulle beviljas. Det hon kom fram till var att det inte fanns några direkta skillnader i politikernas och tjänstemäns bedömningar. Båda grupperna var betydligt mer positiva till frivillig vård än tvångsvård till skillnad från klienterna och allmänheten som tyckte tvärtom.

Mycket har hänt sedan Puide insamlade data för sin avhandling. Den nya socialtjänstlagen har trätt i kraft, arbetet med missbruks- och beroendeproblematik har förändrats på många sätt inom socialtjänstens verksamhet och tankar om vad som är verksamma och evidensbaserade insatser har förändrats. Politikerna är en viktig del av myndighetsutövningen, då socialnämnden står som ansvariga och enligt lagen fattar de formella besluten. Eftersom det kommit ett flertal studier på missbrukshandläggares bedömningar under 2000-talet torde det vara motiverat att även undersöka bedömningarna hos de politiker som är inblandade i beslutsprocessen. Att studera vilka insatser som nämndpolitiker anser vara mest tillämpliga, jämfört med missbrukshandläggares bedömning, kan alltså ge kompletterande kunskap till den nutida forskning som redan gjorts på området, med enbart handläggare i fokus.

## 1.1 Definition av begrepp

Vissa begrepp används genomgående i denna rapport och förklaras därför här.

### **Missbruk/beroende**

Kriterier enligt DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) för ett missbruk är ett upprepat substansbruk, att detta leder till negativa konsekvenser för hälsa, socialt liv, arbetsliv osv., att det leder till rättsliga problem, att bruket fortsätter trots de negativa konsekvenserna samt att det inte rör sig om beroende.

Kriterierna för ett beroende är toleransökning, abstinenssymtom, att personen använder drogen mer eller under en längre period än vad den avsåg, varaktig önskan eller misslyckande att kontrollera bruket, bruket upptar allt mer tid, negativa konsekvenser för socialt liv, arbetsliv osv. samt fortsatt substansintag trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som orsakats eller förvärrats av bruket. För beroende ska minst tre av kriterierna vara uppfyllda inom en 12-månadersperiod (Melin och Näsholm, 1998).

### **Myndighetsutövning**

Myndighetsutövning innebär att man utövar en befogenhet att för en enskild person bestämma om exempelvis en förmån, rättighet eller skyldighet. I denna uppsats avser begreppet de insatser som mynnar i en utredning och sedan leder till ett biståndsbeslut, exempelvis öppenvårdsinsats eller vistelse på HVB (Nationalencyklopedin 2012, Socialstyrelsen 2008).

### **Socialnämnd**

I Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) 2:4§ står följande ”Kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgörs av den eller de nämnder som fullmäktige bestämmer”. När socialtjänstlagen använder bemärkelsen ”socialnämnd” avses den eller de nämnder som fullmäktige bestämt. I denna uppsats är det den nämnd i kommunen som hanterar myndighetsutövning för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem som fokuserats på. Nämnd likställs i denna uppsats med socialnämnd.

### **Ledamot/politiker**

Politiker är en person som ägnar sig åt politik och genom ett demokratiskt val fått ett förtroendeuppdrag som ombud för väljarna. Förtroendevalda är ledamöterna och ersättarna som bland annat verkar i socialnämnden. I uppsatsen och dess kontext avser politiker, ledamot/ledamöter och socialnämndsledamöter de personer som är förtroendevalda i socialnämnden (Bohlin 2007 s.71).

### **Handläggare/socialsekreterare**

Med handläggare och socialsekreterare avses den kommunala tjänsteman som arbetar inom socialtjänsten och handlägger olika former av socialtjänstären. Handläggare har i denna uppsats samma innebörd som socialsekreterare. Ibland används begreppet ”missbrukshandläggare” för att klargöra att handläggaren arbetar specifikt med missbruk/beroende inom socialtjänsten (Nationalencyklopedin 2012).

## **1.2 Syfte och forskningsfrågor**

Utifrån tidigare forskning framgår att bedömningar av samma ärenden kan skilja sig mycket mellan olika handläggare, inom den egna arbetsplatsen och mellan kommunerna. Syftet med den här studien är att undersöka likheter och skillnader mellan socialsekreterare respektive socialnämndsledamöter, dels vad de bedömer som lämplig insats i olika fiktiva ärenden, utformade för att likna de verkliga ärenden som handläggare och ledamöter ställs inför, dels vad de bedömer att det troliga beslutet blir utifrån de faktiska förutsättningarna i den egna kommunen.

### **Forskningsfrågor**

- Vad finns det för likheter och skillnader mellan handläggares respektive socialnämndsledamöters bedömningar av likartade missbruks-/beroendeärenden?
- Hur skiljer sig handläggares respektive socialnämndsledamöters egna bedömningar av lämplig insats från deras bedömningar av troligt utfall utifrån den aktuella situationen i den kommun de verkar?
- Finns det större enhetlighet inom den professionella gruppen handläggare än inom politikergruppen?
- Vilka faktorer är avgörande för val av insats? Skiljer sig detta mellan de två grupperna?

## **2. Bakgrund**

### **2.1 Socialtjänstens missbruks- och beroendevård**

I Sverige är det staten, kommunen och landstinget som är huvudmän för vården av personer med missbruks- och beroendeproblematik. Staten är bland annat ansvarig för tvångsvård enligt LVM genom Statens Institutionsstyrelse. Landstinget ansvarar bland annat för läkemedelsassisterad behandling samt abstinensbehandling. Kommunernas socialtjänst utför det som socialtjänstlagen ålagt dem att sköta, däribland att tillse att kommunens invånare erbjuds behandling för missbruks/beroendeproblematik, enligt exempelvis SoL 5:9§ (SFS

2001:453). Socialtjänsten ansvarar både för vård i öppna och slutna former. Det kan handla om allt ifrån behandlingsinriktad eller psykosocialt stödjande vård till insatser som gäller boende, försörjning och sysselsättning (Socialstyrelsen 2009; Bergmark, Lundström, Minas & Wiklund 2008).

## 2.2 Utredning och beslut

Socialtjänstens arbete med personer med missbruks-/beroendeproblematik handlar till stor del om att genom utredning matcha klientens behov och önskemål med lämpliga insatser.

Bedömningen bygger ofta på olika typer av bedömningsinstrument. De som används av socialtjänsten själva är beteendevetenskapliga strukturerade intervjuer och frågeformulär.

Exempel på enkla frågeformulär är AUDIT och DUDIT, screeningtest för alkohol- och drogbruk (Socialstyrelsen, 2007). Om dessa anger att problem finns så kan diagnostisk bedömning av huruvida beroende eller missbruk föreligger göras enligt diagnosinstrumentet ADDIS (Alkohol och Drog Diagnos Instrument). ADDIS ger underlag för diagnos för respektive drog enligt de båda diagnossystemen ICD-10 respektive DSM-IV (Socialstyrelsen 2013)

Ett mer omfattande utredningsinstrument är ASI (Addiction Severity Index). ASI-intervjun är ett välanvänt instrument inom socialtjänsten. Intervjun undersöker sju livsområden hos klienten. Dessa är alkohol- respektive narkotikamissbruk, arbete/försörjning, familj/umgänge, rättsliga problem samt fysisk respektive psykisk hälsa. Alla områden anses ha betydelse för klientens missbruks/beroendeproblematik och bör tas med i beaktande vid bedömning och val av insats (Nyström, Sallmén & Öberg, 2005; Nyström, Andréén, Zingmark & Bergman, 2010).

Mycket av arbetet kan också handla om att motivera klienten till förändring. MI-tekniken (Motivational Interviewing) är något som idag används flitigt. Barth och Näsholm (2006), som skrivit om MI-tekniken på svenska, beskriver hur William R. Miller utvecklade metoden i början av 1980-talet, utifrån övertygelsen att en person som förnekar sitt missbruk inte har detta förhållningssätt som ett oföränderligt personlighetsdrag, utan har förmågan att själv vilja förändras och göra goda val. Dock menade Miller att personen i fråga behöver uppnå vissa förutsättningar för att möjliggöra förändring, såsom att faktiskt tro på att förändring är möjlig. Att motivation till förändring är något eftersträvansvärt och något som handläggaren bör lägga arbete på har fått stor genomslagskraft i Sverige. Motivationsaspekten är ofta integrerad i det sociala arbetet (Barth & Näsholm, 2006).

Beslutsprocessen går till så att en klient aktualiseras hos socialtjänsten genom egen ansökan eller genom anmälan. Om klienten själv ansöker eller om anmälan kan leda till tvångsätgård ska socialtjänsten öppna utredning enligt SoL 11:1§ (SFS (2001:453)). När utredning öppnas utför ofta handläggaren en ASI-intervju för att ge underlag till bedömningen. Kontakt kan även tas med andra myndigheter, exempelvis görs ofta en medicinsk bedömning av klientens hälsotillstånd. När handläggaren sammanställt all information görs en bedömning av lämplig insats. Om handläggaren får fatta beslut om en viss insats eller inte beror på vad socialnämnden gett delegation på, det vill säga vilken beslutanderätt nämnden valt att överlämna. I många kommuner innebär detta att sektionschefen får ta beslut om öppenvårdsinsatser på hemmaplan och externa insatser såsom HVB upp till ett visst antal



veckor. I andra kommuner fattas alla beslut av tjänstemännen förutom LVM. LVM, som går under speciallagstiftningen, skall socialnämnden, alternativt socialnämndens ordförande i brådskande fall, fatta beslut om. När ett ärende går upp i nämnden innebär detta givetvis inte alltid att ledamöterna godkänner handläggarens förslag. Oftast föredrar handläggaren ärendet och informerar ledamöterna om de aktuella lagrummen. Sedan diskuterar ledamöterna ärendet och ett beslut fattas (Fahlberg & Magnusson 2012, Bohlin 2007).

Eftersom klientens delaktighet i beslutet finns lagstadgad i SoL bör handläggaren så långt det är möjligt utforma vårdplanen tillsammans med klienten, som underlag för beslut om insats och för att tydliggöra hur insatsen ska se ut (Gerdner 2011).

### 2.3 Politisk organisation

Kommunerna har en lagstadgad skyldighet att tillsätta en kommunstyrelse. Utöver detta finns stor frihet att tillsätta de nämnder som de anser behövs för att kunna fullgöra sina författningsstadgade uppgifter, utifrån lokala behov och sin verksamhet (SFS 1991:900). Nämnderna i olika kommuner skiljer sig både i form och storlek. När det gäller myndighetsutövning har vissa kommuner valt att lägga detta inom en nämnd, medan andra kommuner har det uppdelat på flera. Socialnämnderna, som lyder under kommunstyrelsen och fullmäktige, är i viss del beroende av kommunfullmäktige eftersom de är skyldiga i sin förvaltande verksamhet att följa de riktlinjer, anvisningar och budgetramar som anges. Om det rör sig om myndighetsutövning har nämnderna dock ingen lydnessplikt gentemot Fullmäktige, som inte får ingripa eller ge direktiv om hur ett ärende ska handläggas. Samtidigt har många kommuner övergripande direktiv från Fullmäktige att minska institutionskostnaderna för så väl SoL som LVM (Bohlin 2007; Fahlberg & Magnusson 2012).

### 2.4 Lagstiftning

När handläggarna och politikerna fattar beslut som avser myndighetsutövning mot enskilda grundas dessa i bestämmelserna i socialtjänstlagen. Kommunerna i Sverige har kommunalt självstyre, men SoL omfattas av den så kallade specialreglerade kompetensen. Detta innebär att uppgifterna är fastslagna av riksdag och regering (Bengtsson 2010). Ärenden som avses i SoL avgörs i första hand av nämnden i dess helhet. Att lagen är en ramlag innebär att den i första hand inte ger detaljregler och att målsättningen är allmänt angiven. I praktiken innebär detta att lagen öppnar upp för flera handlingsalternativ vid beslutsfattande. Ramlagstiftningen i SoL innebär en omfattande delegering av uppgifter till kommunerna (Esping 1994). Lagstiftningen preciseras och konkretiseras genom riktlinjer, regeringsförfordningar, förvaltningsmyndigheter samt prejudikat. Styrningen som sker brukar kallas "skyldighetslagstiftning" eftersom socialtjänstens aktörer har en skyldighet att följa riksdagens intentioner. Ett problem med ramlagstiftning generellt sett är att de mål som formuleras ofta är fina ord som är komplicerade att omsätta till praktiken. Socialtjänstlagens portalparagraf är inget undantag (Petersson 2005).

Vissa paragrafer uttrycker tydligt att det finns en skyldighet för socialnämnden, men inte hur arbetet ska utföras (SFS 2001:453). I SoL 5:9§ står det "Socialnämnden ska erbjuda stöd för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma

ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs". SoL 6:1§ beskriver HVB på följande sätt; "Socialnämnden ska även sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett hem för vård eller boende (HVB)".

Petersson (2005) lyfter den kritiska debatten och menar att riktlinjerna som ska styra arbetet för det mesta bara anger "lämplig", "skälig" och så vidare. Han menar att detta lämnar stort utrymme åt vida tolkningar som i sin tur hotar den enskildes rättssäkerhet. Blomqvist, Palm och Storbjörk (2009) menar att Socialstyrelsens riktlinjer vid missbruk och beroende är för diffusa. Samtidigt anses ramlagstiftning vara ett "nödvändigt ont" inom snabbt föränderliga områden, såsom socialt arbete (Bengtsson 2010).

Om vård inte kan ges på frivilliga grunder finns tvångsvårdslagstiftningen, LVM. LVM skall beslutas om en person, till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga läsningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt SoL eller på något annat sätt och om minst en av följande kriterier är uppfylld: Att personen utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara (hälsoindikationen), löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv (sociala indikationen) eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående (faroindikationen). Under 2011 åberopade socialnämnden "hälsoindikationen" i 98 procent av LVM-ansökningarna, "sociala indikationen" i 43 procent och "faroindikationen" i 42 procent av ansökningarna. LVM ska ses som ett sista alternativ när alla andra vårdalternativ är uttömda. LVM-vårdens syfte är att motivera personen till att frivilligt medverka behandling för sitt missbruk/beroende (SFS 1988:870; Bergstrand 2011; Socialstyrelsen 2012).

## 2.5 Insatser och historik kring dessa

Under 1980-talet växte institutionsvården i Sverige, både sett till antal och vårdplatser. Antalet samtidigt vårdade personer med alkoholmissbruk och beroende var störst i omfattning i slutet på 1960-talet. Under 70-talet växte narkomanvården kraftigt och åren 1983 och 1984 satsades statliga medel för att utveckla institutioner och öppenvård. Utredningen "Offensiv narkomanvård" (DsS 1984:11 refererad i Göransson 2011 s.216) fick stort genomslag. Man konstaterade bland annat att öppenvård aldrig kan ersätta institutionsvård, men att det kan vara ett alternativ.

Utbyggnaden av narkomanvården avtog under 80-talet. Den offentliga sektorn började marknadsanpassas. Utvecklingen påverkades av det som brukar kallas New Public Management (NPM), det vill säga att den offentliga sektorn tog till sig idéer från den privata sektorn. Inom missbruksvården blev avinstitutionalisering ett prioriterat mål. Målet kan ses som en idé om krav på demokratisering, normalisering och närhet, eller som ett medel att sänka den offentliga sektorns kostnader (Göransson 2011, Edman & Blomqvist 2011).

Under 1990-talets kris sparades det in kraftigt på missbruksvården. Vissa menar att den dyra institutionsvården ersattes med billigare vård, exempelvis öppenvård. Andra menar att öppenvården endast ersatte en liten del av institutionsvården och att kommunerna framförallt satsade på boendeinsatser som inte innehöll behandling för missbruket. Resultatet blev dock

att behandlingsinsatser inriktade på missbruk minskade kraftigt totalt sett (Blid & Gerdner 2006). Institutionsplaceringarna som beviljades blev kortare än tidigare. Samtidigt bör påpekas att man tidigare haft problem med långa institutionsplaceringar där personerna ändå inte fick behandling för sitt missbruk och beroende. En reform genomfördes som innebar att i flera större städer decentraliserades i stads- och kommunalnämnder för mindre geografiska områden med helhetsansvar för alla medborgares behov. Små kommuner fick betala dyrt för en vårdvistelse av en person och tvingades sätta detta emot utgifterna för exempelvis skolmat (Edman & Blomqvist 2011; Göransson 2011).

Öppenvård handlar om öppna insatser beviljade enligt SoL, men vad dessa insatser egentligen innehåller finns det ingen tydlig definition av. Wiklund (2011 s.111) menar till exempel att öppenvård är en oförenlig uppsättning insatser av förebyggande, stödande och behandlande karaktär som varierar kraftigt mellan kommunerna. Socialstyrelsen (2008 s.17-24) konstaterar också att begreppet öppenvård är komplext, men att det som avses är de insatser som föregås av en utredning och leder till ett biståndsbeslut (myndighetsutövning) och som inte bedrivs i slutet form såsom HVB. Öppenvård kan ha både ett behandlande och socialt stödande innehåll såsom exempelvis behandlande samtal i kombination med stöd för sysselsättning. Majoriteten av all öppenvård bedrivs i offentlig regi. Ahlgren diskuterar i sin licentiatavhandling från 2007 bland annat hur professionella konstruerar öppenvården och dess framväxt inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Att staten år 1994 sköt till medel tycks vara en bidragande faktor till detta. Statens motiv var att institutionsvård gav dåliga effekter och kommunerna fick stora valmöjligheter om vad detta alternativ till institution skulle vara. Detta innebar att socialarbetare i kommunerna fick mycket handlingsutrymme utifrån vad de tyckte var ”moderna” och verksamma metoder. Socialsekreterare som Ahlgren intervjuat kritiserar detta och tycker att mycket av öppenvården utgår ifrån moderna metoder och inte från klientens behov. Det finns också en osäkerhet om orsak och verkan, det vill säga om öppenvården verkligen ger effekter. Ahlgren (2007 s.121) kommer fram till att den tydligaste drivkraften hos kommunerna för utveckling av öppenvårdsbehandling är behoven av professionsutveckling och alternativ till institutionsvård. Ahlgren drar också slutsatsen att öppenvården troligtvis är beroende av rent ekonomiska faktorer, professionsutveckling, ledare med hög status, politiska ambitioner såsom att avveckla institutioner, snarare än uppnådda resultat för sin legitimitet. Han framför också en oro över bristen på systematisk dokumentation och utvärdering (Ahlgren 2007).

HVB är en institution inom socialtjänsten där enskilda tas emot för vård eller behandling i förening med boende, med andra ord heldygninsatser. HVB kan bedrivas av olika huvudmän, men Wiklund (2011) menar att det är inom HVB-sfären som privatiseringen inom socialtjänsten är tydligast (Fahlberg & Magnusson 2012).

En stor del hemlösa i Sverige har missbruks- och beroendeproblem. Sedan 1990-talet har kommunerna satsat på boendeinsatser och Blid (2008) menar att detta kan ses som en konsekvens av nedskärningarna inom den institutionellt förlagda missbruksvården. Detta är ett komplext problem då gruppen stängs ute från reguljära bostadsmarknaden och stödboenden i kommunens regi inte tar emot människor i aktivt missbruk. Kommunernas utbud av boende för hemlösa ser väldigt olika ut. Vanliga insatser som kommunerna erbjuder

är sociala kontrakt, kategoriöende/lågtröskelöende samt stödoende.

Kategoriöende/lågtröskelöende är ett öende för personer i aktivt missbruk. De erbjuder tillsyn, men inget behandlings- eller motivationsinriktat arbete. Andra kategorihus har behandlingsinsatser som primärt uppdrag, men är så pass ostrukturerade att de inte får betecknas som behandlingshem. Stödoende innebär permanent öende i egen lägenhet, men där kommunen har kontraktet och där stöoinsatser integreras eller är valbara. På stödoenden finns vissa regler och det krävs att personen är alkohol- och drogfri (Blid 2008).

Sedan slutet på 1990-talet har socialt arbete i högre grad fått krav på en mer vetenskapligt underbyggd kunskapsbas, så kallad evidensbasering, och med fokus på den professionella verksamhet som ska vetenskapliggöras, så kallad evidensbaserad praktik (EBP). EBP handlar om att sammanväga bästa tillgängliga forskning med professionell kunskap och klientens önskemål och förutsättningar (Bergmark & Lundström 2006, Socialstyrelsen 2011). Inom missbruksvården har stora ansträngningar gjorts för att ta fram vetenskapligt underlag för evidensbasering. Flera översikter har gjorts där man undersökt effekter av olika behandlingsmetoder. Sammanfattningsvis har man kommit fram till att: behandling är effektiv, strukturerad och fokuserad behandling är bättre än ostrukturerad och ofokuserad stödvård, ingen specifik behandling är överlägsen någon annan och att stödet för matchning av specifik behandlingsmetod är svagt (Bergmark m.fl 2011).

Idag föreligger stora skillnader mellan landets kommuner vad gäller användningen av LVM. SOU 2011:35 menar att ett skäl är att tvångsvård är mycket dyrt och för de minsta kommunerna kan ett enda LVM innebära att hela budgeten för missbruksvården används. Andra skäl är att satsningar istället görs på öppenvårdsinsatser på hemmaplan (SOU 2011:35). Antalet inskrivningar i heldygnsvård av personer med missbruks- och beroendeproblem enligt SoL uppgick 2011 till cirka 26 300 inskrivningar. Drygt hälften avsåg öende och resten avsåg frivillig institutionsvård. Samma år hade 6 000 personer med missbruks/beroendeproblem bistånd från socialtjänsten som avsåg öende. Socialstyrelsen definierar individuellt behovsprövade insatser som olika insatser som kan beviljas samtidigt till en person. Cirka 11 300 personer hade någon typ av individuellt behovsprövad öppen insats och 2 100 personer med missbruks- och beroendeproblem vårdades enligt SoL i frivillig institutionsvård. Under 2011 fattade förvaltningsrätten beslut om LVM för 931 personer (socialstyrelsen 2012 s.17-22).

## 2.6 Vilken klient får vilken insats?

Förutom kommunens utbud av insatser finns flera faktorer som kan påverka vilken insats en person med missbruks/beroendeproblem beviljas. Wallander och Blomqvist (2004, 2005), Storbjörk (2010) samt Storbjörk och Room (2008) är alla i sina studier överens om att olika faktorer i klientens person och livssituation gör att de hanteras olika i missbruks-/behandlingsvården.

Exempelvis Öjehagen har utformat förslag på matriser, den första för bedömning utifrån klientens problemprofil, den andra för indikationer för öppenvård respektive slutenvård (Gerdner 2011).

*Bedömning av insats utifrån problemprofil (Gerdner 2011)*

Missbrukets tyngd	Social instabilitet	Psykisk störning	Åtgärder
+	0	0	Enkel intervention, rådgivning
++	0	0	Öppenvård, flera problemområden, längre tid
++	++	0	Sluten/halvöppen/öppen strukturerad behandling, längre tid
++	++	++	Sluten/halvöppen/öppen strukturerad behandling längre tid i kombination med psykiatrisk bedömning och behandling
+	++	++	Sluten vård initialt, samtidig psykisk behandling längre tid
+	0	++	Psykiatrisk öppenvård och alkoholrådgivning

*0 = föreligger ej eller endast i ringa grad; + = klara problem; ++ = stora problem*

Enligt den andra matrisen, om ”Öppenvård respektive behandlingshem” skulle en indikation för öppenvård kunna vara att klienten inte tidigare varit i behandling, medan flera misslyckade behandlingar i öppenvård istället kan tala för (åtminstone inledande) slutenvård. Klientens hälsa är också av betydelse. Låg risk för abstinensbesvär och inga större medicinska komplikationer kan tala för öppenvårdsinsats. Risk för abstinensbesvär och/eller andra medicinska problem kan vara indikationer för slutenvård. Ett stödjande nätverk och förmåga att tillgodogöra sig tillgängligt stöd är indikationer på att klienten kan bli hjälpt på hemmaplan. Bristande socialt stöd, eller ett socialt nätverk som är allt för uttröttat för att orka stötta klienten kan tala för slutenvård. Slutligen skulle insikt om missbruk/beroende kunna vara en indikation för öppenvård och en uttalad ambivalens om behov av behandling en indikation för slutenvård.

Bland de centrala faktorerna utifrån Öjehagens matriser finns missbruk/beroende, motivation, erfarenhet av tidigare insatser, hälsa samt sociala problem så som boendesituation,

sysselsättning och nätverk. Då tidigare forskning (exempelvis Wallander & Blomqvist 2004, 2005) visat att kön är en betydande faktor i kombination med andra faktorer kommer detta nämnas i slutet av kapitlet.

### **Missbruk/beroende**

Alkohol är den vanligaste missbrukssubstansen och står för de största negativa konsekvenserna så som dödlighet och relaterade skador. Antalet personer i Sverige med missbruk/beroende av alkohol är ungefär 780 000. Narkotikamissbruket är mer begränsat, men i vissa former mycket allvarligt. Antalet personer med en riskabel narkotikakonsumtion beräknas vara ungefär 77 000 och 29 500 beräknas ha ett tungt narkotikamissbruk (Billinger och Hübner, 2009; SOU 2011:35).

Det är vanligt att personer med missbruk/beroende använder flera olika substanser. Det är inte heller ovanligt att missbruk av alkohol eller narkotika kombineras med olämpligt bruk av läkemedel. Olämplig läkemedelsanvändning finns i en betydande omfattning även om det är svårt att skatta hur många personer som har ett läkemedelsmissbruk/beroende. Cannabis är den vanligaste illegala drogen vid olika former av missbruk. Risken att utveckla ett beroende anses vara låg i jämförelse med alkohol och andra droger. Opioder (ex heroin, morfin, subutex) är starkt beroendeframkallande och vissa studier pekar på en 50 gånger högre dödlighet än i normalbefolkningen. Att intravenöst injicera narkotika är förknippat med risk för överdoser, men även sjukdomar såsom Hepatit och HIV (SOU 2011:35; Melin & Näsholm 1998; Socialstyrelsen 2007).

I övriga Europa görs vanligtvis en indelning som utgår ifrån substansen där t.ex. cannabis och alkohol klassas som "lätta" droger och opiater som "tunga" droger. I Sverige har man istället preciserat "tungt missbruk" i termer av frekvens (dagligt bruk eller nästan dagligt till skillnad från episodiskt bruk), intagningsätt (injektionsmissbruk) samt skadeutveckling. Grunden till detta är att risker och skador inte kan knytas till specifik drog, utan att frekvens och intagningsätt tas in i beräkningen. SOU: 2005:82 kommer fram till att personer med tungt missbruk bör avse substansberoende personer, som löper stor risk för skador och särskilt de som därtill har svåra relaterade problem såsom samsjuklighet, hemlöshet, kriminalitet eller prostitution.

Personer med heroinberoende eller injektionsmissbrukare har större sannolikhet att beviljas kostsamma behandlingsalternativ såsom LVM. Detta kan enligt Wallander och Blomqvist (2005) bero på den forskning som säger att "tyngre" missbruk kräver mer ingripande insatser.

Enligt en redovisning av det missbruksmedel som socialnämnden åberopade i LVM-ansökningarna under 2011 gällde 38 procent av ansökningarna alkohol, 31 procent narkotika, 27 procent blandmissbruk av både alkohol och narkotika och 4 procent blandmissbruk i olika kombinationer som grund för beredande av vård. Bland de LVM-vårdade var åldersgruppen 40–49 år störst (23 procent), följt av gruppen 21–24 år (20 procent). Yngre tvångsvårdade har oftare problem med narkotikamissbruk/beroende medan de äldre oftare har problem med alkoholmissbruk/beroende (Socialstyrelsen 2012 s.18-19).

### **Motivation**

Motivation är en betydande faktor för val av insats eftersom den har förankring i såväl socialtjänstlagen som LVM. Groshkova (2010) diskuterar forskningsläget kring motivation. Hon poängterar att i arbetet med personer med missbruk-/beroendeproblematik behöver man jobba på att förstå vad som har motiverat till förändring när insatser varit framgångsrika och fokusera arbetet på att stärka motivationen hos klienterna. Hon påpekar att motiverande arbete kan se ut på olika sett och att någon idealmodell inte existerar. Dock kan sägas att personens möjlighet att själv välja och påverka hjälpen gynnar förändring (Wallander & Blomqvist 2005). En person kan vara mer eller mindre motiverad eller skifta ståndpunkt från dag till dag. Exempelvis kommer Olausson (2008), i sin avhandling om samsjukliga kvinnor, fram till att kvinnorna i studien ofta visade ambivalens, vilket lätt förväxlades med att vara omotiverad, inför behandling av sin psykiska ohälsa och för sitt missbruk eller beroende. De hade svårt att beskriva sina behov samt vilka hjälp-/stödinsatser som de ville ha. Kartläggningen visade att kvinnorna hade en multipel psykiatrisk problematik, ofta fysisk ohälsa samt bristfälligt socialt nätverk. Kvinnorna hade haft problemen sedan tonåren, bland annat försörjningssvårigheter, brist på goda relationer och sociala sammanhang.

### **Tidigare insatser**

I Wallanders och Blomqvists vinjettstudie (2005) presenterades missbrukshandläggare för flera klienter med missbruks- och beroendeproblematik och fick sedan föreslå vilken insats de gett klienten. Slutsatser är att tidigare behandlingserfarenheter påverkade besluten och när handläggarna valde mellan strukturerad öppenvård och behandlingshem gick de i första hand på klientens önskemål. Det bör samtidigt nämnas att många kommuner har riktlinjer för att använda kommunens egen öppenvård som första alternativ innan institutionsvistelser beviljas.

### **Hälsa**

I Wallander och Blomqvists (2005) studie visade sig psykisk ohälsa vara en betydande faktor för val av insats. Personer med alkohol- och drogproblem har en ökad risk för psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar. Bland dem som söker hjälp för missbruk eller beroende anges att minst en tredjedel har en ångestsjukdom eller depressionsdiagnos. Så kallade samsjukliga är en grupp som lätt hamnar mellan stolarna då ansvaret för gruppen är oklart (Socialstyrelsen 2012, 2007).

Gerdner (2011) påpekar i sin föreläsning om vårdplanering att handläggaren bör se till klientens hela livssituation och att eventuell samsjuklighet eller psykisk störning kan vara oerhört viktigt att upptäcka/förhålla sig till vid val av lämplig insats. Ett samarbete med sjukvården kan krävas för att klienten inte ska få olika separata behandlingar för ett sammansatt problem. Enligt Öjehagens matris (se ovan) lämpar sig initial öppenvård för klienter som inte har någon psykisk störning. Om klienten har en psykisk störning bör insatsen vara slutenvård, i samarbete mellan psykiatri och missbruks/beroendevård. Ett lättare missbruk, men större psykiska problem skulle istället kunna innebära att klienten får bäst hjälp inom psykiatrins öppenvård.

### **Sociala problem**

Personens övriga problem och resurser påverkar också vilken insats som beviljas. Själva

boendemiljön kan vara en betydande faktor för rehabiliteringsprocessen. Det är inte ovanligt att personer med missbruk har sina boenden i miljöer som snarare försvårar än underlättar deras strävan att vara nyktra och drogfria (Melin & Näsholm 2011). Att vara bostadslös ökar sannolikheten att beviljas någon form av institutionsvård. Detta kan tyda på att kommunerna hanterar hemlösheten genom att bevilja institutionsvistelser (Blomqvist & Wallander 2004, 2005; Storbjörk & Room 2008). Storbjörk (2010) kom i sin studie fram till att sannolikheten för LVM var avsevärt högre bland bostadslösa än personer med eget boende.

Under Socialstyrelsens mätvecka 2011 inrapporterades 34 000 personer som hemlösa i Sverige. Cirka 40 procent av dessa hade problem med missbruk och beroende. Majoriteten var män och alkohol var oftast huvuddrogen. Personer med missbruks/beroendeproblem vistades i större utsträckning än övriga hemlösa på härbärgen, i tillfällig logi, kategoriboenden samt på institution (Socialstyrelsen 2012).

Ett arbete, eller en meningsfull sysselsättning, medför struktur i tillvaron och kan för många utgöra en grund för självkänsla och identitet. Dock finns ingen tydlig koppling mellan att arbete skulle skydda mot missbruk eller att behandlingsresultat skulle påverkas, däremot kan risken för återfall öka om man blir av med sitt arbete. Storbjörk (2010) kommer i sin studie fram till att försörjning genom socialbidrag eller sjukpenning medför en förhöjd sannolikhet att LVM-vårdas jämfört med att försörja sig genom arbete (Melin & Näsholm 2011; Socialstyrelsen 2007).

Det är viktigt att identifiera viktiga personer och socialt stöd som kan vara en del i personens rehabilitering. Personens nätverk kan dock vara både missbruksbefrämjande och drogfrihetsbefrämjande relationer. Om personen upplever stöd för drogfrihet eller utsätts för press att dricka/droga kan ha avgörande betydelse för hur personen klarar vägen ut ur missbruk och beroende. Att leva tillsammans med en annan person i missbruk eller beroende kan öka personens missbruksproblem. Ett långvarigt missbruk i sig kan även leda till social isolering eller nära band till andra personer med missbruk och beroende (Socialstyrelsen 2007, Melin & Näsholm 2011).

### **Kön**

Missbruk eller beroende är mer förekommande bland män än kvinnor medan andra psykiska sjukdomstillstånd är vanligare bland kvinnor. Bland dem som missbrukar alkohol och narkotika beräknas två tredjedelar vara män, medan läkemedelsmissbruk beräknas vara vanligare bland kvinnor (SOU 2011:35).

Storbjörk (2010) kommer fram till att sannolikheten att tvångsvårdas var betydligt högre bland kvinnor med barn under 18 år och kvinnor som levde tillsammans med en missbrukande partner. Hos män var förhållandet det motsatta.

Män och kvinnor tenderar att behandlas olika, då "kön" i kombination med andra faktorer så som ålder, boende, social situation osv. leder till olika insatser. Kvinnor erbjuds i större utsträckning mer omfattande insatser än män (Wallander & Blomqvist 2004, 2005; Storbjörk 2010; Storbjörk & Room 2008). Enligt Socialstyrelsens (2012 s.22) statistiska rapport över insatser för personer med missbruks- och beroendeproblematik under 2011 är män i majoritet



inom samtliga vårdformer. Störst var könsskillnaderna i insatser som avser boende och frivillig institutionsvård, där 76 procent var män. Könsskillnaderna var minst bland LVM-vårdade där 62 procent var män. Det finns även statistik som tyder på att bland LVM-vårdade upp till 25 år, är hälften kvinnor (SOU: 2011:6).

### 3. Teoretiska utgångspunkter

Frågeställningarna som denna uppsats bygger på handlar om skillnader i handläggares och nämndledamöters val av insats. I den teoretiska bakgrunden för uppsatsen används därför organisationsteori som övergripande teoretiskt perspektiv. Organisationsteorin anger den kontext inom vilken valen av insats beslutas och inom denna finns dessutom teorier om, och modeller för hur beslut fattas. Beslutsfattande i sig är ett omskrivet område, och det är där fokus ligger för den teoretiska bakgrunden.

#### 3.1 Organisationsteori

Organisationsteori är en empiriskt grundad teori som eftersträvar att beskriva och förstå funktionerna bakom varför en organisation fungerar som den gör och vad som sker inuti organisationen. Inom denna teori befinner sig kommunens organisation i ett samhällssystem där den påverkas av, påverkar och samspelar med andra organisationer eller samhällsfenomen, men den består även av flera personer som samverkar genom relationer eller avtal (Jacobsen & Thorsvik 2008). Jacobsen och Thorsvik beskriver (2008 s.13) med ett citat en organisation som ”ett socialt system som är medvetet konstruerat för att uppnå bestämda mål”. Offentliga organisationer ägs av statliga eller lokala myndigheter och leds av folkvalda representanter, vill säga politiker. I sitt styre skiljer de sig ofta från privata organisationer eftersom det ligger en demokratisk process bakom ledningens struktur. Offentliga organisationer har också ofta flera olika funktioner och syften att fylla. De kan exempelvis förväntas tillhandahålla tjänster samtidigt som de ska värna om invånarnas rättigheter och förhålla sig till krav på öppenhet, lika behandling osv. Jacobsen och Thorsvik (2008) påpekar att offentliga och privata organisationer blir allt mer lika varandra. Ett exempel på detta skulle kunna vara den tidigare beskrivna NPM-utvecklingen (Edman & Blomqvist 2011; Wiklund 2011).

Genom organisationsteori får man alltså ett förklaringsverktyg för att kunna studera människors beteende i en organisation. En utgångspunkt är att människor beter sig på ett speciellt sätt, som är värt att studera, i en organisation, och att denna vetenskap kan användas för att förstå exempelvis vilka beslut som tas av de som har beslutsrätt och hur beslutsprocessen går till (Jacobsen och Thorsvik 2008).

#### 3.2 Beslutsteori

Beslut och beslutsprocesser är viktiga delar inom en organisation. Beslut måste tas hela tiden och krävs för att organisationen ska kunna fungera (Jacobsen & Thorsvik 2008). Därför är beslut även något som är relevant att studera med organisationsteori, och mer ingående beslutsteori, som förklaringsmodell. Det finns olika modeller för hur man kan tänka sig att handläggare och ledamöter går till väga när de fattar beslut. Gränsen mellan de olika modellerna är knappast tydlig i verkligheten. Jacobsen och Thorsvik (ibid.) skriver att flera

olika modeller troligen praktiseras när beslut tas i en organisation, och går att återfinna om man undersöker beslutsprocessen noga.

### **Rationella modeller**

Den vanligaste idén om hur beslut bör fattas beskriver March (1994) som "Pure Versions of Rational Choice, vilket Jacobsen och Thorsvik (2008) kallar för "*Den rationella idealmodellen*". I kontexten för denna uppsats skulle det innebära att handläggarna och ledamöterna har en klar målbild för att kunna fastslå vad beslutet ska leda till. Nästa steg innebär att de alternativa insatslösningarna är tydligt utskilda. De alternativa insatserna går även att rangordna för att tydliggöra vilket val som ger den bästa effekten och beslutsfattaren har slutligen möjlighet att välja det bästa resultatet. March (1994) påpekar dock att i verkliga organisationer är beslutsprocessen mer komplex än så. En människa handlar aldrig renodlat rationellt och kan aldrig veta med 100 procents säkerhet att man valt det bästa alternativet. Man kan fråga sig utifrån vems perspektiv som insatsen skulle ge bästa effekt? Är det utifrån en tanke om vad som är bäst för klientens rehabiliteringsprocess eller är det utifrån en tanke om kommunens bästa? Dessa behöver givetvis inte alltid gå emot varandra. Det skulle även kunna vara så att det bästa insatsalternativet kanske verkar vara det bästa i stunden, men visar sig vara förödande för klienten vid ett senare tillfälle. Jacobsen och Thorsvik (2008) påpekar bland annat att tidsramarna anger hur lång tid man har på sig att samla information om de olika möjligheterna och även om det finns riktlinjer för vilken information som är viktig så ser människor olika på vad som är viktigt eller inte, värdefull information för den ene är oviktigt för någon annan. Man kan här tänka sig att utifrån de olika rollerna som handläggare och ledamöter finns dels inbyggda skillnader mellan positionerna, men även personliga åsikter som skiljer sig åt.

Den helt och hållet rationella modellen är alltså inte praktiskt möjlig, vilket March (1994) påpekar att såväl modellens förespråkare som kritiker är överens om så för att ett beslut överhuvudtaget ska göras måste man acceptera detta och nöja sig med det som är möjligt att åstadkomma. Ett praktiskt exempel är att SoL (SFS 2001:453) påtalar skyndsamt vid handläggning. Att bena ut alla möjliga val av insatser och alla tänkbara konsekvenser skulle aldrig vara genomförbart. Handläggare och nämndledamöter ska dessutom förhålla sig till SoL, riktlinjer och kommunala budgetdirektiv, för vilka beslut som bör tas, och för vilka mål man bör jobba mot, men förväntas ändå vara kapabla att fatta snabba beslut, gärna också det "bästa möjliga" beslutet utifrån situationen. En modell med "begränsad rationalitet" tar med i beräkningen att "idealet" inte är möjligt att uppnå. Denna modell beskriver att man i beslutsprocessen jobbar mot organisationens mål i den utsträckning man kan och kartlägger de alternativa valen någorlunda, men troligtvis inte helt objektivt följer upp alla tänkbara möjligheterna utan får nöja sig då man hittat det första tillräckligt bra valet och därför håller sig till det.

### **Regelmodellen**

Den andra huvudmodellen inom beslutsteorin enligt March (1994) är "*regelmodellen*". Regelmodellen skulle inom kontexten för denna studie innebära att handläggare och ledamöter fokuserar på vilket val som bäst passar ihop med deras egen och organisationens identitet, och de regler som satts upp för hur personer inom organisationen bör agera. Detta

skulle i så fall kunna innebära att handläggare och ledamöter föreslår de insatser som bäst passar in i det regelverk som skapats för myndighetsutövandet. Konsekvenstänkandet är inte lika relevant inom regelmodellen, eftersom reglerna redan är satta för hur beslutet bör tas. March (1994) menar att man generellt tar för givet att man i en organisation följer rådande regler och anpassar beslutet efter organisationens identitet, vilket innebär att "regelmodellen" ofta inte lyfts ut som en egen modell, vilket March ändå gör.

Regelmodellen är som mest tillämpbar då det finns en mycket tydlig arbetsbeskrivning med förutbestämda val som man kan göra vid de beslutssituationer som uppkommer. Den situation som kräver ett beslut måste först definieras in i en kategori som utifrån regler och rutiner leder till ett visst beslut. Beslutsfattaren har alltså i uppgift att passa in den information som givits kring beslutet i den "mall" som passar bäst för att sedan följa rutinerna och fatta rätt beslut. (Jacobsen och Thorsvik 2008).

### **Förhandlingsmodeller**

Jacobsen och Thorsvik beskriver ytterligare en beslutsmodell som är av relevans för denna uppsats. *Förhandlingsmodeller* behövs för att beslut ska kunna tas när flera personer, grupper eller instanser med olika intressen är inblandade i beslutsfattandet. Olika intressen spelar in, såväl som olika personers känslor och åsikter. Förhandling krävs troligen för att komma fram till ett beslut. I kommunalt socialt arbete är detta ständigt nödvändigt då en och samma kommun inrymmer olika myndigheter och organisationer. Även mellan klient och handläggare krävs ett mått av förhandling, snarare som regel än som undantag. Beslut genom förhandling kan exempelvis innebära att den ena parten får igenom sina önskemål medan den andra parten får stryka på foten eller att man genom kompromisser från båda håll hittar en lösning, tillräckligt bra för båda parter (Jacobsen och Thorsvik 2008).

### **Logik bakom beslutsmodellerna**

Beslutsmodellerna förutsätter någon form av rationalitet och logik bakom beslutsprocessen. March (1994) beskriver två sätt att se på logiken som styr en persons beslutsfattande. Konsekvensinriktad logik utgår ifrån att beslutet bygger på att man eftersträvar den bästa möjliga konsekvensen. Konsekvensinriktad logik applicerad på den rationella idealmodellen skulle kunna innebära att man i den fas där man urskiljer de olika möjliga valen lägger vikten på vilka konsekvenser varje val skulle ge, och sannolikheten för dessa. Lämplighetslogik å andra sidan handlar om hur lämpligt ett val är utifrån beslutsfattarens identitet och utifrån de regler som denne har att förhålla sig till. Detta senare alternativ är tydligare påverkat av kontexten, alltså organisationen, eftersom denna sätter ramarna för vilket beslut som passar bäst. Den roll som beslutsfattaren anser sig ha då denne tar beslutet får konsekvenser för vad beslutet blir. Jacobsen och Thorsvik (2008) menar att båda dessa två uttryck av rationalitet används vid beslutsfattande inom en organisation.

### **Svårigheter kopplade till modellerna**

Såväl March (1994) som Jacobsen och Thorsvik (2008) påpekar att dessa modeller är förknippade med olika svårigheter. Den begränsat rationella modellen förutsätter att beslutsfattaren har klart för sig vilket beslut som ger mest fördelaktiga resultat för organisationen. Även om beslutsfattaren enligt modellen tillåts nöja sig med ett alternativ som

är ”gott nog” så bör denne ändå ha klart för sig, och själv hålla med om, vad som ligger i organisationens intresse. Om det inte är tillräckligt tydligt vad som är organisationens mål och intresse så blir besluten spretiga och ofokuserade. Regelmodellen bygger på att det finns valmöjligheter som, helst i förhand, bestämts passa de beslut som behöver tas inom organisationen. Att helt följa regelmodellen skulle innebära att om inga rutiner finns för vilket val som ska göras så kan man heller inte ta något beslut, vilket leder till svårigheter att fatta ett beslut inom en förvaltning som har ett väldigt bestämt arbetsområde. De beslut som de anställda på en viss avdelning förväntas ta har också rutiner knutna till sig för att förenkla besluten. Däremot områden som inte anses höra till avdelningen, eller till förvaltningen över huvud taget, har heller inga rutiner kopplade till sig. Beslutsfattaren kan välja att skjuta ärendet ifrån sig och hänvisa till att det inte ankommer på hen att besluta i ärendet, eller välja att ta ett beslut utan stöd av organisationens regler och rutiner. Det senare är egentligen inte möjligt om man strikt ska följa regelmodellen.

Många av dessa modeller förutsätter också tydlighet från det politiska styret eftersom den som har rätt att bestämma vilket alternativ som ligger mest i organisationens intresse har makt över beslutet. Det kan också handla om vem som avgör på vem beslutsfattandet läggs. Det är troligt att en person som främst sysslar med frågor som berör ekonomi förväntas fokusera på just ekonomi och inte på personalhälsa eller kund/klientkontakt. Det område man är satt att bevaka anger vilken information som samlas in när beslut fattas. Det kan innebära att en viss typ av information inte lyfts fram, om den på organisationsövergripande nivå inte ansetts tillräckligt viktig. Det kan också handla om att ett viktigt beslut kan vara åtråvärt att få till sin ”avdelning”, liksom att ett obekvämt beslut kan vara något man gärna skjuter ifrån sig. I en sådan situation kan maktförhållandena bli extra tydliga, utifrån vem som har makten att ålägga någon annan att fatta beslutet. Vissa beslutsmodeller bygger på att makten att sätta mål och styra prioriteringar kommer ovanifrån organisationens styre, andra på att makten ligger mer jämt fördelad mellan olika aktörer (Jacobsen och Thorsvik, 2008).

### 3.3 Handläggares och politikernas olika roller i beslutsfattandet

Handläggare och socialnämndsledamöter arbetar i olika ändar med samma frågor. Jacobsen (2006) beskriver i en artikel hur relationen mellan politiker och tjänstemän kan se ut i en kommun. Han menar att förändringar i den miljö i vilken politiker och tjänstemän möts, har stor inverkan på arbetet som utförs. Han påpekar bland annat det faktum att ett nyval kan ändra såväl vilken politik som förs som var tid och pengar läggs och vilka personer som utgör kontaktytan mot tjänstemännen. Detta kan rubba inarbetade arbetsrutiner, på både gott och ont. Påverkar gör också sammansättningen av människor med olika partitillhörigheter i såväl kommunfullmäktige som nämnderna. En enhetlig nämnd kan väntas ha en närmre, mer koncentrerad kontakt med tjänstemännen, medan en spretig nämnd måste lägga mer tid på att komma överens. I Jacobsens undersökning såg han att politikernas och tjänstemäns kontakt med varandra varierade såväl mellan olika kommuner som i den egna kommunen mätt vid olika tider. Jacobsen trycker på att studier som undersöker relationer mellan politiker och tjänstemän bör ta med i beräkningen att resultatet kan bli annorlunda beroende på om ett val skett nyligen eller flera år tillbaka.

### 3.4 Gräsrotsbyråkraten

I Sverige har ett system vuxit fram där socialt arbete kan ses som en byråkratisk process. Då socialt arbete bedrivs i organisationer är organisationsteori relevant för denna rapport, men i en byråkratisk organisation får de tjänstemän som arbetar mellan myndigheter och medborgare en speciell roll, som kräver att ytterligare en aspekt av beslutsfattandet läggs till teorigrunden. Lipsky (2010) beskriver denna speciella roll som ”gräsrotsbyråkraten”. Exempel på gräsrotsbyråkrater är polis, handläggare inom socialtjänsten, anställda inom sjukvården och tjänstemän inom rättssystemet. Svensson m.fl. (2008) förklarar begreppet gräsrotsbyråkrat som en person som genom sin yrkesroll utgör länken mellan en organisation, offentlig, privat eller ideell, och samhällets medborgare.

Teorin om gräsrotsbyråkrati innebär att handläggaren, i rollen som gräsrotsbyråkrat, får uppgifter att utföra såväl ”uppifrån” den myndighet han eller hon företräder, som ”nerifrån” medborgarna/brukarna/ klienterna. Gräsrotsbyråkraten hanterar och övervakar de förmåner, möjligheter, sanktioner och begränsningar som stat, landsting och kommun beslutar för medborgarna men är även medborgarens länk till myndigheterna och bör utifrån medborgarnas bästa påverka myndigheterna när förändring behövs. Detta kan försätta handläggaren i en komplicerad situation, som medlare klämd mellan olika intressen (Lipsky 2010).

Man skulle kunna vidga begreppet till att även ledamöter i socialnämnden befinner sig i denna situation. Socialnämnderna, som lyder under kommunstyrelsen och fullmäktige, är i viss del beroende av kommunfullmäktige eftersom de är skyldiga att följa de riktlinjer, anvisningar och budgetramar som anges. Angående myndighetsutövning har nämnderna dock ingen lydnessplikt gentemot fullmäktige, som inte får ingripa eller ge direktiv om hur ett ärende ska handläggas. Samtidigt har många kommuner direktiv från fullmäktige att minska institutionskostnaderna för såväl placeringar enligt SoL som LVM och LVU. Man skulle kunna se det som att även ledamöterna befinner sig i en situation där de ska förhålla sig till fullmäktige, kommunstyrelsen, väljare, kommunens bästa, handläggarna och klienterna (Bohlin 2007 s.36).

Handläggarens beslutsfattande rör ofta klienternas livssituationer. Lipsky skriver att sådana konsekvenser komplicerar de beslut som en gräsrotsbyråkrat ställs inför, som dels ska tas utifrån organisationens/myndighetens regler och ramar, men också med hänsyn till hur beslutet påverkar klienten. Klienten påverkas inte heller enbart av det beslut som faktiskt tas, utan även genom den roll som beslutet tilldelar klienten, exempelvis som ”grav missbrukare” eller ”icke tillräknelig att fatta beslut över sitt eget liv”. Skau (2007) beskriver processen som att klienten går från subjekt till objekt då denne matchas in i hjälpsystemets kategorier, för att kunna erbjudas den hjälp som anses vara lämplig för den kategorin. Gräsrotsbyråkraten måste alltså förhålla sig till att besluten kan få omvälvande konsekvenser för klienterna. I en annars väldigt byråkratisk myndighet måste gräsrotsbyråkraten ha ett mer inkännande förhållningssätt (Lipsky, 2010). Med tanke på exempelvis socialstyrelsens arbete för att stärka den evidensbaserade praktiken handlar också socialt arbete om att utifrån modern forskning, den egna professionella kunskapen och klientens synpunkter och preferenser ta välgrundade

beslut. Klienten ska alltså vara en självklar kunskapskälla i lika stor utsträckning som de andra (Socialstyrelsen 2011)

En fråga som kan ställas är vem som egentligen sätter målen för handläggarens arbete? Klienten, förvaltningsstyret eller staten. Utifrån gräsrotsbyråkratsperspektivet är svaret både och. Mål ifrån organisationen som man företräder är inte alltid helt enkla att kombinera med de klientcentrerade mål som uppkommer i arbetet med medborgaren som söker hjälp eller bistånd på något sätt men båda är en del av exempelvis en handläggares arbetsuppgifter. Gräsrotsbyråkratsens arbete handlar mycket om att få klientens och myndighetens mål att fungera ihop. Rikets lagar anger vissa begränsningar för hur medborgarna får bete sig. Myndigheter övervakar att dessa efterföljs. Gräsrotsbyråkraten har i sin direktkontakt med medborgarna möjlighet att använda sanktioner för att försöka förändra beteenden som inte är önskvärda, men har samtidigt relationen med medborgaren att värna om, och uppdraget att få medborgaren själv att vilja ändra sitt beteende (Lipsky, 2010).

### 3.5 Hur modellerna kan appliceras på praktiskt socialt arbete

Regelmodellen kan appliceras på tillämpningen av den tvingande LVM-lagstiftningen som anger tydliga direktiv för hur och när den ska användas. Eftersom det handlar om tvångsåtgärder mot människor är det logiskt att det ska vara tydligt reglerat huruvida en person "passar in" i LVM-kategorin eller inte. Det är också rimligt att anta att rutiner utarbetas på arbetsplatsen för att socialtjänstens arbete ska flyta på mer effektivt. Att kategorisera kunder/klienter för att kunna följa en viss rutin som mynnar ut i en viss typ av tjänst/behandling förekommer i de flesta organisationer och förenklar valet mycket. Bara genom att klienterna ofta hänvisas till olika sektioner beroende på sina problem visar på att klienterna kategoriseras.

Den begränsat rationella modellen kan appliceras på hur beslut fattas utifrån riktlinjer, tolkningsmatriser eller direktiv, med andra ord då det inte finns någon tvingande lagstiftning. Centralt för den begränsat rationella modellen är att man eftersträvar att uppfylla organisationens mål. När det gäller socialtjänsten får man anse att målen anges genom SoL ex 5:9§ (SFS 2001:453). Om man för att koppla detta till bakgrundsavsnittet skulle använda Öjehagens matriser för val av lämplig insats skulle det kunna ses som ett exempel på beslutsfattande enligt den begränsat rationella modellen. Med matrisens hjälp skulle man kunna kartlägga tänkbara insatsalternativ utifrån klientens behov och situation för att sedan välja det bästa möjliga alternativet.

Om klienten själv är motiverad till förändring för sitt beroende/missbruksproblem, och det finns flera olika tänkbara insatsalternativ är det rimligt att beslutet präglas mer av förhandling mellan klient och handläggare. Klientens egna önskemål och preferenser får stort spelrum, samtidigt som handläggaren utifrån sin professionella kunskap och bedömning kan bidra med andra perspektiv. Förhandlingsmodeller skulle kunna användas då olika organisationer så som socialtjänsten och sjukvården behöver enas om ett beslut. Denna modell visar på bredden av olika beslutssituationer som myndighetsutövare inom missbruks- och beroendebildningen kan ställas inför.

Utifrån uppsatsens teoretiska utgångspunkter är det rimligt att tänka sig att resultaten kommer visa på skillnader mellan handläggares och ledamöters bedömningar.

## 4. Metod

Genom en explorativ vinjettstudie, där både nämndledamöter och missbrukshandläggare får besvara en webbenkät med fiktiva ärenden, ges möjligheten att mäta likheter och skillnader i de respektive gruppernas val. En vinjettstudie ger möjligheten att förse respondenterna med så lika information och förutsättningar som möjligt. Den kvantitativa enkäten gör det möjligt att statistiskt undersöka resultaten, och de kvalitativa inslagen med öppna svarsfält ger respondenterna möjlighet att också förklara sitt val eller problematisera vinjetterna.

### 4.1 Metodens grundtankar och bakgrund

I denna studie innebär vinjettmetoden att respondenterna ställs inför fiktiva berättelser om personer med missbruks- och beroendeproblematik och får i anslutning till dessa besvara vilken av nio alternativa insatser som de skulle beviljat, alternativt tror hade beviljats utifrån kommunens faktiska förutsättningar. I enkäten har det dels funnits fasta svarsalternativ, men även öppna frågor. Studien har alltså använt sig mestadels av kvantitativ metod, men med kvalitativa inslag (Jacobsen 2010).

Vinjettstudier används för att studera och analysera människors val och bedömningar av situationer som är så verklighetsnära som möjligt. Fördelen med vinjettmetoden är att den ger respondenterna lika förutsättningar vid bedömning och metoden lämpar sig när man vill studera professioners val av handlingar. Vinjettstudiens grunder utgår ifrån att människor gör sin val utifrån vissa mönster, där vissa faktorer påverkar hur vi bedömer en situation samt att våra värderingar är socialt strukturerade. Studierna behandlar normativt material på så vis att det handlar om att undersöka de attityder som finns i professionellas principer, moraliska uppfattningar och liknande, som sedan leder till dessa val. Metoden har en mängd olika användningsområden, som exempelvis när man vill undersöka vilka faktorer som påverkar om en insats skall ges och i så fall vilken insats, eller när man vill undersöka hur olika aktörer skiljer sig åt i sina val av insatser (Jergerby 1999; Egelund 2008).

### 4.2 Urval

En inledande inbjudan om att delta i undersökningen skickades via e-post till socialtjänstens sektionschef för missbruksenheten samt till socialnämndens ordförande i 28 kommuner. Dessa 28 valdes eftersom kommunernas hemsidor visade kontaktuppgifter till ovanstående samt gav information om socialnämnd och socialtjänstens organisation. Sektionschef och socialnämndsordförande uppmanades att skicka vidare mejlet och sedan återkomma med mejllistor över missbrukshandläggare samt ledamöter (både ordinarie och ersättare). Tre påminnelser skickades ut till dem som inte svarat. Av dessa 28 kommuner var det 6 socialnämnder och 7 missbruksenheter från 9 olika kommuner som hörde av sig och ville delta.

Enkäten har, via mail, skickats ut till totalt 87 personer. Det är 43 personer som påbörjat enkäten, men av dessa har 7 personer skickat in tomma enkäter. Det är därmed 36 personer

som genomfört enkäten och av dessa är 16 socialsekreterare och 20 ledamöter. Både det externa och interna bortfallet har med andra ord varit stort (Jacobsen 2010). Respondenterna har uppmanats att besvara enkäten enskilt, utan att samråda med varandra.

### 4.3 Enkäten

En vinjett bör utformas så att den är logisk, trovärdig och inte alltför komplex. Vinjetterna har tagits fram utifrån aktuell forskning och stor vikt har lagts vid att de ska vara så verklighetstroga som möjligt. Exempelvis är sannolikheten att en 19-åring har två barn och dagligen brukat heroin i många år inte särskilt stor (Egelund 2008).

I denna studie har åtta vinjetter skapats utifrån empirisk kunskap om insatser och om missbruks- och beroendevårdens klienter. Detta redovisas under avsnittet ”*Vilken klient får vilken insats*”. Alla vinjetter innehåller de utvalda faktorerna, men i olika grader. Efter att vinjetten presenterats för respondenterna har de fått svara dels på frågan: ”Markera den av följande insatser som du tycker att X ska beviljas” (X syftar på respektive vinjettperson), och dels ställdes frågan ”Vilken insats tror du att X hade beviljats, utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du verkar?”. De nio olika insatserna som kunde väljas var: ”tillsynskontakt via öppenvård”, ”öppenvård med strukturerad behandling”, ”kategoriboende/lågröskelboende i kommunen”, ”stödboende i kommunens regi”, ”HVB genom extern aktör”, ”LVM”, ”ansvaret åligger hälso- och sjukvård (inkl. psykiatri)”, ”ingen insats för närvarande” respektive ”annat val”. Efter annat val fanns ett öppet svarsfält där respondenten kunde skriva vad detta ”annat” syftade på. Under varje delfråga fanns möjlighet att fritt motivera sitt val. Eftersom det inte alltid är helt klart var behandlingsinsatserna inom socialt arbete innebär presenterades ett instruktionsblad där insatserna definierades.

(För mer information se bilaga 1.)

### 4.4 Konstruktion av vinjetterna

Under vinjettkonstruktionen har prioritering i första hand legat på att göra vinjetterna verklighetstroga, snarare än att få med alla variabler som kan vara av betydelse. För att hålla frågorna under kontroll behöver man strukturera och på ett systematiskt sätt variera faktorerna i vinjetterna. Antalet faktorer som på detta sätt varierar måste vanligen begränsas för att det inte ska krävas alltför många vinjetter (Jergerby 1999).

Vinjetternas konstruktion gjordes utifrån en matris av olika faktorer. Dessa är kön, ålder, motivation, missbruk/beroende (grad och typ av missbruk), sociala problem, hälsoproblem samt tidigare insatser. Andra tänkbara faktorer som exempelvis utbildning, etnicitet, sexuell läggning som kan tänkas påverka val av insats har inte tagits med i denna studie. Faktorerna har sedan graderats. Förutom kön (man/kvinna) har övriga beskrivits så att man ska kunna utläsa gradskillnader i faktorerna. I vinjetterna beskrivs dessa variabler och dess graderingar med andra ord för att bli mer levande.

*Matris över olika faktorer, och dessas gradering, vilka format vinjetterna:*

Kön	Man	Kvinna	
Ålder	19-28 år	29-40 år	41 år och uppåt



<b>Missbruks- beroendeproblem</b>	Begränsat problem	Medelsvårt problem	Stort problem
<b>Motivation</b>	Ej motiverad	Ambivalent	Motiverad
<b>Sociala problem</b>	Få sociala problem	Måttliga sociala problem	Stora sociala problem
<b>Hälsoproblem</b>	Inga/relativt begränsade	Måttliga	Stora
<b>Tidigare insatser</b>	Inga tidigare insatser	Öppna insatser	Institutionsvård

(För vinjetterna i sin helhet, se bilaga 2.)

Vinjetterna är fördelade på fem män och tre kvinnor. Åldersgrupperna framgår av matrisen. Nedan följer en förklaring av de andra faktorernas graderingar.

### **Missbruk/beroende**

*Begränsat problem* – Personen injicerar inte och har en oregelbunden, mer episodisk användning.

*Medelsvårt problem* – Personen använder alkohol regelbundet men ej dagligen eller använder droger relativt regelbundet, men injicerar inte. Om amfetamin eller opiater används så injiceras de inte.

*Stort problem* – Innebär att dagligen eller nästan dagligen dricka alkohol till berusning eller att använda tyngre droger regelbundet, alternativt injicera (vilket då ej kräver att bruket är dagligen).

### **Motivation att hantera missbruks- och beroendeproblem**

*Ej motiverad* – Innebär att personen inte vill ha hjälp. Det kan också vara att personen vill ha hjälp med någonting annat än sitt missbruk och beroende, exempelvis bara med boendet men inte med missbruket.

*Ambivalent* – Otydlig eller osäker i sin motivation.

*Motiverad* – En person som uttrycker att den vill ha hjälp för sitt missbruk eller beroende.

### **Sociala problem**

Avser t.ex. boende, sysselsättning, nätverk (bristfälligt med negativ inverkan) och rättsliga konsekvenser.

*Få sociala problem* - Inga eller bara någon av faktorerna utgör ett problem. Under denna kategori finns exempelvis en person som inte har någon sysselsättning, men har boende, god hälsa samt ett gott nätverk utan missbruks- och beroendeproblem.

*Måttliga sociala problem* - De personer som har problem med flera faktorer förutom sitt missbruk eller beroende.

*Stora sociala problem* - Tre eller samtliga faktorer utgör ett problem. En person som inte har någon sysselsättning, inget boende och ett bristfälligt nätverk räknas till denna gradering.

### **Hälsoproblem – fysiskt eller psykiskt**

*Inga/relativt begränsade* – Personen har ingen diagnos och behöver inte behandling för sin hälsa.

*Måttliga* - Indikation på att personen möjligen kan behöva behandling. Ex, försämrade

levnadsförhållanden, men är inte diagnostiserad med t.ex. skrumplever.

*Stora* - Akut och har ett känt behandlingsbehov.

### **Tidigare insatser**

*Inga tidigare insatser* - Innebär att personen inte haft några tidigare biståndsbeviljade insatser från socialtjänsten.

*Tidigare erfarenhet av öppna insatser* - Innebär att personen haft någon form av kontakt med öppenvården i ett tidigare skede.

*Tidigare erfarenhet av institutionsvård* - Innebär att personen varit i institutionsbehandling.

## **4.5 Validitet och Reliabilitet**

Validitet handlar om huruvida man mäter det man avsett att mäta och reliabilitet handlar om hur noga man mäter det man vill mäta. Vinjettmotoden anses ge god reliabilitet och ger en inbyggd kontroll av slumpmässiga fel eftersom respondenterna ställs inför exakt samma vinjett och frågor. En risk med vinjettstudier är givetvis att fiktiva fall gör att respondenternas svar snarare speglar vad de tror att andra vill att de ska svara istället för att visa ett faktiskt handlande. Kommunala skillnader ger även olika förutsättningar att bevilja de föreslagna insatserna. Detta kan medföra validitetsproblem där det är svårt att avgöra om respondenternas tänkta handlingar faktiskt gäller i en verklig beslutssituation. Eftersom handläggare och nämndledamöter sällan är ensamma om att ta beslutet, är det också relevant att undersöka hur respondenten tror att utfallet av ärendet skulle bli i den egna kommunen. På det sättet skapas större möjligheter för respondenten att svara nyanserat och att mildra validitetsproblem. Även den öppna svarsrutan med möjlighet för respondenterna att fritt motivera sitt val syftar till att öka möjligheterna till nyansering och eftertanke (Jacobsen 2010; Jergeby 1999; Egelund 2008)

En annan strategi för att kontrollera validiteten är att diskutera operationaliseringen med respondenterna, det vill säga om de anser att vinjetterna verkar förnuftiga och verklighetstroga. Ju fler som är överens om att vinjetterna är verklighetstroga, desto säkrare kan man vara på att studiens validitet är god (Jacobsen 2010 s.272). Validitetsprövning har skett genom att respondenterna tillfrågats ”anser du att klientbeskrivningarna varit realistiska?” och ”finns det någon insats som du tycker är viktig, men som inte funnits med?”.

Studiens kvalitativa inslag, det vill säga de öppna svarsfälten där respondenten har möjlighet att fritt uttrycka sig, har använts för att tydliggöra alternativen samt för att mildra validitetsproblemen som skulle kunna uppstå om respondenten inte anser svarsalternativen är relevanta (Egelund 2008).

## **4.6 Analysmetod**

Förmågan att finna signifikanta samband minskar betydligt med så små urval som denna studie haft eftersom marginalerna för slumpens inverkan då ökar (Jacobsen 2010). Eftersom denna studie framförallt är kvantitativ har analysen främst byggts på jämförelser av statistik som genererats utifrån enkätsvaren.

Enkätsvaren har kodats direkt i webbenkätprogrammet, för att sedan föras in datorprogrammet SPSS. Detta har skett i två steg. Först har en datafil gjorts där varje

respondents svar är ett "case" och där de olika svaren utgör variablerna. Förutom de kvalitativa förklaringarna finns två kategoriska variabler för var och en av vinjetterna, en som avser respondentens egen bedömning ("egenbedömning") och en som avser vad man tror blir beslutet utifrån kommunens förutsättningar ("prognos"). Kategorierna i svaren är de nio olika insatserna. Denna datafil har kunnat användas för att besvara de tre första forskningsfrågorna.

I ett andra steg har ytterligare en datafil skapats där istället varje vinjett är ett "case". I denna finns två typer av variabler, dels bakgrundsvariabler som utgörs av de karaktäristika som legat till grund för utformning av vinjetterna (se matris ovan), dels mått som summerar de kollektiva bedömningarna som handläggare respektive ledamöter gjort för respektive vinjett. Bakgrundsvariablerna är antingen dikotomt (kön) eller trikotomt rangordnade (övriga). De summativa bedömningarna är däremot kvantitativa och bygger i princip på andelen (i procent) som föreslagit respektive insats. Istället för att göra separat analys av egna bedömningar och det man tror blir utfallet i kommunen, så har dessa vägts ihop till ett enda mått, genom genomsnitt för dem enligt följande formel som i princip kan variera mellan 0 och 100.

$$(\text{Andel insats enligt egenbedömning} + \text{andel insats enligt prognos}) / 2$$

Korstabeller har använts för att ge en överblick över svaren från de två grupperna för de olika vinjetterna. För att undersöka skillnader mellan de två svarsgrupperna vad gäller benägenhet att föreslå olika insatser har Mann-Whitneys U-test använts. Detta är ett icke-parametriskt test för att pröva signifikans för skillnader i rangordningar och kan också användas då kvantitativa skalor är skeva (ej normalfördelade), vilket är fallet här. För att undersöka skillnader mellan egenbedömning och prognos användes istället Wilcoxon's Sign Rank Test, som också är ett icke-parametriskt rangskaletest, men som används för att undersöka skillnader för "matchade par", vilket är fallet då det gäller skillnader mellan egen bedömning och prognos för samma personer.

Slutligen har en multivariat linjär regressionsanalys använts för att undersöka sambanden mellan vinjetternas beskrivning av problembild och förslag till insats. Denna analys skapar modeller som predicerar den beroende variabeln (förslag om viss insats) utifrån flera oberoende variabler (bakgrundsvariablerna). Den kan göras på olika sätt. Här har valts en analysmetod som kallas "backward" och som innebär att bakgrundsfaktorer som inte har något samband successivt tas bort så att man till sist har den "optimala modellen", det vill säga den som bäst predicerar den beroende variabeln utifrån så få oberoende variabler som möjligt. Måtten som visar detta är dels modellens signifikans (dess p-värde), dels modellen förklarade varians ( $R^2$ ). Det sista innebär andelen av variationen i den beroende variabeln som förklaras av modellen (Wahlgren 2008, Eljertsson 2003).

De kvalitativa inslagen har använts när de kunnat tydliggöra det val som respondenten gjort, eller då flera kommentarer pekat på samma sak angående ett val av insats. Angående "Annan insats" hade vissa svar kunnat tolkas och läggas in på de förutbestämda insatskategorierna. Dessa har dock inte omtolkats eftersom valen kan ses som intressanta i sig.

## 4.7 Etiska överväganden

De forskningsetiska principer som övervägts är informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet.

I det inledande informationsbrevet informerades deltagarna om syftet med studien och att deltagandet är frivilligt. I brevet stod även att alla uppgifter behandlas konfidentiellt, det vill säga att ingen utomstående ska kunna urskilja vilka som deltar eller vilka kommuner dessa verkar i. Det påängterades även att information om partitillhörighet inte kommer redovisas då detta skulle kunna vara känslig information utifrån studiens kontext. I enkäten ombads respondenterna uppge sina namn för att underlätta hantering av eventuellt bortfall. Dessa uppgifter har endast funnits tillgängliga för uppsatsens författare. Då det inte förekommer några känsliga personuppgifter i enkäten och de svarande inte direkt tillhör någon sårbar population bör studien därför inte innebära några forskningsetiska risker. Studien är motiverad då studier om missbrukshandläggares och politikernas bedömningar av insatser för denna utsatta grupp är näst intill obefintliga.

## 5. Resultat

Resultatet bygger på svaren från de totalt 36 personer som besvarat enkäten. I tabellen nedan redovisas handläggares (H) och ledamöters (L) svar, vinjett för vinjett, dels för frågan om vilken insats de själva bedömer bör beslutas (Eg. bed.) och dels för frågan om vad de tror skulle bli utfallet i den egna kommunen (Tr. utf.).

**Tabell 1:** *Fördelning av svar från handläggare respektive nämndledamöter, vid egen bedömning samt vid val av troligt utfall i kommunen.*

		Tillsyn		Öpp.vård		Kategori/ lågtröskel		Stöd- boende		HVB extern aktör		LVM		Hälsa- sjukvård		Annan insats		Ingen insats		Bortfall	
		Eg. bed	Tr. utf.	Eg. bed	Tr. utf.	Eg. bed	Tr. utf.	Eg. bed	Tr. utf.	Eg. bed	Tr. utf.	Eg. bed	Tr. utf.	Eg. bed	Tr. utf.	Eg. bed	Tr. utf.	Eg. bed	Tr. utf.	Eg. bed	Tr. utf.
<u>Anton</u>	H	-	2	10	10	-	-	-	-	5	2	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1
	L	-	3	13	10	-	-	-	-	6	6	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
<u>Bengt</u>	H	3	3	8	7	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2	2	2	3	-	-
	L	3	5	11	9	-	-	-	-	-	-	2	2	3	-	-	-	1	3	-	1
<u>Pernilla</u>	H	-	-	-	-	-	1	5	6	3	2	-	-	-	-	3	2	3	3	2	2
	L	-	2	1	1	1	-	6	7	2	1	8	6	1	2	1	1	-	0	-	-
<u>Tobias</u>	H	1	1	3	3	-	-	-	-	1	-	-	-	3	4	5	2	-	2	3	4
	L	2	3	3	3	-	-	1	1	3	2	1	1	7	6	2	2	-	-	1	2
<u>Lina</u>	H	2	2	-	1	-	-	-	-	1	-	6	6	-	-	2	1	2	4	3	2
	L	-	1	2	4	-	-	1	2	3	3	13	8	-	-	-	-	-	1	1	1
<u>Björn</u>	H	1	2	-	1	-	-	7	6	4	4	-	-	-	-	2	1	-	-	2	2

	L	-	2	3	3	1	1	3	4	5	4	5	4	1	-	-	-	-	2	2
	H	-	-	-	-	-	-	1	-	3	3	2	2	4	3	1	3	5	5	
<u>Hanna</u>	L	1	1	1	1	-	-	1	1	12	12	3	3	-	-	-	-	2	2	
	H	-	-	1	2	-	-	1	2	7	4	-	-	2	3	-	-	5	5	
<u>Olle</u>	L	-	1	7	7	1	1	-	-	8	7	1	1	1	-	-	-	2	3	

Denna tabell är en översikt över samtliga svar från enkäten. Tabell 3 till 6 besvarar mer ingående forskningsfrågorna utifrån detta material.

Nedan redovisas en sammanfattning över de kommentarer som några, men inte alla, respondenter valt att ange när de valt alternativet ”annan insats”. För att göra information mer lättöverskådlig är den sammanställd i en tabell.

**Tabell 2.** *Handläggares (H) och ledamöters (L) kommentarer/förslag när de valt insatsen ”annan insats”*

<u>Vinjettperson</u>	H eget val	H troligt utfall i kommunen	L eget val	L troligt utfall i kommunen
<u>Anton</u>	-Öppna utredning jml 11:1§ SoL	-Kombination av insatser på hemmaplan	-	-
<u>Bengt</u>	-Motiverande samtal	-Inga insatser /stödande insatser på hemmaplan	-	-
<u>Pernilla</u>	-Utredningsplats på boende -Tillsynskontakt och samarbete med hälso-sjukvård	- Tillsynskontakt och samarbete med hälso-sjukvård	-Utredningsplats på boende	-
<u>Tobias</u>	-Kombination av insatser så som HVB, kommunpsykiatri, boendestöd, kontaktperson och samarbete med hälso-sjukvård  - Abstinensbehandling	-Kombination av socialtjänsten och hälso-sjukvårdens insatser.	-Samarbete med hälso-sjukvård,  -Boendestöd eller gruppboende i funktionshinder-omsorgens regi.	-Kombination av socialtjänsten och hälso-sjukvårdens insatser. -Boendestöd eller gruppboende i funktionshinder-omsorgens regi.

## - Hemsjukvård

<u>Lina</u>	-Öppna LVM-utredning	-	-	-
<u>Björn</u>	-Behandlingshem med specifik metod	-	-	-
<u>Hanna</u>	-Öppna LVM-utredning	-	-	-
<u>Olle</u>	-Kombination av abstinensbehandling och öppenvård	-	-	-

Utifrån detta material kommer följande tabeller mer noggrant undersöka studiens frågeställningar i tur och ordning. Den första frågeställningen frågar efter likheter och skillnader mellan handläggares och socialnämndsledamöters bedömningar av missbruks-/beroendeärenden. Är någon av grupperna (handläggare eller ledamöter) mer benägen, än den andra, att välja någon form av insats? I tabellen nedan redovisas medelrangsumman mellan handläggare och ledamöter vad gäller insatserna som de föreslagit för samtliga vinjetter.

**Tabell 3:** Skillnad mellan handläggare och nämndledamöter vad gäller föreslagna insatser i samtliga vinjetter, angivet med medelrangsumma (högre värden = större tendens för gruppen att välja denna insats jämfört med andra gruppen). Signifikans prövad med Mann-Whitney U-test

	Egna bedömningar		Troligt utfall utifrån kommunens förutsättningar	
	Handläggare	Ledamöter	Handläggare	Ledamöter
Tillsynskontakt via öppenvård	20,16	17,18	16,91	19,77
Öppenvård med strukturerad behandling	15,53	20,88	16,56	20,05
Kategoriboende/lågtröskelboende	17,00	19,70	18,13	18,80
Stödboende i kommunens regi	19,41	17,77	18,56	18,45
HVB, extern aktör	18,69	18,35	17,09	19,63
LVM-vård	11,72	23,93 ***	13,22	22,73**
Ansvar åligger hälso- och sjukvård	16,00	20,50	17,69	19,15
Annan insats	23,25*	14,70	21,88§	15,80

Ingen insats för närvarande	20,59	16,83	21,50	16,10
-----------------------------	-------	-------	-------	-------

§ p < 0,10; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Resultaten visar att den tydligaste statistiskt signifikanta skillnaden mellan grupperna finns i benägenheten att välja ”LVM”. Ledamöterna är mer benägna att välja ”LVM” både när de själva får välja insats och när de bedömt vilken insats de tror hade beviljats utifrån kommunens förutsättningar. Signifikansen är dock något svagare då de besvarade frågan utifrån vad de tror att insatsen skulle bli utifrån rådande förutsättningar. En signifikant skillnad mellan grupperna finns också när det gäller benägenheten att välja ”Annan insats”, då handläggarna i större utsträckning valt detta alternativ. Tabellen visar även en tendens till att handläggarna, i större utsträckning än ledamöterna, har valt detta alternativ för vad de tror hade beviljats utifrån kommunens rådande förutsättningar. P-värdet är dock inte tillräckligt lågt för att utgöra en signifikant skillnad.

I nästa steg undersöker vi frågeställning två, skillnader mellan handläggares och ledamöters egna bedömningar av lämplig insats och deras bedömningar av troligt utfall utifrån den aktuella situationen i den kommun de verkar. Det vi vill se är alltså om någon grupp visar en tydlig skillnad mellan det egna valet och hur man tror att utfallet hade blivit utifrån kommunens förutsättningar. Även här redovisas medelrangsumman, men för skillnader i val inom respektive grupp.

**Tabell 4:** Skillnad mellan vad personen föreslår och vad denne tror att beslutet blir utifrån rådande förutsättningar i kommunen, separat för grupperna handläggare och ledamöter. Signifikans prövad med Wilcoxon Sign Rank Test

	Handläggare		Ledamöter	
	Egen bed.> troligt utfall	Troligt utfall >Egen bed.	Egen bed.> troligt utfall	Troligt utfall > Egen bed.
Tillsynskontakt via öppenvård	2,00	2,67	4,0	5,67*
Öppenvård med strukturerad behandling	3,50	4,38	5,57	6,75
Kategoriboende/lågtröskelboende	0,00	1,00	1,0	0,00
Stödboende i kommunens regi	2,50	1,75	4,75	3,70
HVB, extern aktör	2,50§	0,00	6,20	3,50
LVM-vård	1,50	1,50	3,50*	0,00
Ansvar åligger hälso- och sjukvård	0,00	1,00	4,20	3,50

Annan insats	5,14§	4,50	0,00	0,00
Ingen insats för närvarande	0,00	3,00*	2,00	2,67

§ p < 0,10; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Resultatet visar en signifikant skillnad i ledamöternas val av insatsen ”Tillsynskontakt via öppenvård”. Tabellen visar att ledamöterna i viss utsträckning valt ”Tillsynskontakt via öppenvård” som troligt utfall i den egna kommunen, men inte själva valt detta utifrån sin egen bedömning. Hos handläggarna finns ingen sådan tydlig skillnad. Nästa signifikanta skillnad finns hos ledamöterna för insatsen ”LVM” som vissa valt vid sin egen bedömning, men inte som troligt utfall i kommunen. Motsvarande skillnad finns inte i handläggarnas bedömningar. Hos handläggarnas finns det däremot en signifikant skillnad vid insatsen ”Ingen insats för närvarande”, där de varit mer benägna att välja insatsen som troligt utfall i kommunen, men inte som eget val. Hos ledamöterna finns inte motsvarande skillnad.

Vidare finns det hos handläggarna en tendens att välja ”HVB, extern aktör”, samt ”Annan insats” vid den egna bedömningen men inte på frågan om troligt utfall i kommunen. Hos ledamöterna finns inte motsvarande skillnad.

Bland de besvarade enkäterna har det framkommit en del kommentarer som skulle kunna belysa skillnaden mellan den egna bedömningen och det troliga utfallet i kommunen.

Flera handläggare nämner att det inom kommunen finns politiska direktiv om att inte bevilja institutionsvistelser innan den egna öppenvården testats. Flera påtalar även kommunens ekonomiska begränsningar. Vissa handläggare har skrivit att de bytt insats eftersom insatsen de först valt inte finns tillgänglig i kommunen. Några ledamöter har skrivit att man, som troligt utfall i kommunen, valt en billigare insats.

Frågeställning tre, om huruvida det finns en större enhetlighet inom den professionella gruppen handläggare än inom politikergruppen undersöks här genom att modalprocenten för respektive grupp anges, vinjett för vinjett. Modalprocenten anger andelen som valt det vanligaste förslaget vid egen bedömningen. Genom att jämföra modalprocenten för respektive grupp kan man se vilken grupp som varit mest ”enig”.

Tabell 5: *Modalprocent, dvs. andel som väljer det vanligaste förslaget vid egen bedömning, för handläggare respektive ledamöter.*

	Handläggare	Vanligast valda insats av handläggare	Ledamöter	Vanligast valda insats av Ledamöter
Anton	63 %	Öppenvård med strukturerad behandling	65 %	Öppenvård med strukturerad behandling
Bengt	50 %	Öppenvård med strukturerad behandling	55 %	Öppenvård med strukturerad behandling
Pernilla	36 %	Stödboende i	40 %	LVM



		kommunens regi		
Tobias	39 %	Annan insats	37 %	Ansvaret åligger hälso- och sjukvård
Lina	46 %	LVM	68 %	LVM
Björn	50 %	Stödboende i kommunens regi	28 %	HVB Extern aktör
			28 %	LVM
Hanna	36 %	Annan insats	67 %	LVM
Olle	64 %	HVB Extern aktör	44 %	HVB Extern aktör

Tabellen visar att handläggarna varit klart mer eniga i sina val för två av vinjetterna. För "Björn" har 50 % av handläggarna valt det vanligaste förslaget jämfört med 28 % av ledamöterna, som här har två insatser som vanligaste val med lika procenttal. För "Olle" har 64% av handläggarna valt det vanligaste förslaget jämfört med 44% av ledamöterna. Omvänt var ledamöterna klart mer eniga i fråga om "Lina" och "Hanna", för övrigt var skillnaderna små. Tabellen visar alltså att det inte föreligger någon större skillnad mellan grupperna i fråga om enighet.

Den sista frågeställningen handlar om vilka faktorer som är avgörande för val av insats, och om dessa faktorer skiljer sig åt mellan de två grupperna. Tabell sex redovisar de möjliga modeller för prediktion av insats som gått att utläsa utifrån materialet.

**Tabell 6:** *Prediktion av insats utifrån vinjetternas faktorer separat för handläggare respektive ledamöter. Regressionsmodeller för respektive insats.*

Insatser	Skattningsgrupp	Förklarad varians (R <sup>2</sup> )	Modellens Signifikans (p)	Förklarande variabler	Beta	Faktorns signifikans (p)
Tillsynskontakt via öppenvården	Handläggare	-	-	-	-	-
	Ledamöter	0,83	0,016	Missbruksproblem	-0,89	0,005
				Motivation	-0,61	0,031
Tidigare insatser	0,55	0,045	Missbruksproblem	-0,80	0,017	
			Öppenvård med strukturerad	0,58	0,017	Missbruksproblem

behandling	Ledamöter	0,42	0,111	Kön	-0,61	0,092			
				Hälsoproblem	-0,60	0,097			
Kategoriöende/ Lågtröskelöende	Handläggare	0,62	0,084	Sociala problem	1,05	0,031			
				Motivation	-0,74	0,043			
				Hälsoproblem	-0,74	0,076			
	Ledamöter	0,99	0,008	Missbruksproblem	0,75	0,007			
				Tidigare insatser	0,58	0,006			
				Hälsoproblem	-0,51	0,011			
				Sociala problem	0,43	0,016			
Stödboende i kommunal regi	Handläggare	0,57	0,052	Missbruksproblem	1,13	0,020			
				Kön	-0,71	0,087			
HVB extern aktör	Ledamöter	-	-	-	-	-			
				Handläggare	0,84	0,016	Hälsoproblem	-1,00	0,007
							Sociala problem	0,81	0,016
	Tidigare insatser	0,71	0,011						
	Ledamöter	0,92	0,004	Motivation	0,81	0,002			
				Hälsoproblem	-0,46	0,013			
				Missbruksproblem	0,30	0,054			
LVM	Handläggare	-	-	-	-	-			
LVM	Ledamöter	0,98	0,002	Hälsoproblem	0,93	0,001			
				Kön	0,81	0,001			
				Sociala problem	-0,33	0,019			
				Tidigare insatser	-0,21	0,034			
Ansaret åligger	Handläggare	-	-	-	-	-			

hälso- och sjukvården	Ledamöter	-	-	-	-	-
Annan insats	Handläggare	-	-	-	-	-
Annan insats	Ledamöter	-	-	-	-	-
Ingen insats för närvarande	Handläggare	0,99	0,000	Motivation	-0,80	0,000
				Kön	0,45	0,002
				Hälsoproblem	0,26	0,003
				Missbruksproblem	-0,17	0,029
	Ledamöter	-	-	-	-	-

Tabell sex ger en översikt över försök att skapa prediktionsmodeller för hur handläggare och ledamöter föreslår olika insatser. För insatserna "hälso- och sjukvård" och för "annan insats" kunde inga modeller skapas. I det senare fallet är det naturligt eftersom "annan insats" syftar på olika saker. För handläggarna saknas dessutom modeller när det gäller "tillsynskontakt via öppenvård" och "LVM". För ledamöter saknas modeller för "stödboende i kommunens regi" och "ingen insats". Tre modeller (ledamöter om strukturerad öppenvård samt handläggare om kategoriboende respektive stödboende) var inte statistiskt signifikanta och diskuteras inte vidare här.

För sju insatser skapades signifikanta modeller som ofta hade en mycket hög andel förklarad varians – i fyra fall t.o.m. över 0,90 och ytterligare två fall över 0,80. Alla signifikanta modeller beskrivs här.

- Ledamöter föreslår "tillsynskontakt via öppenvård" främst då missbruksproblemen är relativt begränsade, där motivationen är relativt låg och där det tidigare funnits omfattande insatser för att hantera missbruket.
- Handläggarna föreslår "Öppenvård med strukturerad behandling" främst när missbruksproblemen är relativt begränsade.
- Ledamöterna föreslår "Kategoriboende/lågtröskelboende" främst vid en högre grad av missbruksproblem, vid omfattande tidigare insatser, vid en lägre grad av hälsoproblem, en högre grad av sociala problem och vinjettpersonen är en man.
- Handläggarna föreslår "HVB-extern aktör" när vinjettpersonen har en låg grad av hälsoproblem, högre grad av sociala problem och där det tidigare funnits mer omfattande insatser.
- Ledamöterna föreslår "HVB extern aktör" främst vid en högre grad av motivation, lägre grad av hälsoproblem och en högre grad av missbruksproblem.

- Ledamöterna föreslår ”LVM” främst när hälsoproblemen är relativt stora, vinjettpersonen är en kvinna, vid en lägre grad av sociala problem och vid mindre omfattande tidigare insatser.
- Handläggarna föreslår ”Ingen insats” främst då motivationen är låg, när vinjettpersonen är en kvinna, vid en högre grad av hälsoproblem och en lägre grad av missbruksproblem.

### **Kommentarer**

Till valen av insats för vinjettpersonerna har respondenterna lämnat en mängd kommentarer. I denna studie redogörs inte samtliga av dessa, men generellt kan sägas att handläggarna ofta föreslår kombinationer av flera olika insatser. De föreslår ofta delat ansvar tillsammans med andra aktörer så som hälso- och sjukvården och kriminalvården. Flera har påtalat att de skulle vilja utreda vinjettpersonens motivation ytterligare.

Ledamöterna har i sina kommentarer ofta tagit upp vinjettpersonens insikt/brist på insikt om sitt missbruk/beroende som förklaring för valet av insats. Vissa skriver att valet av en dyrare insats kan förklaras av att vinjettpersonen är motiverad, medan andra skriver att vinjettpersonen som tidigare haft omfattande insatser och nu säger sig vara motiverad får börja i öppenvård för att visa att motivationen vidhålls.

### **5.1 Resultat av validitetsprövning**

Validitetsprövning har skett genom att respondenterna tillfrågats ”anser du att klientbeskrivningarna varit realistiska?” och ”finns det någon insats som du tycker är viktig, men som inte funnits med?”. Den första frågan har besvarats av totalt tjugonio personer, varav tjuugoåttan fyllt i att klientbeskrivningarna varit realistiska. Tjugonio personer har även svarat på den andra frågan, varav tjugoen svarat att de inte saknat någon insats.

Under kommentarsfälten på båda frågorna skrev flera att i verkliga situationer har de mer information än vad vinjetterna ger innan ett beslut tas. Detta problem är något som Egelund (2008 s.149) belyser, men avvisar och menar att detta är både rätt och fel eftersom verkliga ärenden nödvändigtvis inte ger mer information för att ett beslut ska fattas.

Ett par respondenter skriver att de önskat möjlighet att kunna välja flera insatser. Andra insatser som föreslagits är fler boendialternativ, familjehemsvård samt eftervård. Familjehemsvård är något som kunde funnits med bland insatsförslagen, men samtidigt används familjehemsvård främst för ungdomar och inte så mycket för den population som dominerar bland vinjetterna. Fler boendialternativ än ”stödboende i kommunens regi” samt ”Kategori-boende/lågröskelboende” har medvetet exkluderats och det har funnits möjlighet att skriva in annat boendialternativ under ”annan insats” om man önskat. Andra förslag på insatser har varit ideella föreningar, LPT samt specifika metoder. Ideella föreningar berörs dock inte av ett biståndsbeslut och är därför irrelevanta för denna studie. LPT faller under hälso- och sjukvårdens ansvar, vilket fanns med som alternativ.

Med andra ord kan man säga att studien har god validitet.

## 5.2 Resultatdiskussion utifrån bakgrund och teori

Nedan presenteras studiens forskningsfrågor, tillhörande resultat samt en diskussion som belyser dessa utifrån studiens bakgrund och teoretiska utgångspunkter.

### **Vad finns det för likheter och skillnader mellan handläggares respektive socialnämndsledamöters bedömningar av likartade missbruks-/beroendeärenden?**

För den första forskningsfrågan visar resultatet av studien att handläggare och ledamöter är ganska lika i benägenhet att välja respektive insats, med undantag för framförallt ledamöternas benägenhet att föreslå "LVM". Det finns också en benägenhet hos handläggarna att föreslå "annan insats".

Wallander och Blomqvist (2005) fann, som tidigare nämnts, att enhetschefer var mer benägna att föreslå frivilliga insatser, än de andra handläggarna. Detta kopplade de till att enhetschefen arbetar närmare den politiska organisationen och är mer medveten om exempelvis ekonomiska aspekter. Utifrån deras resultat och resonemang borde politikerna snarare varit mindre benägna att föreslå tvångsvård enligt LVM. Puide (1981) fann inte i sin doktorsavhandling några större skillnader mellan handläggare och politikernas bedömningar. De var båda mer positiva till frivilliga insatser än allmänheten och klienterna. Denna studie visar istället att politikerna varit betydligt mer benägna att välja LVM-vård än handläggarna. Ett försök till tolkning av resultaten utifrån teorin skulle kunna innebära att ledamöterna har närmre till hands att utgå från regelmodellen. LVM-lagen har en tydlig arbetsbeskrivning där nämndledamöterna är tvingade att fatta beslut. Detta skulle kunna innebära att det är denna typ av beslut som de är vana vid att fatta och att de har beslutsfattandet enligt regelmodellen som utgångspunkt. Handläggarna däremot har kanske en bredare bild av insatsernas innebörd och har klientkontakten i fokus i rollen som gräsrotsbyråkrater (March 1994; Lipsky 2010).

Under annan insats finns (enligt tabell 2) handläggare som valt att svara "öppna utredning jml 11:1 SoL" eller "öppna LVM-utredning" vilket är intressant, inte minst i jämförelse med ledamöterna. Ledamöterna borde då rimligtvis fyllt i "annan insats" eller skrivit i kommentarsfältet något i stil med att "tjänstemännen får komma med en utredning, föredra ärendet och sen skulle jag diskutera det tillsammans med de andra socialnämndsledamöterna". Handläggarnas kommentarer om att öppna utredning skulle kunna kopplas till regelmodellen eftersom handläggarna har en lagstadgad skyldighet att öppna utredning. De inbyggda rollskillnaderna gör det naturligt att grupperna agerat olika utifrån sina arbetsuppgifter (March 1994).

Det faktum att vissa respondenter, främst handläggare, valt "annan insats", men ändå beskrivit ett mycket snarlikt alternativ eller kombinationer av olika insatser skulle kunna ses som ett uttryck för den komplexa beslutsprocessen och osäkerheten kring om man verkligen valt det bästa alternativet och därför anger flera olika insatser (March 1994). Att så många handläggare valt att kombinera många olika insatser skulle kunna kopplas till gräsrotsbyråkraternas "splittrade uppdrag". Deras beslutsfattande kan kopplas till förhandlingsmodeller i högre grad, där de måste vrida och vända på möjligheterna i betydligt större utsträckning (Lipsky 2010; Jacobsen & Torsvik 2008) Man kan tänka sig en motvilja

hos handläggarna att "sätta sig över" klienten genom att välja en insats utan att ha diskuterat med klienten. Detta kan dels kopplas till SoL:s portalparagraf, men också som ett uttryck för de tankar om helhetssyn som ska präglade en vårdplanering (Gerdner 2011).

### **Hur skiljer sig handläggares respektive socialnämndsledamöters egna bedömningar av lämplig insats från deras bedömningar av troligt utfall utifrån den aktuella situationen i den kommun de verkar?**

Angående forskningsfråga två hittades överlag inga större skillnader mellan respondenternas val av "egen bedömning" och "troligt utfall i kommunen". Dock visar resultaten en signifikant skillnad vad gäller ledamöternas val av "tillsynskontakt via öppenvård" och val av "LVM" samt handläggarnas val av "ingen insats".

Om ledamöterna vid beslut om LVM följer regelmodellen är det rimligt att tänka sig att de, även om de själva anser att LVM vore det bästa, inte kan ange detta utifrån kommunens förutsättningar om de inte är övertygade att detta är tillämpligt.

Ledamöternas val av "tillsynskontakt via öppenvård" utifrån kommunens förutsättningar skulle kunna kopplas till den begränsat rationella modellen. Enligt den rationella modellen siktar man på bästa möjliga val för att uppnå målen, i det här fallet utifrån SoL, samtidigt som detta ska vara gynnsamt för kommunen i dess helhet (March 1994). I denna studie finns det tydliga begränsningar i den information som föregår beslutsfattandet. När ledamöterna bara har vinjetten att gå på samt exempelvis budgetdirektiv i ryggen så kanske detta kan förklara att "tillsynskontakt via öppenvård" blir det rimliga valet utifrån kommunens förutsättningar. Tillsynskontakt är rimligtvis den billigaste insatsen för att kunna uppfylla lagkraven. Om de valt "ingen insats" hade detta förvisso varit billigare, men det skulle kunna innebära rättsliga konsekvenser för kommunerna.

Att handläggarna valt "Ingen insats" som troligt utfall i kommunen i högre utsträckning än vid den egna bedömningen kan förklaras av ett flertal kommentarer som påpekar att vinjettpersonen inte ansöker om någonting och därför inte skulle beviljas en insats. Även handläggarna får, utifrån regelmodellen, bedöma LVM-kriterierna vid ett beslutsfattande och då LVM förutsätter att det inte går att ge behandling på frivillig väg och de andra insatsvalen bygger på frivillighet, kan man tänka sig att "ingen insats" ligger nära till hands när personen inte uppfyller LVM-kriterierna och inte önskar hjälp. Detta skulle kunna innebära att handläggarna, utifrån sin roll som gräsrotsbyråkrater, själva bedömer att klienten är i behov av en insats, men utifrån regelmodellen inte skulle kunna bevilja någon insats i praktiken.

### **Finns det större enhetlighet inom den professionella gruppen handläggare än inom politikergruppen?**

För forskningsfråga tre visade resultaten att det inte fanns någon större skillnad i enigheten inom de respektive grupperna. Respektive grupp var övervägande mer enig i två fall vardera.

Ledamöterna var något mer eniga överlag, trots att det var något fler deltagare i denna grupp. Om man utgår ifrån Jacobsens (2006) artikel skulle enigheten inom gruppen med ledamöter kunna vara större när man undersöker den så här mitt i en valperiod, än om man mätt den

precis efter valet 2010. Med inarbetade nämnder borde det rimligtvis inte bli så stor oenighet, om man utgår ifrån att ledamöterna i hög utsträckning tar beslut utifrån regelmodellen. Samtidigt finns ingen kunskap i denna studie om hur respektive nämndorganisation ser ut och hur pass inarbetade nämnderna är eftersom ledamöterna kommer från olika kommuner. Detta är alltså ett mycket löst antagande.

Samtidigt borde rimligtvis handläggarna vara mer eniga utifrån att de är en enad profession. Man kan tänka sig att de utifrån sin roll som gräsrotsbyråkrater (Lipsky 2010) jobbar närmre klienten vid beslutsfattandet, vilket kan resultera i väldigt individuellt anpassade lösningar. Tidigare forskning har också pekat på det faktum att handläggare tenderar att göra olika bedömningar av likartade missbruks- och beroendeärenden. Tyvärr finns ingen aktuell motsvarighet i forskning gällande politikernas bedömning (Wallander & Blomqvist 2005).

### **Vilka faktorer är avgörande för val av insats? Skiljer sig detta mellan de två grupperna?**

Då studien endast innehåller 8 vinjetter innebär detta att regressionsanalyserna blir problematiska. Eftersom vinjetterna är så få är inte heller variationen av faktorer tillräcklig för att ge resultat som går att generalisera. Trots få vinjetter fann vi förvånande nog signifikanta modeller. Vissa modeller är också förvånansvärt starka vad gäller förklarad varians och lågt p-värde, vilket antyder att det finns viktiga samband som också motiverar fortsatta studier.

De faktorer som förklarar flest modeller är missbruk, tidigare insatser och hälsoproblem. Missbruksproblem finns med som förklarande faktor i 5 av 7 möjliga modeller. Det intressanta är att missbruksproblem inte finns med som förklarande faktor för insatsen "HVB extern aktör" i handläggarnas modell och inte heller i ledamöternas modell för "LVM". Denna faktor borde rimligen funnits med eftersom detta är de två mest resurskrävande insatserna. I 5 av 7 modeller nämns hälsoproblem som en betydande faktor för val av insats. Att psykisk ohälsa har betydelse för val av insats fann Wallander & Blomqvist (2005) i sin studie. I 3 av 4 modeller för ledamöterna finns tidigare insatser med som en förklarande faktor medan motsvarande för handläggarna är 1 av 3.

Flera av modellerna är logiska utifrån studiens bakgrund och tidigare forskning. Exempelvis föreslår ledamöter "tillsynskontakt via öppenvård" främst då missbruksproblemen är relativt begränsade, där motivationen är relativt låg och där det tidigare funnits omfattande insatser för att hantera missbruket. Detta skulle kunna kopplas till Öjehagens matris "Bedömning av insats utifrån problemprofil" om att när missbrukets tyngd är relativt begränsat kan rådgivning vara ett sätt att hantera det hela (Gerdner 2011). När motivationen är låg, men personen samtidigt haft tidigare omfattande insatser skulle tillsynskontakt kunna ses som ett sätt att fortsätta det "uppföljande" ansvaret om klientens situation skulle förändras

Ett mindre logiskt, men väl så intressant mönster kan ses mellan ledamöternas modeller för "kategori/boende/lågtröskelboende" och "LVM" där de förklarande faktorerna tidigare insatser, hälsoproblem, sociala problem och kön finns med i båda modellerna, men i olika graderingar. Att omfattande hälsoproblem förklarar valet av "LVM" kan kopplas till LVM:s "hälsoindikation". Under 2011 åberopade dessutom socialnämnden "hälsoindikationen" i så

mycket som 98 procent av ansökningarna till förvaltningsrätten (Socialstyrelsen 2012). Modellen för ”Kategori/lågtröskelboende” ger utslag både för omfattande sociala problem och tungt missbruk vilka även dessa är kriterier för LVM. Modellen för LVM förklaras av mindre omfattande tidigare insatser och ”kategori/lågtröskelboende” av mer omfattande tidigare insatser. LVM är en sista utväg när insatserna enligt SoL är uttömda, och en logisk följd hade då varit att omfattande tidigare insatser istället förklarat valet av LVM. Det bör även påpekas att kvinna (kön) har en tydlig signifikans i ”LVM” modellen som kan kopplas till tidigare nämnda bakgrund att kvinnor oftare beviljas mer omfattande insatser samt att inom LVM-vården är könsskillnaderna minst (Wallander & Blomqvist 2005; Socialstyrelsen 2012; SOU 2011:6).

Varken handläggarnas och ledamöternas modeller för ”HVB extern aktör” eller ledamöternas modell för ”LVM” stämmer särskilt väl överens med Öjehagens matris för bedömning av insats utifrån problemprofil eller indikationer för öppen eller slutenvård (Gerdner 2011). Det är möjligt att de stämt bättre överens vid en mer omfattande studie.

Mellan ledamöternas val av ”kategoriboende/lågtröskelboende” och handläggarnas val av ”HVB extern aktör” finns de gemensamma faktorerna låg grad av hälsoproblem, hög grad av sociala problem och mer omfattande tidigare insatser. På liknande premisser har alltså handläggarna beviljat en mer kostsam och behandlingsinriktad insats, medan ledamöterna beviljat en icke-behandlingsinriktad insats men med boende inom kommunen. Hög grad av sociala problem innebär att vinjettpersonen inte har någon sysselsättning, ett bristfälligt nätverk samt är hemlös. Bland vinjettpersonerna var ”Pernilla” och ”Björn” (se tabell 1) hemlösa och man kan se att dessa i betydligt högre grad än de andra vinjettpersonerna beviljats ”stödboende i kommunens regi”. Om man går ett steg längre och utesluter vinjetterna ”Anton” och ”Olle”, som uttryckligen ber om att få komma till HVB (se bilaga 2), ser man att ”Pernilla” och ”Björn” föreslagits ”HVB-extern aktör” i större utsträckning än övriga vinjettpersoner. Detta skulle kunna kopplas till tidigare forskning som visar att institutionsvistelser ibland används för att hantera hemlöshet (Blid 2008; Storbjörk 2010; Wallander & Blomqvist, 2004, 2005).

## 6. Diskussion

Nedan kommer vi föra en diskussion kring studiens upplägg, några tankar kring resultatens betydelse om dessa gått att generalisera samt en reflektion kring studiens plats i samhällsdebatten.

Valet att genomföra en kvantitativ studie har inneburit att mycket tid fått läggas på förberedelser genom att utifrån vinjettmetoden forma en modell för att samla relevant information. Mycket av utrymmet i bakgrundsavsnitt har gått åt för att visa bakgrunden till vinjetterna eftersom det är viktigt att visa på den forskning som ligger bakom vinjetterna. Det kan även nämnas att vinjetterna som respondenterna ställts inför inte varit helt ”självkla”. En person har många olika sidor och vägen ut ur missbruk och beroende är ofta en krokig väg, vilket vi försökt återskapa. Samtidigt har vi haft i åtanke både vid vinjett- och



enkätutformningen att båda grupperna ska kunna förstå enkäten och sätta sig in i situationerna.

Mycket tid har gått åt till att bena ut olika insatsalternativ. Bortsett från ”LVM” och ”HVB” som finns uttryckta i lagen så beror insatsutbudet och dess innehåll till stor del på vilken kommun man bor i. Det är inte helt självklart att jämföra insatser med samma benämning, exempelvis ”öppenvård med strukturerad behandling”, mellan olika kommuner. Det finns mycket forskning om specifika metoder men insatserna i sig verkar snarare ha kommit till ur rådande samhällsdebatter.

Angående urvalet hade det varit önskvärt att få handläggare och nämndledamöter från samma kommuner, men detta har inte varit möjligt. Många kommuner har även mer än dubbelt så många personer i socialnämnden som de har missbrukshandläggare. Vissa kommuner har endast en eller två personer som arbetar med missbruk, vilket har inneburit en svårighet att få samma antal handläggare som ledamöter.

Studien har både blivit mer intressant, men också mer komplicerad av att vi studerat två grupper som inte självklart beskrivs inom samma områden. De källor vi utgått ifrån för vår teoretiska bakgrund beskriver organisationer på en övergripande nivå vilket gjort att teorin fått anpassas efter vårt område. Exempelvis beskrivs handläggarna inom socialt arbetes forskningsfält, medan politikerna beskrivs inom det mer statsvetenskapliga forskningsfältet. Dock är båda grupperna delar av samma organisation vilket innebär att organisationsteori kan knyta ihop dem.

Något vi upptäckt i sökandet av relevant litteratur är att när den politiska organisationen i kommunerna beskrivs så ges stort utrymme åt kommunfullmäktige och kommunstyrelse medan nämndorganisationerna beskrivs mer sparsamt. Specifikt socialnämnden och den myndighetsutövande verksamheten beskrivs ofta endast i ett par meningar. I litteratur om socialtjänstens myndighetsutövande verksamhet har vi funnit mycket information om klientens ansökan och handläggarens arbete i utredningsprocessen medan endast några rader behandlar att socialnämnden fattar det formella beslutet. Socialnämnden och deras myndighetsutövning mot enskilda hamnar med andra ord i skymundan. Således finns det lite litteratur på området som beskriver socialnämndsledamöters inverkan på besluten. Hur vet då ledamöterna vad de ska förhålla sig till? Vidare studier och litteratur som berör nämndorganisationen och myndighetsutövningen är således efterfråganvärt.

Flera resultat i studien är logiska utifrån teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning. Anmärkningsvärt är dock den inkonsekventa hantering av kostbara alternativ så som framförallt ”LVM”. Ledamöterna väljer i hög grad LVM som lämplig insats, men framförallt vid den egna bedömningen snarare än som troligt utfall. Dock är inte missbruk/beroende en förklarande faktor för att välja LVM som insats då faktorer som istället prioriterats är hälsa, kön, sociala problem och tidigare insatser. Å ena sidan är LVM en tvångslagstiftning som inte ska påverkas av kommunens budgetamar, men å andra sidan påtalar SOU 2011:35 att det är en dyr insats och utifrån kommunala ambitioner om att minska institutionskostnader och utifrån den tidigare beskrivna kommunala utvecklingen så kanske inte resultaten är så förvånande.

Handläggarna har i betydligt mindre utsträckning valt "LVM" och dessutom i flera fall kommenterat kommunens direktiv att minska institutionskostnaderna. En fråga som därför skulle kunna ställas utifrån denna studie är hurvida det beror på ekonomiska skäl, att ledamöterna inte tror att det kostsamma alternativet LVM som valts utifrån den egen bedömningen skulle bli det verkliga utfallet i kommunen. Det bör påpekas att direktiv/riktlinjer om att minska institutionskostnader inte är unikt för de kommuner som deltagit i denna studie, utan är ett fenomen som återfinns över andra delar av landet. Fullmäktige får, som tidigare nämnts, inte ingripa eller ge direktiv om hur ett ärende som avser myndighetsutövning mot enskilda ska handläggas. Direktiv om att minska institutionskostnader är på ett övergripande plan (alltså inte individnivå), men risken är att enskilda människor med missbruks- och beroendeproblem inte får den hjälp som de enligt lag har rätt till (Bohlin 2007). Om denna studie upprepades i större format och fortfarande visade på samma resultat, skulle detta kanske kunna peka på att det finns en tveksamhet kring vad en tvångslagstiftning som LVM innebär och om var begränsningarna går för politiska direktivs inverkan på myndighetsutövning.

Ett annat genomgående tema är att handläggarna varit mer benägna att gå utanför de förbestämda insatsförslagen. Handläggarna har i större utsträckning valt "annan insats" och angett kombinationer av insatser. De har varit något lite mer spridda i sina bedömningar än ledamöterna och de har i sina kommentarer föreslagit samarbete med andra huvudmän i fler fall än ledamöterna. Framförallt handläggare har också kommenterat att de hade önskat att få möjligheten att välja flera insatsval. Om dessa resultat även skulle visas i en mer omfattande studie skulle man kunna ställa sig frågan hur pass väl dessa två grupper egentligen kan jämföras? I praktiken har man ofta flera handlingsalternativ och beslutsprocessen är en återkommande del i utredning och pågående behandling snarare än ett enstaka statiskt val. För ledamöterna återger enkätstudien inte heller en helt realistisk situation då de ombetts att besvara enkäten enskilt, vilket ledamöter sällan gör i praktiken. Dock verkar dessa grupper inom samma forum och båda grupperna bör därför belysas vid studier om beslutsfattande.

Då studier som jämför handläggares och socialnämndsledamöters bedömningar inte gjorts sedan 1981 har förutsättningarna för socialtjänstens arbete förändrats i mycket hög grad. Detta gör denna typ av studie synnerligen motiverad.

Den här studien får kanske snarare ses som en pilotstudie där möjligheterna till jämförelser undersökts och utifrån att frågeställningarna gått att besvara skulle man kunna säga att det faktiskt går att studera handläggare och ledamöter på det här sättet.

Liknande studier i större omfattning skulle kunna ge en mer utbredd kunskap om hur handläggares och ledamöters bedömningar stämmer överens eller skiljer sig åt vilket också skulle tillföra en ny aspekt till den rådande samhällsdebatten om nämndemannasystemet. Är det så att eventuella skilda bedömningar är eftersträvansvärt, exempelvis utifrån att ledamöter ska utgöra folkets röst vid beslutsfattandet, eller är det en riskfaktor för den enskilde medborgarens rättssäkerhet? Förutom att denna studie skulle gå att göra om i betydligt större utsträckning för att undersöka detta ytterligare, är ett alternativt förslag på relevanta studier en observationsstudie av nämndledamöter eftersom detta skulle kunna säga mer om hur

socialnämndsledamöter faktiskt fattar beslut i myndighetsärenden gentemot enskilda. En studie liknande den här skulle också kunna göras i domstolarnas fall, där jurister och nämndemän får bedöma vilka rättsliga konsekvenser de anser att fingerade fallpersoner skulle dömas till.

## Referenslista

### Litteratur

- Ahlgren, T (2007) *Ungdomsbehandling: Hemmaplanslösning som idé och praktik*. Rapportserie i socialt arbete. Nr 1, 2007. Mölndal: Intellecta DocuSys
- Barth, T & Näsholm, C (2006) *Motiverande samtal – MI*, Lund: Studentlitteratur
- Bengtsson, H (2010) *Offentlig förvaltning. Att arbeta i demokratins tjänst*. Malmö: glerups Utbildning AB
- Bergmark, A & Lundström, T (2006) *Mot en evidensbaserad praktik? – Om färdriktningen i socialt arbete*. Socialvetenskaplig tidskrift nr 2, s.99-113 (PDF) hämtad: 120906 Sökväg: Google.se
- Bergmark, A, Bergmark, Å & Lundström, T (2011) *Evidensbaserat socialt arbete – teori, kritik, praktik*. Stockholm: Natur & Kultur
- Bergmark, Å, Lundström, T, Minas, R och Wiklund, S (2008), *Socialtjänsten i blickfånget*, Stockholm: Natur & Kultur
- Bergstrand, B O (2011) *Socialtjänstlagen 2011*. Höganäs: Komlitt
- Billinger, K & Hübner, L (2009) *Alkohol och droger*, Malmö: Glerups Utbildning AB
- Blid, M (2008) *Ett folkhem för alla? – Kommunala insatser mot hemlöshet*. Östersund: Mittuniversitetet
- Bohlin, A (2007) *Kommunalrättens grunder*. Upplaga 5:1. Nordstedts juridik: Stockholm
- Edman, J & Blomqvist, J (2011) ”5 Jakten på den verksamma vården: kunskapssträvanden och målsättningar inom den svenska missbrukarvården under ett sekel”. IA. Olsson, B Blomqvist, J Edman, J Göransson, B Sahlin, I Träskman, P O & Törnqvist, D. (2011) *Narkotika: om problem och politik*. Upplaga 1:1. Stockholm: Norstedts Juridik AB
- Egelund, T (2008) ”Kap 9 Vinjettstudier”. IA. Meeuwisse, A Swärd, H Eliasson-Lappalainen, R Jacobsson, K (red.) (2008) *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur och Kultur
- Ejlertsson, G (2003) *Statistik för hälso-vetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur
- Esping, H (1994) *Ramlagar i förvaltningspolitiken*. Stockholm: SNS Förlag

Fahlberg, G & Magnusson, N (2012) *Socialtjänstlagarna – bakgrund och tillämpning*. Liber AB: Malmö

Groshkova, T (2010), *Motivation in substance misuse treatment*, *Addiction Research and Theory*, October 2010; 18(5): 494–510

Göransson, B (2011) ”9 Narkomanvård i med- och motvind — ur en behandlares perspektiv”. IA. Olsson, B Blomqvist, J Edman, J Göransson, B Sahlin, I Träskman, P O & Törnqvist, D. (2011) *Narkotika: om problem och politik*. Upplaga 1:1. Stockholm: Norstedts Juridik AB

Hartman, S (2003) *Skrivhandledning för examensarbeten och rapporter*. Upplaga 1:4. Natur och Kultur: Falun

Jacobsen, D.I (2006) *Relationship between politics and administration*, *Governance*, 19, No2, pp.303-323

Jacobsen, D I (2007) *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Upplaga 1:4. Lund: Studentlitteratur

Jacobsen, D. I & Thorsvik, J (2008), *Hur moderna organisationer fungerar*, Fagbokforlaget: Bergen

Lipsky, M (2010), *Street-Level Bureaucracy*, Russel Sage Foundation: New York

March, J.G (1994), *A Primer on Decision Making*, The Free Press: New York

Melin, A-G & Näsholm, C (1998) *Behandlings-planering vid missbruk*. Upplaga 2:16. Malmö: Studentlitteratur

Nyström, S, Andréén, A, Zingmark, D, och Bergman, H, (2010), The reliability of the Swedish version of the Addiction Severity Index (ASI), *Journal of Substance Use*, October 2010; 15(5): 330–339

Petersson, O (2005) *Rättsstaten. Frihet, rättssäkerhet och maktodelning i dagens politik*. Upplaga 2:1 Stockholm: Elanders Gotab

Puide, A (1981) *Klienterna och socialvården*. Stockholm: GOTAB

Skau, G. M (2007), *Mellan makt och hjälp. Förhållandet mellan klient och hjälpare i ett samhällsvetenskapligt perspektiv*, Liber Utbildning: Stockholm.

Wahlgren, L (2008) *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur

Wallander, L & Blomqvist, J (2004), *Åt var och en vad hon behöver. En vinjettstudie av socialarbetares bedömningar och val av insatser vid missbruksproblem*. Delrapport 1 från projektet ”Vem får vilken missbruksvård?”. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utredningsenheten.

Wallander, L & Blomqvist, J (2005), *Vad styr vårdvalen? En faktoriell survey av faktorer som predicerar val av insats inom socialtjänstens missbruksvård*. Delrapport 2 från projektet "Vem får vilken missbruksvård". Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utredningsenheten.

## Lagrum

SFS (1988:870) *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*. Stockholm: Socialdepartementet  
[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1988870-om-var-d-av-miss\\_sfs-1988-870/?bet=1988:870](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1988870-om-var-d-av-miss_sfs-1988-870/?bet=1988:870)

Hämtad: 2012-09-28 Sökväg: riksdagen.se

SFS (1991:900) *Kommunallag*. Stockholm: Finansdepartementet KL

[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Kommunallag-1991900\\_sfs-1991-900/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Kommunallag-1991900_sfs-1991-900/)

Hämtad: 2012-09-28 Sökväg: riksdagen.se

SFS (1991:1128) *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet

[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk\\_sfs-1991-1128/?bet=1991:1128](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk_sfs-1991-1128/?bet=1991:1128)

Hämtad: 2012-09-28 Sökväg: riksdagen.se

SFS (2001:453) *Socialtjänstlag*. Stockholm: socialdepartementet

[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/)

Hämtad: 2012-09-28 Sökväg: riksdagen.se

## Internet

Blid M & Gerdner A (2006). *Socially excluding housing support to homeless substance misusers: Two Swedish case studies of special category housing*. International Journal on Social Welfare 15:162-171.

<http://onlinelibrary.wiley.com/bibl.proxy.hj.se/doi/10.1111/j.1468-2397.2006.00385.x/pdf>

Hämtad: 2012-12-28 sökväg: SocIndex

Blomqvist, J, Palm, J & Storbjörk, J (2009), 'More cure and less control' or 'more care and lower costs'? Recent changes in services for problem drug users in Stockholm and Sweden. *Drugs: education, prevention and policy*, 16(6): 479–496

<http://web.ebscohost.com/bibl.proxy.hj.se/ehost/detail?vid=3&sid=6eabcebb-22d6-486f-8cdf-39e4e6d455c9%40sessionmgr12&hid=8&bdata=JkF1dGhUeXBIPWNvb2tpZSxpcCx1aWQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=afh&AN=45197291>

Hämtad 2012-10-10 Sökväg: SocIndex

Bolling, A (2012) *Nämndemän ifrågasätts efter domstolshaveri*. Dagens nyheter

<http://www.dn.se/nyheter/sverige/namndeman-ifragasatts-efter-rattshaveri>

Hämtad: 2012-12-28 Sökväg: google – "nämndemän ifrågasätts efter domstolshaveri"

Jergeby, U (1999) *Att bedöma en social situation. Tillämpning av vinjettnetoden*. Norstedts: Stockholm. PDF inskannad version av 1:1 socialstyrelsen publicerad 2007. IMS

[http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/12011/1999-9-3\\_199993.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/12011/1999-9-3_199993.pdf)

Hämtad: 2012-10-01 Sökväg: google.se – ”att bedöma en social situation”

Nationalencyklopedin (2012) *Myndighetsutövning*.

<http://www.ne.se/myndighetsut%C3%B6vning>

Hämtad: 121229 Sökväg: [www.ne.se](http://www.ne.se)

Nationalencyklopedin (2012) *socialsekreterare*.

<http://www.ne.se/socialsekreterare>

Hämtad: 121229 Sökväg: [www.ne.se](http://www.ne.se)

Nyström, S, Sallmén, B, och Öberg, D, (2005), *Beslut på bättre grunder – en handbok för ASI-användare*, Stockholm: Socialstyrelsen

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-112-1>

Hämtad 2012-12-12

Sökväg: Socialstyrelsen.se

Olausson, S (2008) *Kvinnor med substansmissbruk och psykisk ohälsa*. Lund: Livréna AB

[https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/18347/1/gupea\\_2077\\_18347\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/18347/1/gupea_2077_18347_1.pdf)

Hämtad: 20121026 Sökväg: SwePub - beroende socialtjänst\*

Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Artikelnr 2007-102-1. Stockholm: Socialstyrelsen

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-102-1>

Hämtad 2012-12-12 Sökväg: Socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen (2008) *Missbruks- och beroendevårdens öppenvård (ÖKART) – en nationell kartläggning*. Artikelnr 2008-131-17. Stockholm: Socialstyrelsen

[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8846/2008-131-17\\_200813117.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8846/2008-131-17_200813117.pdf)

Hämtad: 2012-12-01 Sökväg: socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen (2009) *Vårdöverenskommelse. - Stimulansmedel till bättre vård och behandling av personer med tungt missbruk*. Artikelnr 2009-12-3. Stockholm: Socialstyrelsen

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17851/2009-12-3.pdf>

Hämtad: 2012-12-01 Sökväg: socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen (2011) *På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten*

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-2-14>

Hämtad 2013-01-06 Sökväg: Socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen (2012) *Insatser år 2011 för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och för övriga vuxna*. (Sveriges officiella statistik) Artikelnr 2012-5-8. Stockholm: Socialstyrelsen

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18697/2012-5-8.pdf>

Hämtad: 2012-11-20 Sökväg: socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen (2012) *Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011 – omfattning och karaktär*. Artikelnr 2011-12-8. Stockholm: Socialstyrelsen

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18523/2011-12-8.pdf>

Hämtad: 12-11-08 Sökväg: Socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen (2013) ADDIS (Alkohol Drog Diagnos Instrument).

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialt arbete/addis>

Hämtad 2013-01-03 Sökväg: Socialstyrelsen

SOU 2005:82 (2005) *Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling*.

Edita Sverige AB: Stockholm

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/05/10/24/a3ed0ff3.pdf>

Hämtad: 2013-01-03 sökväg: regeringen.se

SOU 2011:6 (2011) *Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga*. (PDF) Elanders: Stockholm

Hämtad: 2013-01-07 Sökväg: Riksdagen.se

SOU 2011:35 (2011) *Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individen, kunskapen, ansvaret*. volym 2:2. Socialdepartementet: Stockholm

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/16/71/05/601ea169.pdf>

Hämtad: 2013-01-03 Sökväg: regeringen.se

Storbjörk, J & Room, R (2008) The two worlds of alcohol: Who is in treatment and who is not? *Addiction Research and Theory*, 16(1): 67–84

<http://web.ebscohost.com/bibl.proxy.hj.se/ehost/detail?vid=4&hid=119&sid=52cab08b-03f3-4304-90143f8e5991a11a%40sessionmgr114&bdata=JkF1dGhUeXBIPWNvb2tpZSxpcCx1aWQmc2l0ZT11aG9zdC1saXZl#db=snh&AN=28552379>

Sökväg: SocIndex – Hämtad 2012-11-01

Storbjörk, J (2010) *Vem tvångsvårdas? Utmärkande drag för tvångsvårdade respektive frivilligt vårdade personer med alkohol- och narkotikaproblem*. NORDIC STUDIES ON ALCOHOL AND DRUGS VOL. 27. 2010. S.19-46 (PDF). Stockholm: Stockholms universitet.

<http://su.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:347766>

Sökväg: Google Scholar: Vem tvångsvårdas?, Hämtad: 2012-10-10

Wiklund, S (2011) ”4 Individ- och familjeomsorgens välfärdstjänster”. IA. Hartman, L (red.)

(2011) *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?*. Uppl: 2 (PDF)

Stockholm: SNS Förlag.

[http://www.sns.se/sites/default/files/konkurrensens\\_konsekvenser\\_pod\\_2.pdf](http://www.sns.se/sites/default/files/konkurrensens_konsekvenser_pod_2.pdf)

Hämtad 2012-09-30 Sökväg: Google.se - konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd

## **Föreläsningar**

Gerdner (2011) *Föreläsning i Kunskap till praktik* i kursen - ”Kartläggning, bedömning och uppföljning i arbetet med individer i en evidensbaserad praktik”. Sveriges kommuner och landsting: Stockholm



## Bilaga 1 - Instruktioner till deltagare i webbenkäten

### Instruktioner

Vi ber dig att **enskilt** besvara denna enkät.

I enkäten finner du beskrivningar av 8 olika fiktiva personer. Läs igenom beskrivningarna, en i taget, och kryssa för varje beskrivning i det svarsalternativ som du utifrån **din personliga åsikt** skulle vilja välja. Sedan följer en följdfråga som lyder "Vilken insats tror du att ... hade beviljats utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du verkar?".

Om du känner dig osäker inför ett fall, hoppa då över detta och gå tillbaka till fallet när du besvarat resten av enkäten. Du har möjlighet att när som helst avbryta enkäten och fortsätta på samma ställe vid ett senare tillfälle.

### Definition av insatser

Följande insatser kommer anges som alternativ. Eftersom dessa kan innebära olika saker beroende på vilken kommun du bor i kommer vi förtydliga vad som avses med insatsen.

#### Tillsynskontakt via öppenvård

Exempelvis att öppenvården har uppdrag att göra tillsynsbesök någon gång i veckan för att försöka motivera personen till förändring eller hålla personen under uppsikt en period för att se att situationen inte förvärras.

#### Öppenvård med strukturerad behandling

Innefattar kontinuerlig kontakt och strukturerad behandling, exempelvis genom samtal enskilt eller i grupp.

#### Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen

Boende för personer med ett aktivt alkohol- eller drogmissbruk. Kan finnas viss tillsyn.

#### Stödboende i kommunens regi

Boende med krav på att personen är alkohol- och drogfri. Finns även andra ordningsregler. Finns personal stationerad på boendet. Behandling är frivillig.

#### HVB (Hem för vård eller boende) extern aktör

Frivillig institutionsplacering. För att räknas som HVB måste verksamheten innehålla såväl heldygnsböende som vård eller behandling.

#### LVM (tvångsvård av missbrukare)

Tvångsvård av personer med fortgående missbruksproblem, där vård inte kan genomföras på annat sätt.

#### Ansvar åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)

Detta innebär att klientens problematik ska behandlas inom hälso- och sjukvården. Man skulle kunna tänka sig att ni skriver en remiss till dem.

#### Ingen insats för närvarande

#### Annat val

Kan vara exempelvis att du tycker att personen tillhör annan organisation inom förvaltningen så som funktionshinderomsorgen

## Bilaga 2 - Webbenkät

Gör nämndledamöter och handläggare samma bedömningar?

Välkommen till undersökningen "Gör nämndledamöter och handläggare samma bedömningar?"

Med en ramlag som Socialtjänstlagen finns relativt stort utrymme för olika bedömningar. Det handlar inte alltid om rätt eller fel, inte heller om partipolitisk övertygelse.

Vi välkomnar socialsekreterare och ledamöter i socialnämnd (ordinarie och ersättare) som hanterar myndighetsutövning, avseende vuxna personer med missbruks- och/eller beroendeproblematik, att delta i denna undersökning.

Syftet är att kartlägga likheter och skillnader i socialsekreterares och socialnämndsledamöters bedömningar, värderingar samt prioriteringar vid val av insats för den enskilde klienten med missbruks- och/eller beroendeproblematik.

Fokus ligger alltså på jämförelse mellan hur politikerna och deras tjänstemän bedömer fingerade ärenden, inte om partipolitik, och inte heller om någon kunskapsmätning hos dem som svarar på enkäten.

1. Vad heter du?

(Denna information är givetvis inte synlig för någon annan än oss.

Vi ber om ditt namn för att kunna kontrollera eventuellt bortfall så smidigt som möjligt)

---

2. Jag deltar i denna undersökning i egenskap av:

- socialsekreterare
- ledamot (eller ersättare) i socialnämnd

3. Om socialsekreterare:

Hur länge har du arbetat med arbetsuppgifter som innefattar myndighetsutövning för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblematik (Svara i år och månader)

4. Om ledamot (eller ersättare) i socialnämnd:

Hur länge har du sammanlagt suttit med som ledamot (eller ersättare) i socialnämnd? (Svara i år och månader)

---

## ANTON

Anton är 20 år. Han står skriven hemma hos sin mamma. Anton hade det svårt i skolan, han hängde inte med på lektionerna och skolkade mycket. Efter att han slutat grundskolan har han spenderat sina dagar åt att sova och hänga med kompisarna.

Socialtjänsten har tidigare fått in en del polisrapporter om att Anton rökt cannabis. Han har kommit till något av mötena och berättat att det bara var en engångsföreteelse.

En dag ringer Anton och vill ha ett möte med någon av missbrukshandläggarna. Under mötet berättar Anton att han rökt hasch flera dagar i veckan under ett par års tid. Under de senaste månaderna har han mest varit hemma när hans mamma är iväg för att undvika de konflikter som ofta uppstår. Anton tycker att hon oroar sig för mycket och "bara tjarar hela tiden". Han sover ofta hos olika kompisar och många av dem röker på dagligen. Han säger att han vill sluta eftersom han får kraftig ångest i samband med att han röker, han tycker dessutom att det är dags att "växa upp", skaffa sig ett arbete och ett eget boende. Anton säger att han inte klarar av att sluta på egen hand och vill komma iväg till ett behandlingshem. Han tycker att ett behandlingshem längre bort skulle göra det enklare eftersom han då kommer ifrån kompisarna och drogerna.

5. Markera den av följande insatser som du tycker att Anton ska beviljas

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen
- Stödboende i kommunens regi
- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör
- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvar åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

6. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

7. Vilken insats tror du att Anton hade beviljats, utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du verkar?

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen
- Stödboende i kommunens regi
- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör
- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvar åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

8. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

## **BENGT**

Bengt är 57 år gammal. Han bor tillsammans med sin jämnåriga hustru i en lägenhet. Paret har inga barn.

Bengt har en bakgrund med alkoholmissbruk och är känd av socialtjänstens

missbrukshandläggare sedan tidigare. Bengt har haft tidigare insatser i form av öppenvårdskontakter. Dock ligger insatserna nu långt tillbaka i tiden och det har främst handlat om sporadiska samtal under de senaste åren. Bengt har arbetat som snickare på ett mindre företag, men sjukpensionerades på grund av ryggbesvär för ett år sedan.

Bengt har vid detta tillfälle aktualiserats hos Socialtjänsten genom anmälan från Polisen om rattfylleri och kommer till socialtjänsten för att samtala om händelsen. Bengt berättar att hans alkoholbruk har ökat sedan han sjukpensionerades, och att han dricker en del till vardags och framförallt under helgerna, tillsammans med gamla vänner (även dessa välkända hos missbrukshandläggarna).

Bengt säger att han känner sig psykiskt frisk bortsett från att han oroar sig lite över sin hälsa, då hans läkare påtalat att hans levervärden har försämrats. Dock säger Bengt att alkohol är det enda som hjälper honom mot smärtan i ryggen, och att helgerna med vännerna är ljuspunkten i hans annars ganska grå vardag.

Bengt säger att han egentligen inte tycker att hans alkoholbruk är ett problem, utan att han mest har gått med på att träffa missbrukshandläggaren för att hans hustru bett honom. Hustrun dricker aldrig alkohol enligt Bengt, och hon är mycket pådrivande för att han ska söka hjälp.

9. Markera den av följande insatser som du tycker att Bengt ska beviljas

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen
- Stödboende i kommunens regi
- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör
- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvar åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

10. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

11. Vilken insats tror du att Bengt hade beviljats, utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du verkar?

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen
- Stödboende i kommunens regi
- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör
- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvar åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

12. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

## PERNILLA

Pernilla är 47 år. Hon har nyligen flyttat in från grannkommunen och är folkbokförd hos en man med ett känt amfetaminmissbruk. Dock har hon nyligen vänt sig till socialtjänsten och uppgett att hon är hemlös och önskar hjälp med nytt boende samt hjälp med försörjningen. Efter att en anmälan om narkotikabrott inkommit till missbrukshandläggarna ordnar även dessa ett möte med Pernilla.

Vid samtalet uppger Pernilla att hon lämnat mannen hon flyttat till, och att hon får sova hemma hos en vän till honom. Pernilla säger att hon emellanåt använder amfetamin och dricker ganska stora mängder alkohol. Pernilla har sina syskon boende i en grannkommun men träffar inte dem. Hon har inga barn och hennes föräldrar är inte längre i livet. Hennes umgänge består av personer med eget missbruksproblem. Pernilla säger sig invänta en rättegång för misshandel, men uppger att hon är oskyldig och att hon enbart blivit inblandad på grund av sin ex-pojkvän. Pernilla berättar att hon alltid har haft svårt att skaffa jobb på grund av att hon är väldigt rastlös och sällan kommer överens med arbetsgivare. På frågan om Pernilla kan tänka sig att ta emot hjälp för att komma tillrätta med sitt missbruk säger hon att hon inte anser sig ha något missbruk och att hon aldrig tidigare behövt några insatser mot något missbruk.

Det Pernilla säger sig behöva är ett eget boende och hjälp med sin ekonomi. Missbrukshandläggaren observerar att Pernilla verkar vara i fysiskt dåligt skick då hon är mager, har tillsynes dålig tandhälsa samt stickmärken på armarna. Hon är också mycket rastlös under samtalet.

13. Markera den av följande insatser som du tycker att Pernilla ska beviljas

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen
- Stödboende i kommunens regi
- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör
- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvaret åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

14. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

15. Vilken insats tror du att Pernilla hade beviljats, utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du verkar?

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen
- Stödboende i kommunens regi
- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör

- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvaret åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

16. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

### **TOBIAS**

Tobias är 30 år. Han studerar på konsthögskola. Tobias har en son som är bosatt i en annan kommun, och som han träffar var tredje helg, ofta tillsammans med sina föräldrar eller med sin bror. I övrigt har Tobias ett ganska litet umgänge.

Tobias är diagnostiserad med schizofreni och medicinerar för detta. När han tar sina mediciner fungerar oftast vardagen, men under perioder, särskilt då Tobias tycker att biverkningarna påverkar hans målande, tar Tobias uppehåll i sin medicinering. Under dessa perioder missbrukar han ofta både alkohol och lugnande tabletter. Tobias bor ensam i en lägenhet med andrahandskontrakt genom kommunen. Tobias har haft insatser genom kommunens öppenvård under ca ett år.

När Tobias kommer till ett möte på socialtjänsten påtalas att öppenvården inte kunnat nå Tobias den senaste månaden. Tobias medger att han under den senaste månaden inte velat ta sina mediciner. Han har även druckit betydligt mycket mer än vad han vanligtvis brukar och rökt en del hasch. Under denna period har han inte haft någon kontakt med sin son eller sin övriga familj.

Tobias säger sig vara redo att gå tillbaka till medicineringen igen, men kan tänka sig någon ytterligare insats om socialtjänsten anser att han borde ha det.

17. Markera den av följande insatser som du tycker att Tobias ska beviljas

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen
- Stödboende i kommunens regi
- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör
- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvaret åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

18. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

19. Vilken insats tror du att Tobias hade beviljats, utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du verkar?

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen
- Stödboende i kommunens regi

- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör
- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvar för åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

20. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

### LINA

Lina är 21 år. Sedan studenten arbetar hon nattsift ett par dagar i veckan på en industri. Lina umgås mest med jämnåriga kompisar som inte har några kända missbruksproblem.

Socialtjänsten har viss kännedom om Lina tidigare genom några LOB (lag om omhändertagande av berusad person) rapporter. Vid något av tillfällena hade hon även varit i slagsmål. Lina har kommit till mötena som socialtjänsten kallat, varit ångerfull och sagt att det varit en engångsföreteelse. Lina har berättat att hon haft problem med ätstörningar sedan yngre tonåren, vilket gjort att när hon inte ätit har alkoholen "slagit fel".

Den senaste tiden har missbrukshandläggarna fått in två anmälningar. Först var det chefen för systembolaget i stan, som har barn som gått i samma klass som Lina, som gjorde en anmälan eftersom Lina handlat flera flaskor vin 5 gånger i veckan den senaste månaden. Den andra anmälan kommer från en av Linas bästa kompisar. Kompisen berättar att Lina druckit flera dagar i veckan under den senaste tiden. Sedan ett par månader är Lina tillsammans med en äldre kille som har ett gravt narkotikamissbruk och bland annat så injicerar han amfetamin. Sedan Lina flyttade ihop med honom har hon börjat dra sig undan det gamla kompisgänget och dricka alltmer. Kompisen berättar att hon fick nog förra måndagen när de gick på bio och hon märkte att Lina var full. Hon är rädd att Lina ska börja med tyngre droger.

Missbrukshandläggarna kallar Lina till möte, men hon kommer inte. Eftersom de har kännedom om killen som kompisen beskriver och vet att han nog inte är det bästa sällskapet för en ung tjej bestämmer de sig för att åka till parets bostad. Lina är där, men smäller igen dörren när hon ser vilka det är. Genom brevinkastet skriker hon att hon har ingen lust att prata med handläggarna som bara ska lägga sig i och har sådana fördomar mot hennes pojkvän. Lina tycker inte att hon har några problem, hon kan minsann räkna upp ett dussin andra ungdomar i hennes ålder som festar mycket mer än henne. Lina är ingen missbrukare hon har ju ett arbete och betalar faktiskt skatt. Lina tycker det är bättre att handläggarna ägnar sin arbetstid åt att "hjälpa alkisarna nere vid järnvägen som behöver hjälp" istället för att jaga henne.

En vecka senare har två LOB-rapporter inkommit till missbrukshandläggarna. Lina har omhändertagits berusad tisdag och fredag förra veckan.

21. Markera den av följande insatser som du tycker att Lina ska beviljas

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen

- Stödboende i kommunens regi
- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör
- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvaret åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

22. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

23. Vilken insats tror du att Lina hade beviljats, utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du verkar?

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen
- Stödboende i kommunens regi
- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör
- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvaret åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

24. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

## **BJÖRN**

Björn är 35 år. Han har varit aktuell hos socialtjänsten många gånger under de senaste åren, främst på grund av sitt heroinmissbruk. Björn har en 8 årig dotter som bor med sin mamma, men Björn och dottern tillåts för närvarande inte ha något umgänge. Björn har ekonomiskt bistånd.

Björn blev vräkt från sin lägenhet i våras och har under sommarmånaderna uppehållit sig i kommunen genom att sova hos olika vänner eller utomhus. Av denna anledning har han nu sökt sig till socialtjänstens missbrukshandläggare.

Björn säger sig vilja ha hjälp med att få ett eget boende och säger att han förstår att han då måste göra något åt sitt missbruk. Han berättar att han injicerat heroin dagligen den senaste tiden. Han väntar även på en rättegång för diverse brott som begåtts under sommaren och misstänker att han kommer få fängelse under några månader.

Björn har Hepatit C, och ger också intryck av att vara i dåligt skick. Han säger sig oroa sig mycket över sin boendesituation och vill inte bo på gatan i väntan på rättegången. Björn har ingen partner för närvarande och vill inte fortsätta bo hos vänner, vilka alla har liknande missbruksproblem. Björn har många tidigare erfarenheter av institutionsvård, såväl frivilliga som LVM och tycker att det har varit bra att åka iväg, men har inte lyckats hålla sig drogfri särskilt länge efter hemkomsten. Han har också haft kontakt med kommunens öppenvård fram till vräkningen innan sommaren. Björn vet inte själv vad som skulle kunna hjälpa honom att komma till rätta med sitt missbruk men är villig att göra ett nytt försök.



25. Markera den av följande insatser som du tycker att Björn ska beviljas

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen
- Stödboende i kommunens regi
- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör
- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvaret åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

26. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

27. Vilken insats tror du att Björn hade beviljats, utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du verkar?

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen
- Stödboende i kommunens regi
- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör
- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvaret åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

28. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

## **HANNA**

Hanna är 32 år. Hon har en son, Sam 5 år, som hon träffar ett par timmar varannan lördag oftast hos Sams pappa. Under vissa perioder av sitt vuxna liv har Hanna arbetat som servitris, men det har inte fungerat så bra och därför har hon tvingats söka försörjningsstöd under längre perioder. Genom handläggare för ekonomiskt bistånd finns kännedom om att Hanna haft problem med depressioner och manier sedan tonåren. Hon har försökt begå självmord två gånger. Hanna äter starka mediciner, någon gång har handläggaren misstänkt att Hanna kanske inte sköter dem som hon ska men Hanna har bestämt dementerat detta.

Missbrukshandläggarna har haft kännedom om Hanna i 2 år eftersom hon under perioder har ett förhållande med Anders, 50 år, som har ett aktivt alkoholmissbruk. Första gången de träffade Hanna satt hon i Anders soffa. Hon var knappt kontaktbar, hade smutsigt hår och trasiga kläder. Hanna hade svårt att gå och sa att hon visst råkat dricka lite för mycket. Det slutade med att handläggarna ringde ambulans som fick hämta henne. Efter att hon varit på sjukhus hade missbrukshandläggarna kontakt med henne. Hanna berättade då att hon blandar sina mediciner med alkohol ett par dagar i veckan.

Sedan dess har Hanna varit i kontakt mer eller mindre med missbrukshandläggarna. Ena veckan kommer hon och är ledsen, ber om hjälp. Andra veckan dyker hon inte upp, ringer någon dag senare, sprudlande glad, och säger att hon inte har något problem med vare sig alkohol eller droger. Hon tilldelas en kontaktperson genom kommunens öppenvård, men avsa sig denna kontakt efter ett par veckor då hon inte ansåg att kontaktpersonen fyllde någon funktion. Senast som missbrukshandläggarna var i kontakt med Hanna var för ungefär 2 månader sedan. Hon var på stan, pratade glatt med en av handläggarna, såg pigg och "fixad" ut.

Efter att ha fått in en polisrapport om att Anders varit kraftigt berusad och varit i slagsmål på stan bestämmer sig missbrukshandläggarna för att åka hem till Anders. Det är en naken Hanna som öppnar dörren. Hon luktar alkohol, pupillerna är små som nålar och på armar och ben syns skärsår. Hon är rasande på handläggarna som bara ska lägga sig i hela tiden. Hon svär och skriker och hotar att slå ihjäl dem om de inte lämnar henne och Anders ifred.

29. Markera den av följande insatser som du tycker att Hanna ska beviljas

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen
- Stödboende i kommunens regi
- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör
- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvar åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

30. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

7. Vilken insats tror du att Pernilla hade beviljats, utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du verkar?

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen
- Stödboende i kommunens regi
- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör
- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvar åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

8. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

**OLLE**

Olle är 45 år gammal. Han bor tillsammans med sin sambo Siv, som inte har några kända missbruksproblem, och bonusdottern Alice som är 18 år.

Socialtjänsten har haft kännedom om Olle i flera år. Han har varit på ett flertal behandlingshem för sitt missbruk av alkohol och narkotika. Han har vårdats enligt LVM två gånger, varav den senaste gången var för ett år sedan. Han har även haft kortare kontakter med kommunens öppenvård.

Under de perioder då Olle missbrukar, brukar det gå utför ganska snabbt. Olle umgås mest med Siv men under de perioder som Olle missbrukar stänger han in sig i källaren. Olle försörjer sig genom ekonomiskt bistånd. Under perioder har han arbetat som takläggare, men det har inte fungerat eftersom han kommit påverkad till arbetet. Under nyktra perioder har Olle sysselsättning genom kommunen.

En dag ringer Olle till missbrukshandläggarna och vill boka ett möte. Under mötet berättar Olle att han börjat med alkoholen och drogerna igen och missbrukar sedan någon månad tillbaka dagligen. Ännu har ingen kommit på honom på sysselsättningen. Olle säger att han inte stod ut med sin sociala fobi och att han därför smått börjat dricka igen. Att handla på ICA när "alla glör" på honom blir betydligt enklare med lite sprit i kroppen. När Olle väl börjat dricka igen dröjde det inte länge förrän han började knapra benzo igen. Några gånger har han även tagit morfin. Efter att ha bott tillsammans med Siv i 5 år har hon nu hotat med att lämna honom på riktigt om han inte lägger av. Olle säger att han inte klarar av att bli ren på egen hand. Han vill ha hjälp att komma till det behandlingshem som han var på för 8 år sedan. Han säger att det här är första gången han själv verkligen är motiverad att bli drogfri och nykter. Hade han verkligen haft en vilja att sluta droga när han var på detta behandlingshem är han övertygad om att han klarat av det.

5. Markera den av följande insatser som du tycker att Olle ska beviljas

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen
- Stödboende i kommunens regi
- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör
- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvaret åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

6. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

7. Vilken insats tror du att Olle hade beviljats, utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du verkar?

- Tillsynskontakt via öppenvård
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende/lågtröskelboende i kommunen

- Stödboende i kommunens regi
- HVB (Hem för vård och boende) extern aktör
- LVM (tvångsvård av missbrukare)
- Ansvaret åligger Hälso- och Sjukvård (inkl. Psykiatri)
- Annat val, nämligen \_\_\_\_\_

8. Nedan har du möjlighet att kort motivera din bedömning.

---

37. Anser du att klientbeskrivningarna varit realistiska?

- Ja
- Nej

38. Motivera

---

39. Finns det någon insats, som du tycker är viktig, men som inte funnits med?

- Ja
- Nej

40. Motivera

---

41. Önskar du ett exemplar när rapporten är färdigställd?

I så fall, vänligen fyll i mejladress:

---

**Du har nu slutfört enkäten. Tack så mycket för att du deltog.**