

Allmän SiS-rapport  
2002:6

# Behandlingsplanering utifrån ASI och MAPS

En kvalitativ studie på Rällsögården

## Förord

Statens institutionsstyrelse, SiS svarar för planering, ledning och drift av institutioner för tvångsvård av missbrukare och särskilda ungdomshem. En viktig uppgift är att följa upp och utveckla vården samt att initiera och stödja forskning inom ungdoms- och missbrukarvård.

Ett viktigt utvecklingsområde vad det gäller LVM-vården är strukturerade former för behandlingsplanering där den intagne själv aktivt medverkar. Grunden för detta arbete är lagd med det DOK-system som SiS utvecklat. På Rällsögården har man gått vidare och byggt upp ett system för behandlingsplanering baserat på ett nytt instrument MAPS. Erfarenheterna från detta projekt är viktiga att förmedla.

Detta är en D-uppsats i socialt arbete som skrivits av två medarbetare på Rällsögården, Caisa Lyly och Maria Skoglund. Uppsatsen baserar sig på material från ett utvecklingsprojekt som bedrivits på Rällsögården finansierat av FoU-medel från SiS. Syftet med uppsatsen är att sammanställa erfarenheter av det system för strukturerad behandlingsplanering med Addiction Severity Index (ASI) och Monitoring Area and Phase System (MAPS) som utprovats i verksamheten. Instrumenten som prövas har utvecklats av Björn Sallmén och David Öberg inom ramen för ett EU-stött projekt Improving Psychiatric Treatment in Residential Programs (IPTRP) som SiS har deltagit i.

Det finns redan nu ett stort intresse för uppsatsen både inom och utanför SiS verksamhet. Uppsatsen görs därför tillgänglig i sin helhet. SiS menar att det är ett ambitiöst arbete, som till stora delar har praktisk relevans för SiS institutioner. Tanken är på sikt att SiS ska ge ut en samlad dokumentation från projektet i tryckt form i serien ”SiS följer upp och utvecklar”. I det arbetet kommer delar av denna uppsats att ingå.

Resultaten i uppsatsen tyder på att arbetssättet med strukturerade behandlingsplaner utifrån ASI och MAPS uppskattas av deltagande parter. Framförallt har delaktigheten i behandlingsplaneringen lyfts fram. SiS hoppas att erfarenheterna från projektet kan inspirera andra enheter att göra motsvarande satsningar.

Stockholm i oktober 2002

Vera Segraeus  
Forskningsledare för SiS missbrukarvård

# Innehållsförteckning

Förord	1
Sammanfattning	4
<b>1 Inledning</b>	<b>5</b>
<b>2 Syfte och frågeställningar</b>	<b>7</b>
<b>3 Metod</b>	<b>8</b>
Kvalitativ forskningsmetod	8
Urval och tillvägagångssätt	11
Intervjuförfarandet	12
Analysförfarandet	14
Resultatredovisning och analys	14
Reliabilitet och validitet	15
Etik	16
Förförståelse	17
Metoddiskussion	18
<b>4 Tolkningsram</b>	<b>20</b>
Inledning	20
Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall – LVM	20
Tillämpning av LVM-lagen	21
Behandlingsplaneringens grunder	21
Struktur i behandling	22
Behandlingsplanering med utgångspunkt från klientens behov	22
Kartläggning	22
Bedömning	23
Matchning	24
Förhållningssätt vid intervjuer	24
Uppföljning	25
Kognitiv teori	25
Bakgrund	25
Kognitiv teori	26
Motivation	27
Motivation inom missbrukarvård	27
Motivation till behandling kontra motivation till förändring	28
Motivational interviewing	29
Bakgrund	29
Generella principer för MI	29
Fem fundamentala strategier för MI	30
Stages of change	31
Bakgrund	31
Faser i SoC	32

Addiction Severity Index – ASI	34
Bakgrund	34
ASI-intervju	35
Klientskattning av problemens svårighetsgrad och hjälpbehov	35
Intervjuarskattning av problemens svårighetsgrad	36
ASI-feedback form (AFF)	36
MAPS och strukturerad behandlingsplanering	36
Bakgrund	37
MAPS olika komponenter	37
Fas	38
Change/mål	38
Förflyttning mellan de olika faserna	39
Vårdfaser	40
Forskning avseende behandling av missbrukare	42
Utfall av olika behandlingsmetoder	42
Matchning – att mötas där klienten befinner sig	43
Behandlarens egenskaper i relation till behandlingsresultat	43
Kognitiv terapi	44
MI	44
SoC	45
Self-efficacy	45
ASI	45
Valet av behandlingsinsats	46
Sammanfattande diskussion	47
<b>5 Resultatredovisning och analys</b>	<b>48</b>
Inledning	48
Presentation av respondenterna	48
Instrument	49
Förhållningssätt	55
Motivation	59
Insatser/mål	62
Struktur	67
<b>6 Slutdiskussion</b>	<b>71</b>
Referenser	75
Bilagor 1–6	

## Sammanfattning

Syftet med denna uppsats var att undersöka vad klienter och behandlare på Rällsögården har för erfarenhet av strukturerad behandlingsplanering med Addiction Severity Index (ASI) och Monitoring Area and Phase System (MAPS) som grund.

Vi valde en kvalitativ metod. En intervjuguide skapades utifrån fem olika teman: instrument, motivation, förhållningssätt, insatser/mål samt struktur. Totalt har tolv kvalitativa intervjuer genomförts, sex med klienter och sex med behandlare.

Tolkningsramen utgår från kognitiv teori vilken är utgångspunkten för Motiverande Intervju (MI). MI rekommenderas i arbetet med förändringsfaserna Stages of change. Utifrån Stages of change har instrumentet MAPS utvecklats för användning inom samtliga områden i ASI intervjun: fysisk hälsa, arbete/försörjning, alkoholanvändning, narkotikaanvändning, familj/umgänge, kriminalitet samt psykisk hälsa. Klientens aktuella motivationsfas och målfas fastställs och en strukturerad behandlingsplan skapas efter att de olika ASI-områdena har prioriterats. Det är ovanstående teorier och metoder som ligger till grund för behandlingsplaneringen på Rällsögården.

Resultatet i studien tyder på att arbetssättet med strukturerade behandlingsplaner utifrån ASI och MAPS uppskattas ur flera olika synvinklar. Respondenternas erfarenheter är mer positiva än negativa. Framförallt har delaktigheten i behandlingsplaneringen lyfts fram. Delaktigheten skapar motivation att nå de mål som behandlare och klient gemensamt kommit fram till. Insatserna anses mer adekvata och de delmål som skapas anses viktiga. Att klara av mindre problem skapar en höjd tilltro till sin egen förmåga (self-efficacy). De skattningar som används har uppfattats som motivationshöjande. En tydlig struktur skapas i verksamheten enligt både behandlare och klienter.

En diskussion förs om relationens/förhållningssättets betydelse för behandlingsresultatet. LVM-tiden har även uppfattats som för kort för att åstadkomma några större förändringar. Utredningen inför en strukturerad behandlingsplan är relativt omfattande och mycket information framkommer. Det vore därför önskvärt att samarbetet med socialtjänsten utvidgades så att de kunde ta över arbetet med klienten där Rällsögårdens arbete slutar. Vidare ges förslag på ytterligare förbättringar i verksamheten ur struktursynpunkt, främst i form av ökad användning av MAPS. Ekonomins betydelse i behandlingssammanhang diskuteras också, likaså vilka krav som skall infrias för att behandlingen skall upplevas som ”lyckad”. Metoden MI är egentligen skapad för ”problemdrinkers” vilket i Sverige innebär högkonsumenter av alkohol. Om metoden är lämplig att tillämpa på missbrukare som kommit så pass långt i missbrukskarriären att tvångsvård är aktuell är en fråga som ställs.

# 1 Inledning

För nästan hundra år sedan antogs en lag om behandling av alkoholister, året var 1916. Lokala nämnder ansvarade för tillämpningen av lagen och ett speciellt anstaltsväsende för alkoholister upprättades. Sveriges missbruksvård är unik i sitt slag då den är så omfattande. Det svenska samhället satsar varje år enorma resurser på prevention av missbruk (Stenius, 2001:96). Kostnaderna är höga och troligen en av orsakerna till att vården debatteras i media. Får vårdtagarna den vård de behöver? Ger vården resultat? Vad är behandling?

Bergmark & Oscarsson (2000:110ff) har skrivit om begreppet behandling och vad som skall räknas in i begreppet behandling av alkoholmissbruk. Det finns en mångfald och spännvidden är stor i alkoholvårdens behandlingsutbud. Varför räknas vissa insatser till behandling och andra till icke-behandling? Är antabus, religiös gemenskap, psykologsamtal eller AA-möten behandling? Svaren varierar beroende på vem som besvarar frågan. Här föreslås definitionen av behandling ha sin grund i att det primära syftet med aktiviteten skall vara att behandla identifierade alkoholproblem på individnivå. Sammanhanget aktiviteten utförs inom samt en väntad terapeutisk effekt är andra kriterium som diskuteras. Generella preventionsinsatser räknas inte till begreppet behandling i denna definition. Även Leissner tar upp ämnet och anser att det finns anledning att ställa krav på begreppet behandling. Oscarsson, Bergmark och Leissner är överens om att oavsett vad som läggs i begreppet behandling så kan även de insatser som inte benämns behandling vara effektiva för att förändra missbruksbeteendet (Leissner, 1997:184).

Ett annat ämne som diskuterats är tvångets centrala roll i Sverige eftersom tvångsvård i princip inte tillämpas i våra grannländer Norge och Finland. I Danmark förekommer det inte tvångsvård av missbrukare i någon form. I Sverige tvångsvårdades 1161 personer år 2000 med stöd av Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Från och med år 1994 har svenska staten haft ansvar för och tagit över driften av samtliga institutioner som bedriver vård med tvingande åtgärder. Ett ökat krav på effektivitet och professionalism har uppkommit vid sidan av kravet att rädda individen och skydda samhället (Stenius, 2001:96, 103f). Enligt LVM-lagen (1988:870) är tvångsvård endast tillämpbar så länge den enskilde inte är motiverad till vård under frivilliga former. De instanser som tar emot klienter mot sin vilja har följaktligen ett ansvar att motivera och skapa förutsättningar för klienten att ta emot ytterligare behandlingsinsatser (SOSFS, 1997:6). Bristande vilja, svag impulskontroll och motstånd är aspekter som representerar den svårmotiverade klienten, vilket gör att insatser lätt kan misslyckas. Ett hinder för motivation är att klienten inte delar verklighetsbeskrivningen behandlaren ger eller målen som upprättas (Bergmark, 1998:90ff).

Det har under en längre tid framförts kritik mot missbrukarvården. Fridell (1996) belyser flera aspekter av missbruksbehandling och berör de områden som ofta kritiseras. Den SBU-rapport som presenterades hösten 2001, *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*, väckte stort intresse. Den metod som lyftes fram i media var främst Minnesotabehandling enligt 12-stegsmodellen. Orsaken var dess struktur och tydliga ramar, då forskningen pekar på att struktur är en av de viktigaste egenskaperna för ett lyckat behandlingsresultat (SBU, 2001). För att kunna genomföra behandling krävs planering och en behandlingsplan bör upprättas. Socialtjänstlagen (2001:453) förespråkar att klienten skall vara deltagande och att vården skall utformas i enighet med den enskildes individuella behov. Respekt för individens självbestämmande och integritet lyfts särskilt fram.

Kravet på individuellt upprättade behandlingsplaner och det forskningsresultat som tyder på att en tydlig struktur är av vikt har tagits tillvara av Behandlingshemmet Rällsögården.<sup>1</sup> Rällsögården bedriver tvångsvård och drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS) och de flesta klienter som vistas där har dömts till vård med stöd av LVM. I praktiken innebär detta att arbetet behandlarna bedriver sker med klienter som till stor del är omotiverade att förändra sitt beteende. Målet är att klienterna skall vara delaktiga i sin egen behandlingsplanering och att de klart skall kunna se ett sammanhang mellan de åtgärder som sätts in och problemen de själva uppger. Behandlaren skall inte föreslå färdiga lösningar utifrån en beskrivning av individen. Individen skall själv berätta vad denne anser sig ha problem med och behandlingsplanen skall anpassas efter individens behov. Målen som sätts upp är uppdelade i små över-skådliga delar och resultatet kan på så sätt enkelt mätas. Motivationsarbetet inleds inom det område där klienten själv är motiverad att börja arbeta. Genom att mötas inom det problemområde som engagerar den enskilde tror personalen på Rällsögården att positiva resultat skall kunna uppnås (personlig kommunikation med Harriet Lundefors, institutionschef på Rällsögården, 2002).

Då Rällsögården använder sig av en ny arbetsmetod vid upprättande av behandlingsplaner, finner vi det intressant att studera vad klienter och behandlare har för erfarenheter av strukturerad behandlingsplanering. Metoden som tillämpas och de teorier som ligger bakom instrumenten som används vid behandlingsplaneringen bygger som tidigare nämnts på individens självbestämmande och ansvar över sin situation. Motivationsarbetet är det centrala i behandlingen. Studien genomförs på en verksamhet som är i ett inledningskede av införandet av en ny arbetsmetod. Personalomsättningen är stor inom många institutioner, så även på Rällsögården. Detta har medfört en utdragen process där utbildning av nyanställda pågått över tid då de som redan erhållit utbildning slutat. Totalt sett har det tagit två år att införa strukturerad behandlingsplanering på Rällsögården. Studien bygger därför på ett begränsat material, där personalen som intervjuats har varierande längd på sin erfarenhet av arbetsmetoden.

---

<sup>1</sup> Behandlingshemmet Rällsögården presenteras inte närmare då det inte bedöms relevant för syftet med studien. Teorier, metoder och verksamhet åskådliggörs i form av ett träd, se bilaga 1. För mer information om Rällsögården se Möller et al (1998) *Rällsögården. 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare*.

## 2 Syfte och frågeställningar

### Syfte

Vårt syfte är att undersöka vad klienter och behandlare på Rällsögården har för erfarenheter av strukturerad behandlingsplanering med Addiction Severity Index (ASI) och Monitoring Area and Phase System (MAPS) som grund.

### Frågeställningar

1. Vilka är klienternas erfarenheter av strukturerad behandlingsplanering på Rällsögården?
2. Vilka är behandlarnas erfarenheter av strukturerad behandlingsplanering på Rällsögården?
3. Överensstämmer behandlarnas och klienternas erfarenheter av strukturerad behandlingsplanering på Rällsögården?
4. Överensstämmer behandlarnas och klienternas erfarenheter av strukturerad behandlingsplanering med de teorier och den forskning som ligger till grund för strukturerad behandlingsplanering på Rällsögården?

### Kort introduktion av några begrepp

#### **Addiction Severity Index (ASI)**

En strukturerad intervju vilken används för utredning och screening inför behandlingsplanering. Områden: fysisk hälsa, arbete/försörjning, alkohol, narkotika, kriminalitet, familj/umgänge, psykisk hälsa.

#### **Stages of Change (SoC)**

En modell som beskriver att förändring sker stegvis oavsett problemets art. Faserna är omedveten/uppgiven, fundera/överväga, beslut/förberedelse, handling/förändring, hantering/upprätthållande.

#### **Monitoring Area and Phase System (MAPS)**

ASI-feedback ligger till grund för en efterföljande MAPS intervju där klientens aktuella förändringsfas och målfas fastställs (MAPS-change). Förändringsfaserna definieras enligt SoC.

#### **Strukturerad behandlingsplanering**

Klientens aktuella förändringsfas och målfas i MAPS-change som genomförts på respektive ASI-område utgör grunden för behandlingsplanen där ASI-områdena prioriteras akut, primär sekundär och ej relevant.



## 3 Metod

### Kvalitativ forskningsmetod

Att genomföra kvalitativa forskningsintervjuer innebär att flera utvalda personer intervjuas i syfte att finna kunskap om det som undersöks. Ordet "intervju" har sitt ursprung i det franska ordet *entrevue* och i det engelska ordet *interview* som betyder "mellan två seenden", "mellan två synpunkter". Under intervjun sker ett utbyte av synpunkter mellan intervjuaren och respondenten. Respondenten berättar om sina åsikter och synpunkter med sitt eget språk och på så sätt är det möjligt att urskönja deras åsikt i frågan. Intervjuaren skall försöka föreställa sig världen utifrån respondentens synvinkel (Kvale, 1997:9). Som kvalitativ forskare finns en uttalad vilja att försöka förstå personer, handlingar och händelser utifrån deras egna sammanhang. Detta kallas kontextualisering (Bryman, 1997:80). Vi har valt att genomföra en kvalitativ studie därför att vi vill få fram åsikter och synpunkter kring arbetssättet på Rällsögården. Vi anser att kvalitativa forskningsintervjuer ger bäst förutsättningar att få fram den kunskap vi söker. Vid kvalitativ metod finns flera fördelar vilka medförde att vi valde denna ansats. Vi hade en önskan att skapa en relation till klienten vilket inte vore möjligt vid genomförandet av en kvantitativ studie. Dessutom finns det i den kvalitativa intervjun möjlighet att ställa följdfrågor och reda ut eventuella oklarheter som kan uppstå.

Tolv aspekter belyser den kvalitativa metodens innebörd. Varje aspekt som redovisas har vi valt att här kursivera för att tydliggöra vilka aspekterna är. Med *livsvärld* menas att respondentens livsvärld och relationen till den är ämnet för intervjun. "Syftet är att beskriva och förstå de centrala teman som den intervjuade upplever och förhåller sig till" (Kvale, 1997:34). För att veta om vi i denna studie förstått respondenternas livsvärld använder vi oss av en teknik där vi summerar och återför respondenternas uttalanden men med andra ord. Vi ställer sedan klagörande frågor. Vi kan trots denna metod missa delar i förståelsen. Att enbart återföra det respondenten uttalat behöver inte innebära en förståelse av det som sagts. Enligt den kognitiva teorin (Perris, 1986:29ff) kan samma situation uppfattas olika av de människor som är närvarande, beroende på vilka stimuli de tar fasta på och hur de sedan tolkar dessa. Ytterligare en risk vi övervägt är ordens betydelse för olika individer. Att intervjuaren summerar och återför kan leda till ett bekräftande från respondenten, intervjuaren och respondenten tror att de förstått varandra. Men har orden som uttalats verkligen inneburit detsamma för dem?

Huvuduppgiften för forskaren är att försöka tolka en *mening* i de teman som ingår i intervjun, att förstå innebörden i det som respondenten säger. En kvalitativ forskningsintervju försöker täcka två plan, det som faktiskt uttrycks (det faktiska planet) och det som menas med det som sägs (meningsplanet). Forskaren bör hela tiden växla mellan de två planen och både lyssna på vad som faktiskt uttrycks, men även det som uttrycks mellan raderna. Under intervjun är det möjligt att ställa följdfrågor på det som man som intervjuare uppfattar mellan raderna (a.a:35f). Detta var ett medvetet förhållningssätt under intervjusituationen i denna studie. Vid många tillfällen gjordes kopplingar där frågan ställdes "har jag tolkat dig rätt om ...". I vissa fall förekom rättelser och i andra fall höll respondenten med. Det finns även svårigheter med detta förhållningssätt. Genom att presentera en beskrivning av något respondenten bara berört kan intervjuaren få denne att tro att det var så meningen var avsedd. Om vi därtill lägger att intervjuaren har en förkunskap som möjliggör övertolkningar av det respondenten säger uppstår problem. Det är en balansgång i bemötandet av respondenten då vissa vardagsnära tolkningar ibland måste göras för att föra processen framåt. Möjligheten finns att registrera

eventuella övertolkningar inför resultatredovisning och analys. Röstlägen kan avslöja tveksamheter hos respondenten som inte intervjuaren upptäckte vid intervjutillfället. Vi har försökt att bemöta respondenterna med ett öppet sinne, men är medvetna om svårigheterna.

En aspekt benämns *det kvalitativa*. Detta innebär att inget kvantifieringsmål finns utan forskaren söker kvalitativ kunskap (a.a:35). Med hjälp av de intervjuer vi genomfört har kvalitativ kunskap erhållits. Varje individs yttrande är värdefullt i den analys som sedan genomförts. En svårighet kan vara att släppa tanken på kvantifieringsmål och risken finns att i en resultatredovisning fastna i redovisning av majoritetsutsagor. Faran kan då vara att viktiga uttalanden som berör tolkningsramen går förlorade. För att försöka undvika detta fenomen lyfte vi i resultatredovisningen fram respondenternas uttalanden i form av citat samt i beskrivande form. I vår kvalitativa forskningsansats fanns dock en önskan att se mönster. Att flertalet respondenters uttalande lutar i en viss riktning kan ses som intressant, även om ett kvantifieringsmål inte är aktuellt.

*Det deskriptiva* innebär att forskaren under intervjun försöker uppnå nyanserade beskrivningar ur olika perspektiv från respondentens livsvärld som är otolkade (a.a:36). Att undvika att tolka respondenternas uttalande är i princip en omöjlighet. Detta går inte heller i linje med de klagörande följdfrågor som ställts under intervjuens gång. Då följdfrågor ställs görs automatiskt en spontantolkning. Intervjuaren ställer en summerande fråga för att få bekräftat att uttalandet uppfattats korrekt. I det fall summeringen är fel eller oklarheter finns ställs ytterligare klagörande frågor. Hur menar du? Kan du beskriva mer? Vi har valt att inte analysera några uttalanden under intervjuens gång och har försökt att i möjligaste mån förhålla oss neutrala i de vardagsnära tolkningar som automatiskt görs. Vi är medvetna om svårigheten i förfarandet, men har dock haft intentionen som beskrivs, för att i ett senare skede genomföra tolkningar och analys av materialet.

Forskaren är på jakt efter specifika händelser och upplevelser, inte generella. Denna aspekt kallas *det specifika* (a.a:37). Specifika händelser har framkommit i denna studie med hjälp av de teman och följdfrågor som intervjuerna innehåller. Genom att inleda med en generell fråga som ”vad innebär motivation för dig?” har frågorna sedan smalnats av till att beröra om motivationen hos respondenten höjts under behandlingstiden och vad som i så fall kan ha orsakat detta. Så snart en speciell händelse eller upplevelse berörts av respondenten, har intervjuaren försökt fånga upp dennes uttalanden med utvecklande följdfrågor. På detta sätt har vi försökt att få respondenten att berätta om individuella upplevelser utifrån ett generellt tema.

Vidare menar Kvale att det är viktigt att ha ett *förutsättningsmedvetande*. Att vara medveten om att förutsättningarna kan ändras under resans gång innebär att forskaren skall vara öppen för förändringar och nya oväntade fenomen. Forskaren skall inte placera in respondenten i ett fack, nyfikenhet och lyhördhet är viktiga egenskaper (a.a:37). Det finns en risk i att ha en förkunskap om respondenterna. Då en fråga ställs och respondenten börjar utveckla ett svar som verkar givet kan fokus vackla för intervjuaren. Kanske ställs en ny fråga från intervjuguiden för snabbt istället för att en viktig detalj följs upp. Detta fenomen kan endast med skickliga öron och en god analytisk förmåga uppmärksammas i efterhand vid bandgenomgången av intervjun. Där finns en försvarande omständighet i vårt fall, då vi själva även skrivit ut samtliga intervjuer och förkunskapen inte förändras över tid. Vi har därför svårt att avgöra i hur stor utsträckning detta skett. Under intervjuerna har vi dock försökt att anpassa intervjufrågorna efter respondenternas olika förutsättningar. Vi har även försökt att vara öppna för förändringar. Följdfrågorna har på så sätt varierat mellan intervjuerna.

Forskaren utgår från vissa på förhand bestämda teman. Trots viss *fokusering* kring olika teman är det tillåtet att göra vissa utvecklingar från strukturen (a.a:37f). Vi hade ett medvetet upplägg, där utvecklingar var tillåtna och diskuterade noga igenom hur de skulle tacklas under intervjusituationen. En medveten tanke var att intervjuerna genomfördes av en och samma person. Detta skulle möjliggöra en fortsatt uppföljning, vid kommande intervjuer, av en intressant aspekt som dykt upp. Det visade sig att intervjuguiden täckte in de områden vi hade för avsikt att undersöka. En aspekt som dock var övertänkt var att en klient vistats på Rällsögården även tidigare, vilket medförde att han registrerat och hade åsikter om de förändringar som skett. Då en av behandlarna har arbetat på Rällsögården under 12 års tid skulle det ha varit intressant att följa upp denne respondents syn på de förändringar som skett. En jämförelse av deras erfarenheter kunde ha givit en intressant utveckling i resultatredovisningen. Vår avsikt var inte att göra en jämförande studie och någon uppföljningsintervju med den aktuella respondenten har därför inte genomförts.

Respondentens beskrivning kan ibland vara *mångtydig* vilket kan bero på att det speglar den livsvärld respondenten lever i. Forskarens uppgift blir då att försöka klargöra vad mångtydigheten kan bero på (a.a:37f). Då respondenternas uttalanden varit vaga har vi försökt reda ut mångtydigheten med exemplifieringsfrågor vilket även beskrivits ovan. Kvale påpekar att det under en intervju är möjligt att respondenten kan få ny insikt i en viss fråga och kan se vissa samband som denne tidigare inte varit medveten om. Detta kan innebära att det kan ske en *förändring* i respondentens åsikter under intervjuens gång (a.a:38).

*Känslighet* för och kunskap om intervjuens ämne skiljer sig åt från olika forskare. Detta kan leda till att forskare får olika svar av samma respondent trots att forskaren ställt samma fråga. Det är med andra ord viktigt som forskare att vara insatt i det ämne som studien behandlar för att kunna fånga respondenternas nyanser och dimensioner (a.a:38). Vår förkunskap diskuteras under rubriken "Förförståelse" där även för- och nackdelar med densamma ventileras. Vi upplever dock att förkunskapen om strukturerad behandlingsplanering i sak underlättat intervju-förfarandet. Det som ses som en fördel från vår sida är att respondenternas svar kunnat följas upp med adekvata frågor. Information som annars lätt kan missas på grund av okunskap om instrumentet har belysts. Vi är väl medvetna om att resultatet, med anledning av respondenternas beroendeställning till intervjuerna, kan se något annorlunda ut än vad det skulle ha gjort om en utomstående person genomfört intervjuerna. Vi har hela tiden haft i åtanke att försöka vara så neutrala som möjligt i intervjusituationen och försökt bemöta respondenten på samma sätt som vi skulle ha mött en okänd respondent. En aspekt som bör tas i beaktande vid genomförandet av en studie där beroendeställning förekommer, är att respondenten kanske inte berättar saker i samma utsträckning för att de utgår från att intervjuaren redan vet. Detta kan ske medvetet eller omedvetet. Då intervjuerna genomfördes och respondenterna återknöt information till tidigare händelser försökte intervjuaren medvetet inta ett mer neutralt förhållningssätt. Respondenterna kunde till exempel vid flertalet tillfällen uttala sig "det vet väl du redan ...". Genom att ställa följdfrågor kring det respondenten framhöll som självklarheter blev intervjuerna mer fylliga.

Samspelet i den *mellanmänskliga situationen* under intervjun avgör vilken kunskap som kommer fram. Forskaren och respondenten reagerar på varandra och påverkar därmed varandra (a.a:39). Vi anser att det som intervjuare är viktigt att vara aktsam på nyanserna i frågorna och små korta uttalanden såsom "ja" och "mmm". Kroppsspråket kan också ha inverkan på relationen mellan intervjuare och respondent. Att ha en uppseendeväckande frisyr, make-up eller kläder som sticker ut kan missleda uppmärksamheten. Vi har haft samtliga dessa detaljer i beaktande. Det vi inte kunnat påverka är vår egen roll. Den mellan-

mänskliga situationen som Kvale nämner, präglas av de tidigare erfarenheter respondenterna har av oss.

Intervjun kan enligt Kvale leda till att respondenten finner ny insikt i sin situation och intervjun öppnar nya vägar i livet. En förutsättning är förstås att intervjun är väl genomförd. Aspekten benämns *positiv upplevelse* (a.a:39). Om våra intervjuer medfört en positiv upplevelse är omöjligt att besvara. Det klienterna på Rällsögården fört fram sedan tidigare är att ASI- och MAPS-intervjuerna upplevs positiva. Intervjuerna berör dessa instrument och strukturerad behandlingsplanering. Det vi kan tänka oss upplevs som positivt, är att få chansen att uttrycka sina åsikter om behandlingsplanering inom tvångsvård och att någon lyssnar reflektivt.

### Urval och tillvägagångssätt

De klienter som ingår i studien har gått igenom hela ledet i vad Rällsögården benämner strukturerad behandlingsplanering. Detta innebär att klienterna har deltagit i en ASI-intervju samt fått feedback på intervjun. Vidare har en MAPS-intervju genomförts. Efter ett möte tillsammans med socialtjänsten har en strukturerad behandlingsplan upprättats. Klienter från såväl låst som öppen avdelning genomgår detta led. Samtliga behandlare som hunnit upprätta en strukturerad behandlingsplan och är anställda på Rällsögården vid intervjutillfället har deltagit i studien, totalt sex behandlare. Vi har utifrån dessa behandlare valt ut sex klienter. De sex utvalda behandlarna är de som genomfört MAPS-intervjun på respektive utvald klient. Oftast är det klientens kontaktman som genomför MAPS-intervjun. Anledningen till detta urval är att vi har för avsikt att kunna se likheter och olikheter mellan klienters och behandlares erfarenheter. Vi anser att förutsättningarna för detta är bättre om vi intervjuar den klient och den behandlare som tillsammans genomfört intervjun.

Det fanns vid tidpunkten för studien ungefär tjugo klienter som erhållit en strukturerad behandlingsplan. Då minnet av erfarenheten av behandlingsplaneringen kan tänkas avta har vi medvetet valt sex månader som gräns. Orsaken var att vi önskade få en så rättvis och tydlig bild som möjligt. Detta krympte antalet möjliga respondenter. Ur den grupp som kvarstod har vi valt ut klienter som skiljer sig så mycket som möjligt åt vad gäller ålder, typ av missbruk, boende, familjeförhållanden och dylikt. Spridningen avseende åldern varierar mellan 27 och 58 år. De faktorer som tagits hänsyn till avseende missbruksbilden är typ av missbruk, omfattning av missbruk samt debutålder. Vidare har hänsyn tagits till var i behandlingsprocessen klienten befinner sig. En klient i denna studie har fullgjort sin behandling och skrivits ut. En annan har placerats enligt 27 § LVM.<sup>2</sup> En tredje klient har varit placerad enligt 27 § LVM men återfallit i missbruk och finns idag på Rällsögårdens låsta avdelning. De övriga tre befinner sig på Rällsögården under pågående behandling på öppen avdelning. Bostads-situationen varierar mellan klienterna. Majoriteten har egen bostad men en respondent är bostadslös. Det finns även en spännvidd avseende familjeförhållanden. Ensamstående, sammanboende samt familj med barn representeras i urvalet. Gemensamt för samtliga klienter

---

<sup>2</sup> 27 § LVM. Den som förestår vården vid ett LVM-hem skall, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form. Socialnämnden skall se till att sådan vård anordnas. Om förutsättningar för vård i annan form inte längre föreligger, får den som förestår vården vid LVM-hemmet besluta att missbrukaren skall hämtas tillbaka till hemmet.

är att de har vårdats eller vårdas enligt 4 § LVM<sup>3</sup> samt att behandlingsplanen genomförts det senaste halvåret. Varje klient presenteras närmare i resultatredovisningen.

Urvalet för denna studie har valts ut målmedvetet vilket Holme & Solvang (1997:183) kallar för icke sannolikhetsurval. Vi har anledning tro att erfarenheten av strukturerad behandlingsplanering skulle kunna variera beroende på bakgrundsfaktorer och hur länge behandlingen pågått. Vi önskar få en så bred bild som möjligt representerad i studien, då åsikterna kan tänkas variera mellan olika missbruksgrupper. De klienter som genomgår behandlingsplaneringsprocessen är heller ingen homogen grupp. Med anledning av detta har vi som beskrivits ovan valt ut respondenter i klientgruppen som på olika sätt skiljer sig åt. Samtliga behandlare som upprättat en strukturerad behandlingsplan tillsammans med en klient det senaste året har intervjuats. Trots att inget medvetet urval skett i personalgruppen representeras både nyanställda och de som varit anställda en längre tid. Olika yrkeskategorier och kön finns representerade bland dessa respondenter. Respondenterna representeras av behandlare med avsaknad av akademisk utbildning, de med akademisk utbildning och liten erfarenhet samt de med lång erfarenhet och akademisk utbildning.

Vi deltar själva som respondenter i studien vilket kan tyckas märkligt. Denna studie sker dock i ett inledningsskede av utvecklingen av strukturerad behandlingsplanering. Om det hade funnits en möjlighet för oss som författare att inte delta i studien hade det varit att föredra. Vi ansåg dock att underlaget för studien skulle bli för litet om enbart fyra intervjuvar deltog. Anledningen är följaktligen inte att klienter saknas som respondenter. Problemet vi stött på är att det än så länge är för få behandlare på Rällsögården som genomfört en behandlingsplan utifrån ASI och MAPS. Detta medför en avsaknad av möjliga respondenter i form av behandlare.

## **Intervjuförfarandet**

Thomsson (2002:61) anser att det är användbart med temabaserade intervjuer då syftet är att genomföra reflekterande intervjuer. Detta ger viss styrning men ändå en stor frihet i intervju-situationen. Ett skapande av 5–6 konkretiserade områden som berör den analytiska frågan rekommenderas. Intervjun täcker sedan och rör sig kring dessa områden. För att kunna genomföra intervjuerna med respondenterna har vi enligt Thomssons rekommendationer byggt upp en intervjuguide som behandlar fem olika teman. Varje tema innehåller ett antal frågor (se bilaga 2). Intervjuguiden skapades genom upprättande av en så kallad tankekarta (Widerberg, 1994:39ff). Vi utgick från huvudämnet för uppsatsen, strukturerad behandlingsplanering, och skrev sedan ned olika ämnen som hör till såsom ASI, MAPS, intervjusituationen, förhållningssätt med flera. Uppslag till beröringspunkter hade vi fått från den föregående litteratur- och forskningsstudie som genomförts. Efter gemensam ”brainstorming” kring ämnet där mängder av förslag på frågor kom upp, strukturerades de under fem teman. Intervjuguiden innehåller följande teman: instrument, förhållningssätt, motivation, insatser/mål samt struktur. Utifrån dessa frågor arbetades ett fåtal öppna intervjufrågor fram vilka sedan blev vår intervjuguide. Viss struktur finns i intervjuguiden, men det är alltid möjligt att ställa följdfrågor eller byta ordningsföljd på frågorna under intervjuens gång. Denna typ av intervju kallar Kvale för halvstrukturerad intervju (1997:117).

Samtliga intervjuer med behandlare har genomförts på Rällsögården. Intervjuernas längd varierar mellan 20 minuter och 35 minuter. Klientintervjuerna har genomförts både på

---

<sup>3</sup> 4 § LVM anger skälen för beslut om tvångsvård vilka förklaras närmare i kapitel 4.

Rällsögården samt utanför behandlingshemmet. En klient hade nyligen skrivits ut och denna intervju har genomförts på det behandlingshem han nu befinner sig. Idag vårdas denne klient enligt socialtjänstlagen. En annan klient är placerad enligt 27 § LVM i hemmet, denna intervju genomfördes i klientens bostad. Två intervjuer har därmed genomförts utanför Rällsögården, resterande intervjuer har genomförts på Rällsögården. Längden på klientintervjuerna har varierat mellan 25 minuter och 45 minuter. Enligt Kvale är det viktigt att veta *vad* man frågar respondenten, *varför* man frågar och *hur* (på vilket sätt) man ställer frågorna. Har man detta klart för sig som forskare kan intervjun vara relativt kort men ändå innehållsrik (a.a:140). Detta har visat sig vid genomgången av resultatet. Den längsta intervjun behöver inte vara den mest innehållsrika ur resultat- och analyshänseende. Vi har dock med hänsyn till respondenten låtit dem bedöma vad som ansetts relevant att beröra vid respektive fråga.

Om intervjuaren vill höra respondenternas egna ord, för att sedan kunna citera dem i resultatredovisningen, är bandupptagning nödvändig (Thomsson, 2002:90). Bandupptagning har förekommit under samtliga tolv intervjuer. Alla respondenter har informerats om varför bandupptagning sker och godkänt detta. Syftet med bandupptagning är att ingen information skall gå förlorad. Det kan som intervjuare ibland vara svårt att skriva ner vad respondenterna säger, samtidigt som intervjuaren skall fokusera på det som faktiskt sägs och ställa relevanta följdfrågor. Bandupptagning har uteslutit detta problem. Respondenterna har informerats om att intervjuerna kommer att skrivas ut ordagrant i sin helhet. Vi har själva skrivit ut samtliga intervjuer då det ger en god helhetsbild inför analysarbetet (a.a:149). Thomsson beskriver ett förfarande där de intervjuade får läsa igenom de utskrivna intervjuerna. Skälet är att de då har en möjlighet att ge förklaringar och reflektioner. Hon ställer sig dock osäker till förfarandet då många intervjuutskrifter redovisar osammanhängande uttalanden då det är talspråk. Många kan bli förskräckta av sina uttalanden och känna sig ointelligenta eftersom talspråket skiljer sig från skriftspråket (a.a:103). Vi har inte funnit någon anledning att redovisa utskifterna för de intervjuade. I det fall någon av de intervjuade vill läsa sin intervju finns dock möjligheten då de arkiveras på Rällsögården tillsammans med bandupptagningarna. Vi har även informerat de intervjuade om att banden samt de avidentifierade utskifterna kommer att arkiveras i ett eget kassaskåp i ett slutet rum på Rällsögården. Anledningen till arkivering är att det då finns en möjlighet att i framtiden utvidga forskningen med ytterligare frågeställningar. Om detta skulle bli aktuellt kommer vi naturligtvis att kontakta respondenterna på nytt för att få deras godkännande att få använda materialet ytterligare en gång. Thomsson rekommenderar att banden skall arkiveras och inte förstöras då de utgör rådata för analysen (a.a:147).

Vi valde att en av oss skulle genomföra samtliga intervjuer, valet föll på Caisa. Detta innebär att Caisa totalt utfört tio intervjuer, fem med klienter och fem med behandlare. Maria har genomfört den klientintervju där Caisa är behandlingsansvarig, då vi ansåg detta mest lämpligt. Anledningen var att det kan upplevas som märkligt både för Caisa som intervjuare och för klienten i fråga, att under intervjun exempelvis samtala kring hur deras relation sett ut. Den personalintervjun där Caisa är respondent har Maria utfört. Då vi själva deltar som respondenter i studien har dessa intervjuer genomförts först, främst för att undvika påverkan av de övriga respondenternas åsikter. Anledningen till att vi valde att en av oss skulle genomföra intervjuerna var att vi på så sätt undviker att som två personer ha ett visst övertag i intervju-situationen. Dessutom fanns det ingen möjlighet att vi båda skulle kunna närvara vid samtliga intervjuer. Vi ansåg då att det var bättre att en av oss genomförde majoriteten av intervjuerna, inte minst för att eventuellt kunna urskönja vissa mönster och ställa aktuella följdfrågor. Vi ser även en vinst i detta genom att vi undviker att prata i munnen på varandra och att våra respondenter då kan uppfatta intervjun som rörig. Thomsson (a.a:75) påpekar att man bör vara

återhållsam med att vara två intervjuare och en respondent. Möjligtvis kan det vara lämpligt att vara det om man intervjuar någon i en maktstark position.

## **Analysförfarandet**

Intervjuerna utgör rådata i analysen. Den bandupptagning som gjorts under intervjuerna måste transkriberas och bli till datafiler och papperskopior för att kunna användas vid arbetet med analysen (a.a:147). För att kunna analysera empirin utifrån valda teorier har vi följaktligen skrivit ut alla intervjuer i sin helhet. Holme & Solvang (1997:141) påpekar att det är viktigt att inte ändra talspråk till skriftspråk under utskrift. Detta har vi tagit fasta på och intervjuerna är ordagrant utskrivna utifrån bandupptagningen. För att kunna genomföra analyserna har vi först gjort vad Halvorsen (1992:131ff) kallar för helhetsanalys. Detta innebär att vi läste igenom alla intervjuutskrifter för att skapa oss en helhetsbild av det som framkommit under intervjun. Efter detta gick vi in i texten mer specifikt och gjorde det Halvorsen kallar för delanalys. Målet med delanalysen är att kunna peka på exempel som ringar in de intervjuteman som valts och sedan knyta ihop detta med valda teorier. Utgångspunkter för analysen är kognitiv teori, MI, SoC, ASI, MAPS samt tidigare forskning som genomförts.

För att kunna bearbeta rådata på ett ändamålsenligt sätt har vi gjort stora collage. Varje intervjutema har ett eget collage. Ytterligare en uppdelning för att tydliggöra rådata har skett. Klienterna har fem collage, ett för varje intervjutema, detsamma gäller för behandlarna. På varje collage, där utvalt intervjutema textats på mitten av collage, har vi klistrat upp sex papper med olika färger. Klient A har samma färg som behandlare A. Sedan har vi klippt ur uttalandena i intervjuutskrifterna och klistrat in dessa uttalanden i det collage där uttalandet hör hemma. Detta innebär att varje uttalande som behandlarna gjort som handlar om intervjutemat struktur klistrats in på collage "struktur behandlare" på respektive färg. Klienternas uttalanden kring intervjutemat struktur har klistrats in på respektive färg där collage heter "struktur klienter". Utifrån dessa collage har vi sedan börjat med analysförfarandet. Vi började med att analysera de båda respondentgrupperna var för sig. Därefter jämförde vi klienternas och behandlarnas erfarenheter för att se om det finns likheter och olikheter. Genom detta förfarande har vi även på ett överskådligt sätt kunnat jämföra klient A:s erfarenheter med behandlare A:s erfarenheter. Detta tack vare att varje intervju har samma färg på collage. Detta förfaringsätt har tagit oss viss tid i anspråk men vi anser att det givit en helhetsbild av materialet vi sedan skulle analysera.

## **Resultatredovisning och analys**

Resultatet redovisas tema för tema. En sammanställning av behandlarnas erfarenheter redovisas först, därefter följer klienternas erfarenheter. De citat som redovisas är ändrade från talspråk till skriftspråk utan att innebörden i respektive utsaga förändrats. Efter varje tema följer en analys där koppling sker till tolkningsramen i kapitel 4. Analysen under temat insatser/mål är upplagd på ett annorlunda sätt än de övriga analyserna. Analysen sker i form av en fallbeskrivning utifrån en av respondenterna. Till fallbeskrivningen kopplas teori och tidigare forskning. En diskussion förs kring insatser/mål i det specifika fallet.

## Reliabilitet och validitet

Bryman (1997:134) tar avstånd från att bedöma kvalitativa studier utifrån begreppen reliabilitet och validitet. Han anser att dessa begrepp främst hör samman med kvantitativ forskning. Vi anser också att det till en viss del kan finnas svårigheter med att påvisa vår studies reliabilitet och validitet. Dessa begrepp härstammar från en positivistisk tradition och då de överförts till en kvalitativ kontext är det andra saker som påverkar bedömningen. Det finns andra forskare som är av avvikande åsikt än Bryman och menar att begreppen kan användas även vid kvalitativa studier, men på ett annat sätt (Kvale 1997:208f). Vi väljer att föra en diskussion om hur vi ser på vår studies validitet och reliabilitet, trots att kvalitativa intervjuer genomförts.

Med reliabilitet menas att man som forskare skall bedöma hur pålitlig den undersökning man genomfört är. Har undersökningen en hög reliabilitet innebär detta att undersökningar kan genomföras upprepade gånger på motsvarande respondenter med ungefär identiska resultat (Halvorsen, 1992:42). Att bedöma reliabiliteten i vår studie är inte enkelt då det finns flera olika faktorer som påverkar resultatet. En intervjusituation är aldrig en annan lik och vissa omständigheter i livet anser vi kunna påverka resultatet både i positiv och negativ riktning. Behandlarnas uppfattningar kan också förändras under resans gång. De erfarenheter behandlarna har idag när strukturerad behandlingsplanering är ett relativt nytt arbetssätt, kan skilja sig från de åsikter som framkommer efter att de arbetat med metoden en längre tid. Klienternas erfarenhet av strukturerad behandlingsplanering kan förändras över tid då behandlarnas kunskaper ökat och arbetssättet kanske har förbättrats ytterligare. Entusiasmen hos behandlarna då de arbetar med en ny metod skulle kunna vara högre till en början och påverka resultatet. Även vi som intervjuare förändras. Vår ämneskunskap ökar förhoppningsvis över tid, vi har arbetat längre i verksamheten, i det fall andra arbetsuppgifter föreligger skulle klientanknytningen kunna se annorlunda ut än idag. Aspekter i beroendeställningen skulle kunna förändras.

Fördelen är att instrumenten inte förändras över tid, arbetssättet är mycket strukturerat och inte så beroende av vilken person som tillämpar metoden. Klienterna som intervjuats har en spridning avseende ålder, missbruksbild, livssituation och antal år missbruket pågått. Genom att minska risken att få en homogen grupp tror vi oss öka reliabiliteten. Klientgruppen på Rällsögården skiftar oftast avseende dessa aspekter. Problemet är dock att inget slumpvis urval har skett, varpå ett liknande urval blir svårt att göra. De behandlare som intervjuats har också spridning avseende antal år de arbetat på Rällsögården, yrkeskategori, ålder och antal år de arbetat med behandling. Vi gör bedömningen att personalgruppen på en institution skulle kunna se ut på liknande sätt vid ett senare undersökningstillfälle. Personalomsättning medför att det ofta finns både nyanställda och de som arbetat i verksamheten en längre tid. Följaktligen är personalgruppens erfarenhet av behandlingsarbete sällan homogen. Olika yrkesgrupper representeras och arbetsvanan varierar, så även i vår studie. Det kan dock finnas vissa svårigheter med urvalet av behandlare vid en upprepad undersökning. Samtliga behandlare som upprättat en strukturerad behandlingsplan vid studiens genomförande har deltagit som respondenter. Vid en senare undersökning skulle antalet möjliga respondenter kunna vara fler alternativt färre beroende av personalomsättningen. I det fall fler behandlare är möjliga som respondenter krävs ett medvetet urval. Detta innebär att urvalet avseende behandlare skulle kunna styras av urvalet som skett i klientgruppen alternativt tvärt om. Om en likvärdig klientgrupp sammanfogas kan reliabiliteten ändå svikta då gruppen behandlare inte anses likvärdig. I det fall samma behandlare deltar i ytterligare en studie kan det finnas svårigheter att få en liknande klientgrupp.



Validitet betyder giltighet och används för att bedöma om en undersökning mäter det som undersökningen avser att mäta (a.a:41). Validiteten är viktigare än reliabiliteten. Om undersökningen inte mäter vad den avser att mäta så faller hela syftet. De frågor vi ställer oss avseende validiteten i vår studie är om vi byggt upp en intervjuguide som är adekvat, om följdfrågorna som ställts varit väl anpassade, om respondenterna svarat sanningsenligt, om respondenterna minns korrekt, samt om risken finns att aspekter förskönats eller beskrivits värre än de varit. Hur skall då detta kontrolleras? Vi har i samband med resultatredovisning och analys kunnat konstatera att intervjuguiden fyllt sitt syfte, frågorna bör följaktligen ha varit adekvata. Att olika aspekter som nämns alltid kan följas upp mer ingående är ett faktum som konstaterats i efterhand. Risken att respondenterna minns fel har vi försökt att minimera genom att endast intervjua de som deltagit i upprättandet av en strukturerad behandlingsplan det senaste halvåret. Minnet är dock en hel vetenskap i sig och att människor uppfattar saker på olika sätt i samma situation är också ett väl känt fenomen. Men vi genomför en kvalitativ studie och är ute efter att få reda på den individuella upplevelsen. Vi kan omöjligt kontrollera om respondenten minns rätt eller ej. Att utsagor förskönas är dock en risk vi bör belysa. Respondenterna befinner sig i en beroendeställning till oss som intervjuare och det kan finnas en önskan att vara till lags. Behandlarna kan vara entusiastiska då arbetssättet är nytt och vilja att en positiv bild förmedlas. Detta kan medföra ett selektivt seende som sker omedvetet. Risken finns även åt andra hållet då en respondent kan känna sig orättvist bemött. Att smutskasta och beskriva saker värre än de varit skulle kunna vara ett sätt att slå tillbaks mot Rällsögården. Vi har dock en förhoppning om att respondenterna svarat sanningsenligt och vår grundsyn är att man skall tro på det en människa säger om inget annat påvisas.

## **Etik**

Att bemöta människor på ett etiskt riktigt sätt är alltid viktigt, men kräver extra mycket eftertanke i samband med en studie som denna. Vi har genomfört kvalitativa intervjuer där respondenterna lämnat ut sig själva, sina livssituationer och sina åsikter. Frågorna var förvisso öppna vilket medfört en valmöjlighet i vad och hur mycket som lämnats ut. De garanterades även att informationen avkodades. Vad som är viktigt att ta i beaktande ur en etisk vinkel är att samtliga respondenter har en koppling till oss som genomfört studien. Antingen som kollegor eller som klienter på Rällsögården. Enligt Humanistiska samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR) bör forskare och respondent inte vara i någon beroendeställning gentemot varandra (HSFR:s Etik-kommitté, 1991:9). Samtliga respondenter är kända för oss, vilket skulle kunna innebära att de känt sig tvingade att delta i studien efter att ha tillfrågats. Som kollega kan det vara svårt att säga nej då framtiden skall tillbringas på samma arbetsplats. Lägg därtill att det finns en önskan från arbetsledningens sida samt från Statens institutionsstyrelse att studien genomförs. En ytterligare aspekt är att bortfallet ökar även på klientsidan om behandlaren tackar nej, då vi valt att använda respondentpar. Som klient kan det vara svårt att säga nej då det kan finnas en önskan att vara behandlarna på Rällsögården till lags. De klienter som nyligen inlett sin behandling kan även ha en liknande situation som behandlaren, de skall träffa oss igen under behandlingstiden. Vi har dock en förhoppning att respondenterna deltagit för att de själva har velat delta i studien.

Eftersom både behandlare och klienter som deltagit kommer att ta del av det färdigskrivna materialet, finns även en risk att de känner igen sin behandlares eller klients uttalanden. Även övrig personal kan känna igen de olika respondenternas uttalanden. Detta är tyvärr något vi tvingas leva med. Då Rällsögården har en öppen atmosfär där behandlare och klienter lever nära inpå varandra under lång tid, hinner många åsikter yppas. Möjligheten finns att något av

det som sagts i intervjusituationerna redan uttalats tidigare och på så sätt kan härledas till respondenten. Vi har dock försökt att vara så öppna som möjligt inför intervjuerna om detta fenomen. Det finns även en risk att respondenterna ångrar sina uttalanden i efterhand. Detta skulle även kunna innebära att de har en önskan att ta tillbaka det som sagts och definitivt inte vill se det i tryck. För att minimera risken att någon känner sig lurad och ångrar sitt deltagande efter genomförd intervju, har respondenterna tydligt informerats om möjligheten att även i efterhand frånsäga sin medverkan.

Innan intervjuens start har vi därför tydligt informerats respondenterna om studiens syfte och upplägg. Vi har diskuterat vilka fördelar och nackdelar som kan finnas med att medverka, samt att de även efter att intervjun genomförts kan frånsäga sig deltagande i studien. När uppsatsen examinerats och tryckts finns dock inte denna möjlighet. Kvale (1997:107) kallar detta förfarande för informerat samtycke. Inför intervjuerna har vi muntligen informerats respondenterna om att vi kommer inleda resultatredovisningen med en kort presentation av dem som respondenter, samt att citat från intervjun kan komma att användas. Samtliga respondenter har dessutom undertecknat ett dokument som i korthet redogör för uppsatsens syfte (se bilaga 3). De godkänner med sin namnteckning att informationen får användas i denna studie. I informationen framgår möjligheten att avböja att svara på frågor, möjligheten att avbryta sin medverkan, att intervjuerna bandinspelas och sedan skrivs ut i sin helhet, att citat kan komma att användas i avkodad form samt att ytterligare information kan erhållas från vår handledare (med namn och telefonnummer angivet). På dokumentet har vi redovisat hur informationen som framkommer skall användas.

## **Förförståelse**

Vi arbetar båda på Rällsögården som behandlingsassistenter där arbete med ASI, MAPS och strukturerad behandlingsplanering ingår i arbetsuppgifterna. Då Rällsögården byggt in internutbildning i verksamheten, utbildar och handleder vi även kontinuerligt personalen i ASI, MAPS och strukturerad behandlingsplanering. Rällsögården verkar för samarbete över gränserna mellan socialtjänst, psykiatri, kriminalvård och behandlingshem. Ett projekt har pågått de senaste åren där personal inom socialtjänst, behandlingsverksamhet och psykiatri utbildats i ASI. Caisa arbetar som ASI-handledare i Norra länsdelen i Örebro län. Caisas totala erfarenhet av behandlingsarbete är 3,5 år, Marias erfarenhet är 2 år.

De förkunskaper vi har påverkar sättet att se på information som framkommer under studiens gång. Det går aldrig att frikoppla oss från den ryggsäck som vi bär på. Hur neutrala vi än försöker vara under intervjuerna samt då vi tolkar materialet så påverkar våra erfarenheter resultatet. Vi är långt ifrån opartiska i studien. Det finns en önskan att ta reda på vilka erfarenheter behandlare och klienter har av strukturerad behandlingsplanering. Då vi arbetar med instrumenten kontinuerligt finns flera risker. Vi kan vara förblindade av vår förförståelse så att vissa viktiga avvikande aspekter missas. En omedveten önskan att studien skall utmynna i ett positivt resultat kan även utgöra problem och ge en förskönad version. Vi har i grunden en positiv syn på instrumenten som används vid strukturerad behandlingsplanering. Att vi arbetat med dem under några års tid medför givetvis att vissa brister kunnat skönjas och att vi utvecklat vårt personliga tillvägagångssätt vid intervjuerna. Exempel är att följdfrågor anpassas efter respektive klient och att intervjuernas längd varierar från fall till fall. Tidigare hade vi inte kunskapen om hur väl de olika delarna i strukturerad behandlingsplanering sammanfaller med varandra. Den teoretiska kunskapen om teorier, metoder och dess sammanhang är betydligt större idag än vid studiens inledningsskede.

Den aspekt vi även nämnt tidigare är respondenternas beroendeställning till oss. Thomsson (2002:132) påpekar att det trots att en beroendeställning föreligger, ändå kan finnas vissa fördelar. En av fördelarna enligt Thomsson är att man slipper kontaktetablering. Kontaktetablering kan annars ta lång tid om intervjuare och respondent träffas för första gången. En annan fördel är att man som intervjuare kan lyfta fram relevanta aspekter av respondenternas historia snabbare. En fördel vi själva märkt av den förförståelse vi har är att kunskapen om instrumenten gjort att vissa fallgropar undvikits. En klient besvarade frågan om skattningarna i intervjuerna varit svåra att förstå. Han uppgav att det vore lättare om alla skattningar var lika och graderades 0–5 och inte tvärt om, allt mixades och skapade förvirring. Klienten i detta fall blandade in DOK,<sup>4</sup> en annan intervju där skattningarna ser annorlunda ut. Han kunde adekvat beskriva ASI-skattningen som frågan rörde och upplevde därför inte skattningen som svår. Om vi som intervjuare inte haft kunskap om instrumentens utformning skulle svaret ha tolkats som att skattningarna upplevdes som svåra av denne klient.

Intervjuaren undvek dock att gå in i diskussion kring faktamässiga felaktigheter då de registrerades i respondenternas uttalanden. På så sätt försökte en vinkling av materialet undvikas. Då intervjuaren har viss bakgrundskunskap kan det annars vara lätt att bemöta respondentens uttalanden, om de bedöms felaktiga eller missuppfattade. Här intog intervjuaren medvetet en neutral ställning trots sin förförståelse och utgick från att det som berättades var ny information. Intervjuaren förhöll sig under intervjun som att denne inte hade kunskapen om situationen och respondenten fick tala utifrån sin kunskapsbas. De gånger respondenten talade länge om ett ämne som bedömdes icke relevant i studien fick de trots detta avsluta sina berättelser utan att bli avbrutna. Skälet till detta förhållningssätt var att relevant information kan framkomma inbakat i annan irrelevant information. Det kan även vara svårt att under intervjusituationen bedöma vad som kan vara användbart i en analys. Respondenten skall även känna att denne kan styra vad och hur mycket som skall berättas inom respektive frågeområde.

## Metoddiskussion

Vi har under tiden uppsatsen vuxit fram diskuterat formen på den. En av orsakerna till diskussionen är att det finns flera läsarkategorier som kommer att ta del av det färdiga materialet. Widerberg (1994:45ff) beskriver att det kan finnas svårigheter i att skriva för flera intressenter. Få klarar att använda en och samma form när de skall uppfylla kraven och förväntningarna som finns. Detta är ett problem vi brottats med eftersom uppsatsen skall fungera som en metodbeskrivning för personalen på Rällsögården. Ett nytt sätt att skapa behandlingsplaner och erfarenheter av detta hos behandlare och klienter är även intressant att ta del av för andra institutioner. Slutligen kräver universitetet i Örebro en viss struktur för att uppsatsen skall bli godkänd. Med anledning av de förstnämnda två kategorierna har kapitlet där tolkningsramen redovisas blivit omfattande. Detta är vi väl medvetna om och vår bedömning är att metoder, instrument och bakomliggande teorier bör presenteras ingående för att uppsatsen skall fylla sitt syfte.

Då MAPS är ett relativt nytt instrument har svårigheter funnits att finna forskningsmaterial och litteratur. Den litteratur vi funnit är främst manualer och artiklar som behandlar ämnet. Vi har även haft personlig kontakt samt handledning med en av upphovsmännen till MAPS, David Öberg. Frågeställningar och oklarheter har kunnat diskuteras och klargöras i en direkt

---

<sup>4</sup> DOK är det dokumentationssystem som används av Statens institutionsstyrelse, SiS, bland annat i forskningssyfte.

kommunikation. Däremot finns mycket litteratur kring Prochaska och DiClementes förändringsmodell SoC vilken ligger till grund för MAPS. Den omfattande forskning som bedrivits kring SoC är överförbar till de delar i MAPS som benämns ”change” och ”mål”.

Vi valde att själva genomföra intervjuerna ock skriva ut intervjuerna från bandupptagningen. Anledningen till detta förfarande var flera. Utöver aspekten med kontaktetablering gjorde vi bedömningen att möjligheten att följa upp respondenternas uttalanden med relevanta följdfrågor ökade i och med intervjuarens förkunskap i ämnet. Intervjuarens förkunskap möjliggjorde att korta frekvenser som berörde huvudfrågorna kunde registreras och fångas upp. Vi bedömer att detta minskar risken att information som är viktig går förlorad. Genom att själva genomföra intervjuerna och sedan skriva ut materialet, erhöles även en multipel effekt av integreringen av materialet inför analysen. Detta medför en tidsbesparing ur inlärnings-synpunkt, men tog tid i anspråk vid genomförande och utskrift. Ytterligare en anledning till att vi själva genomförde arbetet var att det inte fanns någon annan lämplig person tillgänglig som kunde utföra arbetet åt oss.

Att vi själva deltagit som respondenter i studien är troligtvis en ovanlig företeelse. Som vi nämnt tidigare var skälet att det bara finns ett fåtal behandlare som arbetat med strukturerad behandlingsplanering. Vi ville få fram så många klientröster som möjligt. Vi har under hela metodkapitlet talat mycket om risken att vinkla eller försköna utsagor då vi arbetar i verksamheten som undersöks. Det vi ännu inte belyst är att intervjuerna av oss som respondenter genomfördes på varandra. Vi har som respondenter försökt besvara frågorna under intervjun utan att ha uppsatsens syfte eller aktuell teoribild som raster. Intervjuerna med oss själva genomfördes först, för att undvika att svaren färgas av andra respondenters svar. Det går dock inte att bortse från att den teoretiska genomgången i studien givit en bred förkunskap i ämnet vilket givetvis påverkar svaren. Intervjuerna med varandra blev något kortare. Det som upplevdes problematiskt var tanken på att inte ta ut svängarna för mycket i svaren. Det är svårt att skilja på vad som är grundåsikten och vad som nyligen lärts in teoretiskt. Vi tror att svaren skulle blivit mer fylliga och utvecklade om någon utomstående intervjuat oss inför någon annan undersökning, även om frågorna rört samma ämne. Nyfikenheten är även svår att hålla vid liv som intervjuare när man ventilerat instrument och arbetsätt under en längre tid med den person man intervjuar.

I resultatredovisningen har vi försökt belysa varje tema från både positiva och negativa aspekter. Vi har inte på något sätt fokuserat på det ena eller det andra. Samma sak gäller valet av klienter. Vi har inte medvetet valt ut de klienter som deltar i studien efter deras åsikt kring ämnesvalet. Urvalet av klienter har skett utifrån ålder, typ av missbruk, familjeförhållanden, boende och dylikt. Målet var att få fram en så rättvis bild som möjligt av behandlarnas och klienternas erfarenheter av strukturerad behandlingsplanering. De intervjuer som genomförts med behandlare har i många fall visat att respondenterna har en liknande uppfattning om strukturerad behandlingsplanering. De svar vi själva givit då vi intervjuats har inte kunnat särskiljas från de övriga respondenternas svar.

## 4 Tolkningsram

### Inledning

Då Rällsögården är ett behandlingshem som till största delen tar emot klienter som dömts av Länsrätten till tvångsvård med stöd av LVM, inleder vi kapitlet med en kort presentation av LVM-lagen och dess tillämpning. Vi ger sedan en övergripande beskrivning av behandlingsplaneringens grunder. Rällsögårdens behandlare arbetar utifrån ett kognitivt förhållningssätt, men bedriver inte kognitiv terapi. Den kognitiva teorin finns dock med som ett underliggande teoretiskt raster. Kognitiv teori och terapi beskrivs därför endast kort och för att ge läsaren en teoretisk grund.

Motivationsarbete är centralt inom missbrukarvården. Vi har därför valt att skriva ett stycke om motivation samt presentera några definitioner av begreppet innan presentationen av MI. MI är den förkortning som ofta används i skrifter, samt är gångbart för både det svenska namnet Motiverande Intervju och engelska namnet Motivational Interviewing. Den kognitiva teorin ligger till grund för MI. Prochaska och DiClementes förändringsfaser som beskrivs i avsnittet SoC bygger inte på en enskild teori då modellen är teoriövergripande, så kallad transteoretisk (Miller & Rollnik, 1991). De olika förändringsfaserna rubriceras på engelska och svenska vid första benämningen för att ge en korrekt terminologi. Fortsättningsvis skrivs de svenska ordparen för respektive fas då de är framtagna i samråd med DiClemente (personlig kommunikation med David Öberg).

I detta kapitel presenteras även de utredningsinstrument som ligger till grund för strukturerad behandlingsplanering på Rällsögården. För att skapa en strukturerad behandlingsplan med utgångspunkt från klientens perspektiv används först instrumentet ASI. ASI-intervjun används i utredande syfte, för att få en bild av klientens aktuella situation och historia. Den används även för screening av problemområden som behöver utredas vidare med ytterligare instrument. Efter en kartläggning delges klienten en skriftlig och muntlig feedback på genomförd intervju. Med ASI-feedback som grund genomförs sedan en intervju utifrån instrumentet MAPS. MAPS innehåller bland annat en modul (Change) som baseras på Prochaska och DiClementes förändringsalgoritm för bestämmande av klientens förändringsfas (SoC) och fastställer klientens aktuella motivations- och förändringsfas. Klienten och behandlaren beslutar gemensamt utifrån MAPS vilken målfas som bedöms rimlig och vilka insatser som skall sättas in. Detta presenteras sedan i en strukturerad behandlingsplan. MI är en teknik som rekommenderas vid intervjuer som genomförs i utredningssyfte, samt vid skapandet av strukturerade behandlingsplaner (Öberg & Sallmén, 1999).

Avslutningsvis presenteras aktuell forskning avseende behandling av missbrukare. I detta avsnitt berörs de metoder som presenterats tidigare i kapitlet, personalens förhållningssätt, struktur i verksamheten, matchning samt behandling under frivilliga former och med tvingande åtgärder.

### Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall – LVM

Genom att presentera LVM-lagen och dess tillämpning vill vi ge en bild av svårighetsgraden av missbruket hos de klienter Rällsögården behandlar samt vad som kan ligga till grund för omhändertagandet. Vi vill även lyfta fram de krav som enligt lag ställs på institutionen som

bedriver vården. Enligt socialtjänstlagen (2001:453) skall socialtjänstens verksamhet bygga på respekt för individens självbestämmande och integritet. Den enskilde skall deltaga i utformandet av insatser. Möjlighet till tvångsvård finns och syftet är att motivera klienten att delta i fortsatt vård under frivilliga former. Då LVM föreligger bör behandlingsmålen anpassas till klientens motivation och möjlighet att ta till sig vården. Gerdner (1998a:102) menar att syftet med LVM-lagen, det vill säga att motivera till fortsatt frivillig vård, kan ses i tre olika tidsperspektiv. För det första är syftet att akut hejda ett destruktivt missbruk. För det andra är syftet att på kort sikt motivera klienten till frivillig vård och behandling. För det tredje är syftet att på längre sikt skapa förutsättningar för att klienten skall leva ett drogfritt liv. All information under rubriken tillämpning av LVM-lagen är hämtad ur SOSFS 1997:6.

### **Tillämpning av LVM-lagen**

Generalindikationen och en av specialindikationerna i 4 § LVM måste vara tillämpliga för att klienten skall kunna omhändertas med stöd av LVM. Enligt generalindikationen skall klientens vårdbehov inte kunna tillgodoses genom socialtjänstlagen eller på annat sätt. Missbrukaren skall till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel vara i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk. Specialindikationerna syftar till följderna av missbruket och delas in i tre aspekter: att missbrukaren utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, att missbrukaren löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv och/eller att missbrukaren kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

LVM tillämpas på vuxna missbrukare och gränsen dras vid 18 år. Yngre missbrukare som hunnit fylla 15 år som har problem av liknande karaktär skall beredas vård med stöd av Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). LVU skall i möjligaste mån användas före LVM på yngre personer. Möjlighet finns att tillämpa LVU fram till att individen fyllt 20 år. Detta sker då bedömning gjorts att den unges behov och personliga förhållanden gör LVU lämpligare än annan vård. Beslut om vård enligt LVU skall ha fattats innan den unge fyllt 20 år och skall upphöra senast vid 21-årsdagen.

För att LVM skall tillämpas krävs inte att missbrukaren är i behov av akut avgiftning. Ett allvarligt missbruk som kräver snabba insatser är tillräckligt. Det finns inget krav på uppkomna skador till följd av missbruket, det räcker att individen riskerar att råka i en nödsituation som allvarligt hotar dennes hälsa och välfärd. Möjligheten att tillgodose vårdbehovet på frivillig väg skall först prövas. Missbrukarens samtycke innebär inte självklart frivillig vård, trots att detta inte prövats tidigare. Bedömer socialnämnden att missbrukaren inte har tillräcklig vilja eller förmåga att fullfölja en behandling under frivilliga former, skall LVM initieras.

### **Behandlingsplaneringens grunder**

För att vården skall möta klientens behov finns det lagstadgat att varje klient skall erhålla en behandlingsplan. Vi presenterar här vad som ligger till grund för behandlingsplaneringen och vilka aspekter som bör tas i beaktande vid upprättandet av en behandlingsplan. Givetvis råder delade meningar om hur en behandlingsplan skall utformas. Vi har i vår presentation valt att i första hand lyfta fram Melin & Näsholms (1998) teorier kring behandlingsplanering då de utgått från delar av den tillgängliga forskningen som finns kring behandlingsplanering och dess effekter.

## **Struktur i behandling**

Olika behandlingsmetoder har olika grad av struktur både till form och innehåll. Struktur innebär att konkreta målsättningar och uttalade förväntningar finns. Likaså skall en behandlingsplan upprättas. Regler och rutiner skall finnas, vilka skall följas av samtliga inom verksamheten. Gränssättning är viktigt. Strukturen symboliseras även av en tät kontakt mellan behandlare och klient (a.a:128).

En högre grad av struktur anses nödvändig för de klienter som totalt saknar kontroll över sitt missbruk. Även för klienter som har en låg konceptuell nivå och låg personlighetsmognad bör verksamheten struktureras upp mer än för övriga klienter. Det är inte ovanligt att klienter upplever struktur som bestraffande då de enbart har negativa upplevelser av detta. En strukturerad verksamhet bör utformas så den upplevs vara ett stöd för klienterna. Det som avgör hur strukturerad en behandling bör vara är hur missbrukets omfattning och svårighetsgrad ser ut. Även social situation, personlighetens mognadsgrad och förekomst av psykisk störning räknas till de variabler som har mest betydelse när det gäller att upprätta struktur kring en klient (a.a:128f).

## **Behandlingsplanering med utgångspunkt från klientens behov**

Enligt Melin & Näsholm (1998:15) innebär behandlingsplanering att behandlaren kartlägger, bedömer och därefter tillsammans med klienten kommer överens om vilka insatser som är aktuella. Behandlingsplanering kan ses som en process som följer olika steg. Som behandlare är det viktigt att vara medveten om tillvarons komplexitet och de begränsningar som finns i kartläggning och bedömningsarbetet. En kartläggning kan tyckas vara heltäckande men den kan aldrig belysa samtliga delar av en person och dennes missbruk. Trots detta är det viktigt att kartläggning genomförs. Att inte kartlägga och sedan se resultaten efter en tid rekommenderas inte. Denna "icke-kartläggningsmetod" anses ha använts alltför länge inom missbrukarvården. Även Miller & Rollnik (1991:89ff) påtalar vikten av kartläggning inför behandlingsplanering. De förespråkar en inledande motiverande session för att etablera kontakt, med påföljande utredning/kartläggning av klientens aktuella situation.

Som utgångspunkt i förändringsarbete finns klientens egen uppfattning om sig själv och sin situation. Därför är det viktigt att under hela behandlingens gång ta hänsyn till klientens egna bedömningar och reflektioner. Klienter upplever ofta kartläggningen av sin situation som viktig och meningsfull. Det finns tid för reflektion och eftertanke i kartläggningssammanhanget. Vissa ogenomtänkta åtgärder kan då förhindras (Melin & Näsholm, 1998:15) Även Öberg & Sallmén (2000:6ff) har påtalat vikten av att verkligen lyssna på klienten eftersom missriktade insatser kan få katastrofala följder. Prochaska & DiClementes forskning (i Miller 1991:14ff) har lett till liknande resultat och utmynnat i en förändringsmodell SoC som presenteras närmare längre fram. Att lyssna på klienten, finna i vilken fas denne befinner sig och sedan anpassa insatserna efter klienten är utgångspunkten.

## **Kartläggning**

När man arbetar med kartläggning är det som behandlare viktigt att veta vilken information som är väsentlig. Behandlaren måste också veta hur informationen skall användas samt vilka konsekvenser valet av behandling kan få. Kartläggning kan ibland behöva upprepas om klienter söker hjälp vid flera olika tillfällen. Vid varje tillfälle kan vissa delar av klientens situation ha förändrats. Förändringarna är viktiga att kartlägga, likaså om det finns något problemområde som man vid tidigare tillfälle lagt för lite vikt vid (Melin & Näsholm, 1998:17).

McLellan har i sin forskning funnit att människor med missbruksproblem ofta har betydande problem även på andra områden. ASI utformades som halvstrukturerat intervjuformulär för att täcka in fler områden än missbruket för att sedan kunna matcha behandlingen efter klientens problemområden. (Armelius et al, 2002:6f) Även Melin & Näsholm (1998:17ff) påtalar att hänsyn bör tas till hela livssituationen och inte enbart missbruket. Detta innebär att hela livssituationen har betydelse i kartläggningen av klienten. Att ta med flera olika områden ger en god överblick över klientens situation. Miller & Rollnik (1991:91) menar att områden som är viktiga att utreda är alkohol- och droganvändning, livsproblem, beroendesyndrom, funktionell analys, biomedicinska effekter, neuropsykologiska effekter, familjehistoria samt psykiska problem.

Informationen för kartläggning kan inhämtas från flera håll dock främst från klienten själv. Även tidigare dokumentation från till exempel andra samverkanspartners och anhöriga kan inhämtas om klienten ger sin tillåtelse till detta. Oerfaren personal väljer ofta att inte inhämta information från andra parter då de vill skapa sig en egen bild av klienten de intervjuar. Med ökad erfarenhet lär man sig att information från andra källor kan vara mycket viktig. Som behandlare gäller det att kunna värdera olika informationskällor. Den information som skall komma fram i kartläggningen kan inhämtas genom samtal, olika skattningsskalor, strukturerade intervjuer och frågeformulär. En kombination av dessa ger bredd i kartläggningen (Melin & Näsholm, 1998:18).

Miller & Rollnik (1991:96ff) menar att skattningsskalorna som används vid kartläggningen även fungerar som motivationsfaktorer. Klienten får ett tydligt mått på förändring samt en tydlig målnivå. Även Beck (i Perris, 1986:149) använde sig av självskattningar i samband med kognitiv terapi. Självskattningarna används för att se skiftningar i klientens tillstånd och för att klienten själv lättare skall observera sina framsteg. Perris (a.a:149) betonar, precis som Miller & Rollnik (1991:96f), att skattningar och feedback stärker motivationen. Miller & Rollnik anser att det är viktigt att kontrollera klientens status redan vid inledandet av en behandlingsinsats för att sedan kunna påvisa resultat och förbättringar. Motivation skapas även då klienten ser diskrepansen mellan dagens status och den målstatus som upprättas. Personlig feedback från objektiva test kan hjälpa klienten att se att han ej befinner sig på den önskade nivån. Att förse klienten med sina egna skattningar för att sedan jämföra dessa med normativa värden kan även skapa motivation.

### **Bedömning**

När kartläggningen är genomförd följer bedömning då informationen som inhämtats värderas. Kompetens att värdera informationen är viktigt i detta sammanhang. Om denna kompetens saknas är all den insamlade informationen inte användbar för att kunna bedöma vilka behandlingsinsatser som behövs. Missbrukarvärden bör utgå från att kartläggning och bedömning är viktiga och nödvändiga förutsättningar för att planera behandling. (Melin & Näsholm, 1998:20). De variabler som förekommer i helhetsbedömningen har olika tyngd hos olika klienter. Bilden kan förändras under resans gång, vid kartläggningstillfället kan den se ut på ett sätt och vid ett senare tillfälle på ett annat sätt. Behandlaren tvingas "frysa" bilden av klienten för att kunna ha den som utgångspunkt i arbetet. I kartläggningen måste en medvetenhet finnas hos behandlaren att vissa variabler är primära och andra sekundära. Det kan ta tid att urskönja vilka variabler som bör prioriteras mer. De insatser som väljs i inledningskedet bör ha en bred ansats så att inte andra vägar blockeras (a.a:20f).



ASI-intervjun följs upp med en personlig feedback som delges klienten efter intervjun (Öberg & Sallmén i Andréasson et al, 1999). Strukturerad feedback av utredningsresultaten rekommenderas. Det är viktigt att feedbacken gås igenom noga med klienten punkt för punkt, den skall inte bara lämnas över. Feedbacken är till för att informera och förklara för klienten, inte döma, bevisa något eller få personen att acceptera en diagnos (Miller & Rollnik 1991:96ff).

### **Matchning**

Kartläggning och bedömning leder till att man väljer olika typer av insatser som är anpassade till individen i fråga. Detta kallas matchning. Insatserna symboliserar olika delmål som på sikt skall leda ut ur missbruket. De missbrukare som har svårigheter både på det sociala och psykiska planet har oftast behov av hjälp på många områden. Det gäller att försöka urskönja vad som passar klienten bäst utifrån den situation denne befinner sig i. Att kombinera olika sorters insatser gäller för de flesta missbrukare. Insatserna skall anpassas efter den enskildes behov och förutsättningar. Att göra insatserna i rätt ordning och med rätt timing är också viktigt för utfallet. Otillräckliga insatser leder till begränsade och kortvariga förbättringar. Ett flertal väl valda insatser är lämpligare och ger bättre resultat. Under behandlingens gång bör en processmatchning ske. Detta innebär att man stannar upp, utvärderar det som skett och anpassar insatserna efter de förändringar som skett med klienten under resans gång. (Melin & Näsholm, 1998:17ff) Dessa forskningsresultat ligger även till grund för Miller & Rollniks MI (1991) samt Prochaska & DiClementes SoC (Miller & Rollnik, 1991:191ff). Samtliga påtalar vikten av att möta klienten där denne befinner sig och anpassa insatserna med klientens fas. Enligt Öberg & Sallmén (1999:6) är idén bakom MAPS också att anpassa insatser med de hjälpbehov som föreligger för stunden och kontinuerligt göra uppföljningar där delmål läggs upp tillsammans med klienten.

Bland de missbrukare som inte har sociala och psykiska svårigheter kan resultatet förbättras avsevärt även med mindre insatser. Klienterna har olika förmåga att ta del av behandlingsplaneringen. Personlighetsmognad, var i missbruksprocessen klienten befinner sig samt vilka skador klienten har ådragit sig i samband med missbruket är faktorer som påverkar utfallet (Melin & Näsholm, 1998:17ff).

### **Förhållningssätt vid intervjuer**

Att behandlaren intar en professionell hållning gentemot klienten är av största vikt oavsett om det är en intervjusituation eller ej. Professionell hållning definieras enligt Holm som en strävan i yrkesutövandet där det som gagnar klienten skall stå i centrum. Behandlarens egna behov, känslor och impulser skall inte styra. För att denna definition skall kunna efterlevas ställs två speciella krav. För det första skall behandlaren vara medveten om att relationen till klienten inte är jämlik. Detta innebär att behandlaren inte har rätt att ställa samma krav på klienten som klienten kan ställa på behandlaren vad gäller respekt, uppmärksamhet, empati samt medkänsla. Det är psykologiskt orimligt att kräva att klienten skall bemöta behandlaren på ett liknande sätt. För det andra är självkänedom en viktig egenskap hos behandlaren. I detta hänseende innebär det att behandlaren bör ha en medvetenhet om det egna behoven och känslorna. Då denna medvetenhet finns kan behoven och känslorna hanteras så att det inte tar överhand i kontakten med klienten (Holm, 2001:13f).

Kartläggning sker ofta i form av en intervju. Det är viktigt att behandlaren styr så att vare sig djup eller omfattning blir för stort. Ibland leder samtal till fördjupningar men det är då viktigt att bevaka att samtalet hålls på rätt nivå. Därför är det viktigt att innan den startar berätta vad

som är syftet med intervjun. Klienterna kan ibland ha svårigheter med att avgränsa sig (Melin & Näsholm, 1998:16). Perris (1986:110ff) beskriver att klienten själv bör lägga fram förslag på samtalets upplägg och innehåll, men att det är behandlaren ansvar att hålla samtalet inom de upprättade ramarna. I manualen för ASI framgår också vikten av att presentera intervjuens upplägg (Andréasson et al, 1999:9). I intervjusituationen krävs "professionell splitting" av behandlaren. Detta innebär att uppmärksamheten klyvs i två delar. Den ena delen, den känslomässiga delen, lyssnar på klientens historia, etablerar en kontakt och skapar en relation. Lyhördhet och begränsning av samtalet om det blir för smärtsamt tillhör denna del. Den andra delen av uppmärksamheten överblickar det som sägs i samtalet. Denna del ställer sig utanför och iakttar, observerar, värderar och bedömer på distans vad som sker i samtalet. Det som inte uttalas men som ändå sägs mellan raderna hör till denna del. Det viktigt att som behandlare träna sig i ovanstående. Ett empatiskt förhållningssätt är grundläggande i arbetet med människor (Melin & Näsholm, 1998:16).

Stora delar i MI bygger på att klienten bereds möjlighet att tala fritt, att behandlaren lyssnar reflektivt och sammanfattar det som sägs och återför till klienten. Genom valet av den information som lyfts fram i sammanfattningen begränsas klientens utsvävningar (Miller & Rollnik, 1991:78ff). Vid genomförande av en strukturerad intervju som ASI i en kartläggningssituation begränsas klienten till viss del av frågorna, men behandlaren har även ansvar att stoppa alltför djupgående svar. Ett aktivt lyssnande och en god kontakt med klienten är förutsättningen för att en tillförlitlig och bra intervju skall kunna genomföras (Andréasson et al, 10ff).

### **Uppföljning**

Behandlingsarbete kan sällan bedrivas utifrån ett i förväg planerat schema. Händelser inträffar som från början varit omöjliga att förutspå. Revidering av behandlingsplanen och förändring av mål kan vara aktuellt. Utvärdering och avstämning är därför viktig under behandlingens förlopp samt vid behandlingstidens slut för planering av eftervård. Forskning visar att kontinuerliga uppföljningar över tid sannolikt förlänger effekten av behandlingen (Melin & Näsholm, 1998:22).

### **Kognitiv teori**

Då Rällsögården arbetar utifrån ett kognitivt förhållningssätt är det naturligt för oss att presentera kognitiv teori. Kognitiv teori är även grunden för metoden MI och överensstämmer väl med tankegångarna bakom instrumentet MAPS. Det bör dock påpekas att Rällsögården inte bedriver kognitiv terapi i någon form. Metoder och arbetssätt är hämtade från den kognitiva teoribildningen och förhållningssättet präglar verksamheten. Vi har i följande presentation av kognitiv teori utgått från Perris (1986).

### **Bakgrund**

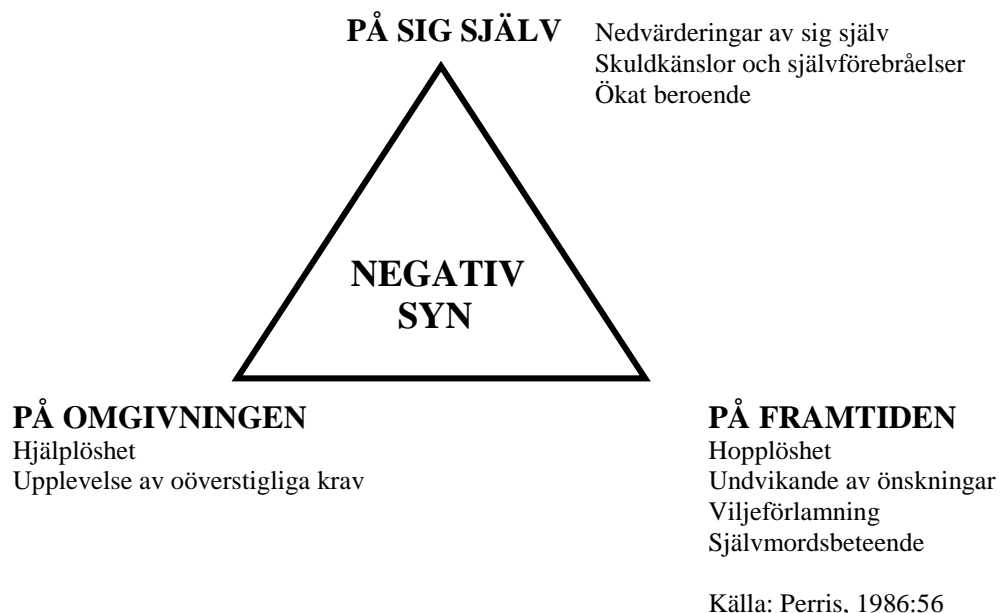
Kognitiv teori ligger till grund för den kognitiva terapin som utvecklats av Beck och hans lärjungar på 1960-talet. Det finns fler som vid ungefär samma tidpunkt utvecklade liknande tankegångar, bland annat Ellis. Den kognitiva teorin utgår från det principiella antagandet *"innehållet i en människas tankar bestämmer denna människas känsloupplevelser och leder till vissa bestämda affektiva svar"* (a.a:21).

## Kognitiv teori

Tanke, känsla och handling är sammanlänkade och påverkar varandra i en cirkulär process. Då tanken förändras kan även känslan förändras, vilket i sin tur påverkar agerandet i en given situation. Utfallet blir ett annat. En kognition är enligt Beck (i a.a:31) varje form av mental aktivitet som har ett verbalt innehåll. De kognitiva strukturer som skapats redan i barndomen utgör kärnan i individens upplevelse av sig själv. Dessa strukturer kallas även scheman och syftar till de mest beständiga sidorna i individens kognitiva organisation. Varje individ har en samling scheman vilka skapats av tidigare erfarenhet. De styr hur verkligheten uppfattas och påverkar hur situationer tacklas. I varje ny situation som individen möter finns en mängd alternativa stimuli att fästa uppmärksamheten på. Bearbetningen av dessa stimuli kan sedan ske på en mängd olika sätt. Under tiden bildas en mening om den aktuella situationen. Detta innebär att samma situation uppfattas olika av de människor som är närvarande. Tolkningen är beroende av vilka stimuli de tar fasta på och hur de sedan tolkar dessa. De kognitiva strukturerna kan bestämmas via kulturella värderingar eller vara knutna till individens personliga historia och är då unika för varje individ. Andra centrala begrepp i kognitiv teori är självschema och skript. Ett självschema är de kunskaper och föreställningar individen har om sig själv, grundat på tidigare erfarenheter. Skript är knutet till händelser och den föreställning individen har om vad som skall ske i en given situation över tid, grundat på tidigare erfarenheter (a.a:29ff).

Individen har tre tankemönster som kan skapa en dysfunktionell och negativ självuppfattning. Beck benämner dessa den kognitiva triaden (se figur 4:1). Figuren illustrerar möjliga relationer mellan de olika negativa föreställningarna och de viktigaste depressiva symptomen (a.a:56).

**Figur 4:1 Den kognitiva triaden**



De scheman som formats och förstärkts under uppväxten beskriver individens antaganden om sig själv, om andra, om framtiden och om händelser. Dessa grundantaganden är omedvetna och påverkar tanke, känsla och handling. Varje given situation skapar en automatisk tanke som ligger till grund för både känslor och beteenden. Då den automatiska tanken blir felaktig

skapas tankeförvrängningar. En felaktig slutsats dras av en given situation. Tankeförvrängningen orsakas av att det finns en önskan att intrycket överensstämmer med grundantagandet. Behandlarens uppgift är att hjälpa klienten identifiera tankeförvrängningar och de dysfunktionella grundantaganden som tros ligga bakom tankefelen. Efter att ha kartlagt ett mönster hos klienten presenteras det i form av arbetshypoteser. Tillsammans med klienten skall hypoteserna försöka förkastas eller bekräftas. Målet är att klienten skall välja alternativa och mer funktionella antaganden. Klienten behöver hjälp att ifrågasätta och förkasta sina aktuella tankeförvrängningar samt finna de grundantaganden som styr de dysfunktionella tankefelen. Det är vanligt att hemuppgifter används då klienten i lugn och ro får fundera över de tanke-mönster som diskuterats och även bokföra nyuppkomna mönster som noterats. En systematisk registrering av dysfunktionella tankar sker i form av skapandet av tankescheman. Klienten får i uppgift att notera uppkomna situationer och känslor knutna till dessa. Nästa uppgift är att försöka reda ut vilka automatiska tankar som uppstod och slutligen arbeta fram alternativa tankar (a.a:57ff, 91, 131ff, 150ff).

## Motivation

Motivation är ett begrepp som är väl integrerat i vardagsspråket. De flesta författare väljer att inte definiera motivation på ett enkelt och sammanfattande sätt då det anses svårbeskrivet. Vi väljer att presentera tre försök till definitioner av motivation som ofta nämns:

”en sammanfattande term för de processer som sätter igång, upprätthåller och riktar beteendet”  
(Nationalencyklopedin 1994 i Svensson, 2000:121)

”en strävan hos människor att leva ett så meningsfullt och självförverkligat liv som möjligt. Denna strävan är sammanfattningen av människans innersta natur: att vara konstruktiv, målinriktad och socialt aktiv” (Revstedt 1995 i Svensson, 2000:121)

”beteenden eller handlingar, styrda av en inre drivkraft som är relaterad till mål”  
(Jenner 1987 i Svensson, 2000:121)

## Motivation inom missbrukarvård

Motivation är ett begrepp som spelat en central roll i många behandlingsmodeller inom socialt arbete. Svårigheten att åstadkomma resultat i arbetet med den omotiverade klienten är orsaken till detta. Bristande vilja, svag impuls kontroll och motstånd är aspekter som representerar den svårmotiverade klienten, vilket gör att insatser lätt kan misslyckas. Hinder för motivation är att klienten inte delar verklighetsbeskrivningen behandlaren ger eller målen som upprättas, att tillvägagångssätten som föreslås misströas, att klienten misstror sin egen förmåga att fullfölja den föreslagna behandlingen med gott resultat, att klienten tror sig ha en oförmåga att upprätthålla motivationen över tid och slutligen att klienten är osäker på vilka mål och tillvägagångssätt som gäller (Bergmark 1998:90ff). Många instrument har utvecklats i syfte att mäta motivation. I dessa kan tre grunddimensioner inom behandlingsmotivation urskiljas: individens förmåga att förstå problemet och dess konsekvenser, individens tilltro/acceptans av behandlingsformen som erbjuds samt uppfattningen av den egna förmågan att genomföra denna behandling (Bergmark & Oscarsson, 1999:199). Att lyfta fram även de små förbättringarna klienten genomgår är viktigt då det annars är svårt att känna hopp. Resultat av behandlingsinsatser inom missbrukarvården mäts ofta i variabeln antal drogfria klienter efter genomgången behandling och ett lyckat behandlingsresultat blir synonymt med helnykterhet hos klienten. Både behandlare och klient hamnar lätt i detta svart eller vitt tänkande och motiva-

tionen dalar (Leissner 1997:181f). Gerdner påpekar att aktuell forskning visar att motivation bör ses som en process som ständigt pågår och inte som någon form av personlighetsegenskap. Strukturerade insatser kan underlätta motivationsprocessen. Arbetet med klientens motivation bör inte ses som om det ligger före eller utanför behandlingen utan motivationsprocessen skall vara integrerad i behandlingen och anpassas utifrån de insatser som klienten bedöms vara redo för (Gerdner, 1998a:103f).

Fokus läggs ofta på motivation som kan få missbrukaren att ändra sitt handlande och är sällan riktat mot att förklara varför individen upprätthåller sitt missbruk. Motivationsarbetet bör beröra individens hela handlingsrepertoar, vilket ofta hamnar i skymundan då frågan rör alkohol eller drogmissbrukare. De modeller som nämns inom den vetenskapliga och professionella diskursen kring motivationsproblematik hos missbrukare är främst MI och SoC. Enligt MI bör motivation betraktas som en dynamisk process där behandlare och klient är involverade, inte en egenskap hos klienten. Ovanstående ståndpunkt ställs ofta i opposition mot två centrala teser i Anonyma Alkoholisters (AA) filosofi. Missbrukaren förväntas nå botten innan en genuin förbättring kan ske samt att missbrukaren förnekar närvaron av problem. Motivationen ligger enligt detta synsätt hos individen vilket är motsatsen till föregående modell där fokus förskjuts från missbrukaren till behandlaren. Då modellerna utgår från ett behandlingsperspektiv och samtidigt betonar individens ansvar är frågan om de bör tillämpas vid yttre tvång. Genom att tillämpa ett antal generella principer för MI bedöms dock delar av metoden inte vara omöjliga att iscensätta inom vissa delar av den befintliga LVM-vården (Bergmark & Oscarsson 1999: 196ff, 207ff). Även Gerdner (1998b:43) nämner MI, SoC och 12-stegsbehandling. Han lyfter fram dem som exempel på hur institutionerna skulle kunna förbättra motivationsarbetet med hjälp av moderna kunskaper och metoder som utvecklats för ändamålet.

### **Motivation till behandling kontra motivation till förändring**

DiClemente (1999:209ff) som varit med och utarbetat SoC beskriver att det finns två olika typer av motivationsarbete motivation till förändring och motivation till behandling. Dessa två är relaterade till varandra men oberoende av varandra. Flera begrepp klargörs vilka här kursiveras. *Inre och yttre motivationella omständigheter*. Missbrukare kan förändra sitt drog beteende på många sätt för att erhålla belöningar, men detta medför sällan bestående förändringar. Inre motivationella förändringar har visat sig ge bättre långtidsverkande resultat. Yttre motivationsfaktorer bör ersättas med inre efter hand, då dessa lättare integreras i individen och dennes liv. *Pålagd och avsiktlig förändring*. Genom att strypa tillgången till drogen som vid en avgiftning skapas en paus från beteendet, men en bestående förändring skapas inte. De flesta missbrukare klarar att sluta dricka vid hot om skilsmässa, risk att de förlorar arbetet eller rättsprocesser. Dessa förändringar är dock ofta kortvariga och syftar till undvikande av straff eller konsekvenser. En inre avsiktlig förändringsprocess ger ett helt annat utfall. Detta är en viktig aspekt i behandlingssammanhang. Klienten kan vara motiverad till behandling men kanske inte alls motiverad till förändring. Då hotet minskat eller eliminerats sker ofta en återgång till det gamla beteendet. *Beredskap för förändring kontra beredskap för behandling*. Behandling är ett tidsbundet evenemang som interagerar med en större förändringsprocess. Individen måste själv ta ställning men är hjälpt av den tillsyn behandlingen ger och ett gott bemötande. Mottaglighet och vilja att förändras är inte samma sak. Det finns de som har en stor vilja att förändras men inte är mottagliga och vice versa. Motivation är en viktig faktor i samtliga av ovanstående aspekter. Behandling bör bara ses som en del i förändringsprocessen som innebär så mycket mer. För att nå klienten rekommenderas behandlaren att byta strategi beroende av i vilken förändringsfas klienten befinner sig.

## Motivational interviewing

### Bakgrund

MI utvecklades efter att Miller besökt Norge 1982, där han utbildade en grupp unga nyutbildade psykologer. Vid den praktiska presentationen av hans sätt att arbeta ställdes frågor om tankarna bakom agerandet i mötet med klienten, valet av ord och det förhållningssätt som intogs. Det fanns en efterfrågan efter en skrift som beskrev den empiriska kunskap som Miller lärt sig i mötet med klienterna. MI beskrevs för första gången av Miller i en artikel publicerad i Behavioural Psychotherapy (1983). Begreppet MI utvecklades genom erfarenhet av behandling av så kallade "problemdrinkers" eller svenskans högkonsumenter. Enligt MI skall motivation till förändring lockas fram hos klienten och kan inte läggas på utifrån. Identifiering och mobilisering av klientens inre värderingar och mål är viktiga ingredienser för att stimulera beteendeförändring. Det är klientens uppgift, inte behandlarens, att klargöra och lösa ambivalensen. Det gäller att hjälpa klienten att uttrycka ambivalensen i en önskad beteendeförändring. Ett klargörande av för- och nackdelar hjälper klienten att nå en acceptabel lösning som i sin tur motiverar till förändring. Motstånd och förnekelse ses som ett karaktärsdrag hos klienten vilket skapats av terapeutens beteende. Vanligaste orsaken är att terapeuten förväntar sig att klienten har en större vilja till förändring än vad fallet är. En förändring av motivationsstrategier till klientens nivå är då nödvändig. Den terapeutiska relationen är mer som kompanjonskap än expert/mottagare i rollfördelningen. Klientens fria vilja respekteras (Miller, 2002).

### Generella principer för MI

#### *Uttryck empati*

Empati innebär att se världen genom klientens ögon och dela dennes erfarenheter. Då klienten känner sig förstådd är denne mer benägen att öppna sig och delge sina erfarenheter. De berättar lättare om sin ambivalens inför en förändring. Behandlaren har då lättare att se var, när och i vilka situationer klienten känner att hjälp behövs.

#### *Utveckla avvikelser*

När människor upptäcker en avvikelse mellan var de befinner sig och var de vill befinna sig skapas motivation till förändring. Behandlarens uppgift är att få klienten att granska diskrepansen mellan deras rådande beteende och framtida mål. Upptäckten av att det aktuella beteendet inte leder till ett viktigt framtida mål, skapar motivation till att genomföra viktiga förändringar i livet.

#### *Undvik argumentation*

Konfrontation av förnekelse skapar motstånd och får klienten att känna sig attackerad. Risken är att klienten presenterar ännu mer motargument och lägger ner stor energi på att stå emot de råd som presenteras. I MI får klienten inga diagnostiska termer som alkoholist eller missbrukare. Då intervjuaren märker att klienten skapar ett motstånd till förändring, byter denne strategi istället för att försöka bryta sig igenom förnekelsen. Målet är att bygga upp, inte bryta ner. Förändringen är upp till klienten.

#### *Rulla med motstånd*

Behandlaren kämpar inte emot klientens motstånd. Genom att använda sig av klientens egna impulser bollar och utforskas dennes syn. Genom detta förhållningssätt minskar motståndet

snarare än ökar. Klienten uppmuntras att utveckla sina egna lösningar till de problem de själva definierat. Det finns ingen hierarki i relationen klienten kan slåss emot. Genom att utforska klientens oro inbjuder behandlaren klienten att själv upptäcka nya perspektiv, utan att föra in nya tankesätt till klienten.

### *Stöd self-efficacy*

Self-efficacy hänvisar till en persons tro på sin förmåga att genomföra och lyckas med en speciell uppgift. Klientens egen tro på att en förändring är möjlig är en nödvändig motivationsfaktor för att åstadkomma förändring. Då klienten ställs ansvarig för sitt eget val är behandlaren viktigaste uppgift att hålla klienten motiverad. Att stödja klientens tro på att en förändring är möjlig är ett mycket bra sätt att åstadkomma förändring. Detta kan göras på många sätt till exempel att peka på tidigare lyckade förändringar som genomförts eller genom att berätta om klienter med liknande problem som lyckats.

(Miller & Rollnik, 1991:55–62)

## **Fem fundamentala strategier för MI**

1. Ställ öppna frågor  
Frågorna som ställs skall inte kunna besvaras med ja eller nej. Det är viktigt att klienten får en chans att uttrycka sig själv. Var? När? Hur? Varför?
2. Lyssna reflektivt  
Följ upp frågor med reflektivt lyssnande. Klienten får höra sina ord två gånger, då han själv säger dem och som en upprepning av behandlaren. Det ger även en feedback att orden uppfattats rätt. Klienten berättar vad som fungerat och vad som inte fungerat, vad som fört processen framåt och puffat den bakåt. Lyssna på klienten och förstärk uttalanden som är positiva för en förändring och lägg mindre vikt vid ord som är mindre gynnsamma för en förändring.
3. Bekräfta  
Beröm med komplimanger, uppskattning och förståelse. Det är viktigt att de är äkta och trovärdiga för relationen.
4. Summera  
Summera klientens uttalanden då och då under samtalet. Detta gör att klienten får höra sina ord tre gånger och visar att du lyssnar uppmärksam och har förstått rätt. Klienten hjälps framåt i samtalet med frågor som ”finns där något mer?”, efter en summering. En fördel är att hjälpa klienten att presentera olika perspektiv för och emot en eventuell förändring. Detta är även ett sätt för behandlaren att välja riktning för samtalets fortsättning. Vid en slutsummering skall fokus vara framåt och positivt. Låt klienten korrigera dig och göra tillägg. Vid nästa möte görs en kortare variant av den avslutande summeringen.
5. Locka fram självmotiverande uttalanden  
Det är viktigt att ha en ledande strategi att hjälpa klienten att lösa ambivalensen. Fokusera på klientens uttalanden som tyder på upptäckt av problem i sitt beteende, uttryck av oro för problemen, direkta eller indirekta intentioner att förändras samt optimism om förändring (self-efficacy på problemområdet). Dessa fyra typer av uttalanden reflekterar kognitiva (upptäckande, optimism), affektiva (oro) och beteendemässiga (intention att agera) dimensioner av förändring. (a.a:71-81)

## Fallgropar att undvika

<p><b>Fråga–svar-fällan</b> Det finns en risk att behandlaren ställer frågor och klienten svarar om och om igen utan att processen leds framåt och klienten själv berättar i ett flyt.</p>	<p><b>Fackfällan</b> Klienten får en etikett av behandlaren som alkoholist, missbrukare, beroende.</p>
<p><b>Expertfällan</b> Behandlaren presenterar en lösning utan att först hjälpa klienten att ta reda på sina egna mål. Risken är att klienten accepterar behandlarens förslag, men sedan går halvhjärtat in i förändringsarbetet. Förslag till förändring kan dock presenteras då klientens egen motivation är hög och om denne ber om hjälp. Förslag till förändring kan även presenteras om klienten befinner sig i akut fara och inte har några egna idéer att presentera.</p>	<p><b>Klanderfällan</b> Klienten har ibland en förmåga att beskylla andra för sina egna fel. Behandlaren skall inte gå i den fällan. Beskyllande är irrelevant och klienten skall bemötas med ”ingens-fel-policy”. Klienten kan bemötas med ett uttalande om att det inte är intressant vem som bär skulden, klientens bekymmer är viktigare och vad som kan göras åt dem.</p>
<p><b>Konfrontation–förnekelse-fällan</b> Behandlaren presenterar skäl till förändring som klienten bemöter med ännu större skäl till att inte förändras. Detta uppstår då behandlaren pressar in klienten i en argumentationssituation.</p>	<p><b>Omogen/förhastad fokus-fällan</b> Behandlaren skall inte fokusera på ett specifikt problem alltför snabbt då det kan vara ett sekundärt eller oviktigt problem. Detta kan även skapa motstånd hos klienten.</p>

Modellen är skapad av Caisa Lyly & Maria Skoglund utifrån Miller & Rollnik, 1991:65ff

### Stages of Change

Målet med MI som vi ovan beskrivit är att hjälpa klienten lösa sin ambivalens och successivt närma sig en beteendeförändring. Beteendeförändringar är svåra att åstadkomma och det är vanligt att behandlaren har svårt för att fastställa i vilken fas klienten befinner sig. Forskning kring beteendeförändring har genomförts av Prochaska & DiClemente och de har skapat modellen SoC som här presenteras. MI rekommenderas i arbetet med dessa steg till förändring (Miller & Rollnik, 1991:191).

### Bakgrund

Förändringsmodellen SoC är utarbetad av Prochaska & DiClemente från erfarenhet av behandling av rökning. Den har senare använts för matmissbruk, alkohol- och drogmissbruk, arbetslöshet med mera. (Miller & Rollnik, 1991:14ff) DiClemente använder sig av rökavvänjning som exempel vid beskrivningen av behandlingsarbete utifrån SoC, då rökning är ett beteende som bedöms vara mycket svårt att förändra. (Miller & Rollnik, 1991:191) Metodiken beskrivs även i SBU-rapporten för rökavvänjning där svårigheten att sluta röka presenteras som en dynamisk flerstegsprocess. Förändringsmodellen har fått praktisk betydelse både avseende förståelse av problem och motivationsarbete. Det som framhålls som



viktigt i rapporten är att rådgivningen kan anpassas efter det steg i processen klienten befinner sig på (SBU, 1998).

### **Faser i SoC**

SoC går ut på att individens beteendeförändring sker stegvis. Till en början omedvetenhet om problemet, vilken övergår till funderingar att göra något åt problemet, till förberedelser för att göra något åt problemet, till genomförande av en förändring och slutligen upprätthållande av förändringen. Målet med behandlingen behöver inte alltid vara beteendeförändringen, utan kan också vara att motivera klienten att bibehålla den aktuella fasen. Det gäller att som behandlare vara specifik i motivationsarbetet. Motstånd, ambivalens och beslut förstås bäst genom fokusering på i vilken fas klienten befinner sig. Modellen omfattar både det kognitiva området och beteendet (DiClemente i Miller & Rollnik, 1991:191ff).

#### 1. Omedveten/uppgiven (precontemplation): Motstånd eller uppgivenhet.

- Klienten funderar ej över beteendeförändring.
- Klienten ser ej beteendet som ett problem.
- Klienten ser ej beteendet så problematiskt som människor i omgivningen gör.
- Motstånd och förnekelse är vanligt förekommande.

Teknik: Om en klient är omotiverad till en förändring trots medvetenheten om faran, kan man arbeta för att så ett frö inför framtiden. Det är viktigt att hitta vad klienten själv anser är problemet och ha samma utgångspunkt. Det fungerar inte att arbeta med det någon annan anser är problemet. Tjata inte ut problemet. Försiktiga motivationsfaktorer fungerar bäst då intensiva behandlingsprogram och ansträngningar ignoreras. Det finns olika typer av omedvetna/uppgivna klienter vilka med framgång kan bemötas på olika sätt. En klient som inte är medveten om problemet behöver försiktigt och empatiskt presenterad feedback, en långsam process. Klienten som har ett motstånd att ta order av andra skall erbjudas valmöjligheter och ej motarbetas då motståndet bara blir större. En klient som givit upp tanken på beteendeförändring skall inges hopp om förändring, utan tro på förändring kan motivation till beteendeförändring inte skapas. En klient som upplever stora förluster med en beteendeförändring behöver empatiskt och reflektivt lyssnande och hjälp med dubbelsidig reflektion (a.a:192ff).

#### 2. Fundera/överväga (contemplation): En risk–belöningsanalys.

- Klienten är villig att överväga förändring, är öppen till förändring.
- Möjligheten till förändring skapar hopp.
- Överväganden och balanserade vägval är centrala.
- Klienten väntar på att sista pusselbiten skall falla på plats och har en önskan att information skall hjälpa denne till vägval och förändring.

Det är vanligt att fundera/överväga blir en kronisk fas klienten har svårt att ta sig ur. Individens måste göra valet, informationen gör inte valet. Detta kan leda till en lång väntan i denna fas. Ambivalensen är det mest utmärkande i fasen fundera/överväga och även det största hotet mot beslutsfattande.

Teknik: MI är ett viktigt redskap för att motivera klienten till ett val. Det är viktigt att tänka på att klienten behöver fundera inte agera. Det är vanligt förekommande att behandlaren missar att ge klienten adekvat motivation och strategier för att hjälpa individen ta sig vidare till nästa

fas beslut/förberedelse, för att där bli redo att börja agera. Information, feedback och motiv till förändring är viktigt. Lyft fram även det positiva i problemet, klienten vet ofta det mesta om de negativa aspekterna. Många glömmer detta och blir på så sätt underminerade. Hjälpt klienten arbeta med ambivalensen och göra balanserade bedömningar genom att ta fram för- och nackdelar av förändringen, inte av problembeteendet som sådant. Barriärer rivs och målen klargörs lättare. Genom att gemensamt titta på tidigare misslyckanden att sluta med beteendet kan värdefull information lyftas fram avseende hinder och mål. Att titta på förändringar som faktiskt åstadkommit tidigare kan även höja självkänslan. Höjd self-efficacy hjälper klienten att klara att stå ut med problemet (a.a:194ff).

### 3. Beslut/förberedelse (preparation): Beslut att agera och agerande.

- Klienten beslutar att ta väl avvägda steg för att stoppa ett problembeteende.
- Ett positivt beteende initieras.
- Klienten gör seriösa försök att förändra det tidigare beteendet inom en närliggande framtid.
- Klienten förbereder förändringen och upplevs som redo att börja den.

Teknik: Det kan tyckas enkelt att stödja en klient som tagit beslutet att förändras, men att beslutet fattats innebär inte att ambivalensen är löst. Processen att fatta beslut fortsätter genom hela denna fas. Den första uppgiften för behandlaren är att fastställa styrkan och nivåerna i beslutet. Sedan skall klientens åtaganden förstärkas i en given handlingsplan. Att klienten är bestämd i sina mål att förändras kan innebära en svaghet istället för en styrka. Det kan tyda på att denne fortfarande försöker övertyga sig själv att förändring är det enda rätta. Att titta på vilka svårigheter som måste övervinnas i framtiden för att genomföra förändringen är viktigt. Barriärerna behöver visualiseras och lyftas fram på ett mycket konkret plan. De klienter som är redo att börja agera har ofta inga svårigheter att se dessa barriärer. Nästa steg är att finna olika coping-strategier för att klara att möta problemen som kan dyka upp på vägen. Att få klienten att sätta förändringen som högsta prioritet i sin livsplan är en god indikation på en framtida förändring. Målen måste dock vara realistiska och väl övervägda. En god strategi i denna fas är att hjälpa klienten fokusera på detaljer i skapandet av en framtida plan (a.a:197f).

### 4. Handling/förändring (action): Implementera planen.

- Klienten har skapat en plan och börjat implementera den.
- Möten med behandlaren går ut på att få stöd i beslutet att förändras, extern bekräftelse på den plan som upprättats, ökad tro på att förändringen kan äga rum, höjd self-efficacy samt en yttre kontroll av den förändring som äger rum.
- Detta är en fas då behandlaren får sin belöning i det arbete som genomförts. Klienten är ofta väldigt nöjd och tacksam.

Teknik: Hjälpt klienten höja sin self-efficacy. Detta kan åstadkommas genom att hjälpa klienten att skapa inneboende bilder där denne lyckas. Fokusera på det som lyckats bra hittills. Att presentera information om andra människors lyckade handlingsplaner kan också hjälpa till. Detta förutsätter dock att det fortfarande finns valmöjligheter i de modeller som presenteras. Målet är att få klienten att se att det finns möjligheter att lyckas för människor som befinner sig i dennes situation. Stärk åter de beslut som fattats. Det finns svårigheter att arbeta med klienter i denna fas då det är vanligt att de upplever att förändringen åstadkommit av dem själva. Inställda möten är inte ovanliga (a.a:198ff).

## 5. Hantering/upprätthållande (maintenance): Återfall och återvinning.

- Klienten har varit i handlingsfasen under en längre tid (cirka ett halvår).
- Det nya beteendet har stabiliserats.
- Hotet om återfall och återgång till det gamla beteendet är inte lika tätt återkommande och inte heller lika intensivt som tidigare.
- Priset för förändringen upptäcks ofta i ett senare skede av förändringen och kan orsaka fallgropar i denna fas.
- Återfall orsakas ofta av en oväntad frestelse som misslyckas att hanteras. Att testa sig själv och en mindre aktiv kamp mot problemen är andra vanliga orsaker till återfall.
- Återfall sker oftast inte automatiskt, snarare gradvis efter något snedsteg.
- Klienten söker ofta upp behandlaren efter ett snedsteg eller då de känner en stark dragning till att återgå till det gamla beteendet. Klientens self-efficacy har sjunkit och de är rädda att det gamla beteendet tar överhanden.

Teknik: Ge klienten feedback avseende att skapandet av en bestående förändring tar tid och att en hel del redan har hänt. Situationer som påminner klienten om det tidigare problem-beteendet kan skapa starka minnen. Att fokusera på dessa minnen kan vara till hjälp för klienten. Ibland kan det vara nya situationer som uppstår där ett gammalt invariant beteende visar sig. Klienten kan bli hjälpt av att se att beteendet inte är situationsbundet eller knutet till en viss person. Fokus på att ett visst beteende måste förändras är av vikt. En diskussion utifrån de olika förändringsfaserna kan vara av värde för att hjälpa klienten att lära sig vad som måste förändras i dennes upprepade beteenden. Dra nytta av eventuella återfall då det blir lättare för klienten att avslöja vilka delar som är svåra att härda ut, vilka beslut som är svåra att fatta, vilka stressorer som finns i omgivning och miljö. Detta hjälper klienten att lyckas med en långsiktig förändring. Att förklara, informera, ge feedback samt vara empatisk är viktigt i behandlarrollen (a.a:199f).

### **Addiction Severity Index – ASI**

ASI utgör grunden för strukturerad behandlingsplanering på Rällsögården. Instrumentet används för att få en historia och en samlad bild av klientens upplevelse av sin aktuella situation, men används samtidigt som screening för vidare utredning. Samtliga klienter som vårdas med stöd av 4 § LVM på Rällsögården samt de som erhåller behandling under frivilliga former genomgår en ASI-intervju med efterföljande feedback. ASI-intervjun fungerar som ett konkret hjälpmedel för att finna och systematisera information om klienten. Underlaget som framkommer genom intervjun kan användas i det dagliga klientarbetet, i utredningssyfte, för matchning av behandlingsinsatser och som underlag för uppföljning av klienten eller den verksamhet som bedrivs.

### **Bakgrund**

ASI-intervjun skapades av den amerikanska missbruksforskaren McLellan<sup>5</sup> och är idag en av de mest spridda intervjuformerna internationellt. Instrumentet utformades i början av 1970-talet som en ateoretisk metod. Utgångspunkten var den komplexa problembild som visade sig

---

<sup>5</sup> Den senaste amerikanska upplagan av ASI är: McLellan et al (1992) The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treatm* 9:199-214.

hos hemvändande Vietnamveteraner. De områden som var viktiga för dessa människor har visat sig vara av relevans för att beskriva problem även för andra grupper och individer (Öberg & Sallmén, 1999:9). Till en början användes ASI i forskningssammanhang i Sverige men har sedan spridits som hjälpmedel för praktiker bland annat inom missbrukarvården. ASI har använts som bedömningsmetod vid matchning av behandling samt vid systematisk uppföljning av enskilda klienters utveckling. Inom missbrukarvården har skalan framförallt visat sig användbar vid resultatuppföljning och utvärdering (Larsson & Armélius, 2002:6ff). Frågeformuläret har reviderats med den amerikanska versionen som underlag. Anpassning efter europeiska och svenska förhållanden har skett. Den senaste svenska versionen utvecklades år 1994 efter initiativ från Centrum för Utvärdering Socialt arbete (CUS). Målet med projektet var att ta fram och pröva en svensk version av ASI-metodiken för allmänt bruk inom socialtjänst och sjukvård (Andréasson et al, 1999:3f). År 1999 reviderades den svenska versionen av ASI. Detta gjordes för att den skulle bli jämförbar med EuropASI (Blanken et al, 1994). Revideringen skedde bland annat utifrån behovet av att kunna använda svenska ASI i europeiska projekt. Detta aktualiserades av BiomedII-IPTRP<sup>6</sup>-projektet där bland annat Rällsögården deltog. I samband med detta utvecklades även en utökad version av svenska ASI, ASI-X, vilken består av vanliga ASI men är kompletterad av frågor baserade på FemaleASI (Friedman et al, 1997). Denna version har i Sverige fått spridning bland annat inom SiS och Kriminalvården (personlig kommunikation David Öberg).

### **ASI-intervju**

ASI är en strukturerad intervju som innehåller ungefär 180 frågor (se bilaga 4). Intervjun tar ungefär en timme att genomföra. Målet är att finna information om olika faktorer hos klienten som kan vara av relevans för drogmissbruket. Det har visat sig att klienterna ofta har betydande problem inom fler områden än missbruket. De sju områden intervjun berör är fysisk hälsa, arbete/försörjning, alkohol, narkotika, kriminalitet, familj/umgänge samt psykisk hälsa. (Andréasson et al, 1999:9). Dessa områden är både diagnostiska och behandlingsrelevanta. ASI försöker återge problemen hos klienten utifrån olika perspektiv. *Faktaperspektivet* belyser vilka problem klienten har haft och vilka han för närvarande har. Det *subjektiva perspektivet* fångar klientens värderingar, hur besvärad denne är av problemen och hur viktigt det är att få hjälp skattas på respektive område. *Intervjuarperspektivet* representeras av intervjuarens skattning av hur stora problem klienten har och hur angeläget det är att ytterligare behandling sätts in. Även den personliga lämpligheten för denna typ av intervjuteknik är en viktig faktor att ha i beaktande (Larsson & Armélius, 2002:9).

### **Klientskattning av problemens svårighetsgrad och hjälpbehov**

Klienten får själv skatta problem och hjälpbehov på respektive område. Skattningen sker utifrån en femgradig skala (se ASI-formuläret bilaga 4) där klienten anger hur mycket han besvärats av problemen och hur viktigt det är att få hjälp med dem. Definitionen av hjälpbehov avser behov av ytterligare behandling bortsett från tillgång till den och förmågan att kunna tillgodogöra sig en eventuell behandling. För att säkerställa kvalitén på intervjun är det viktigt att klienten förstår syftet med varje fråga, skattningen och att ett område i taget bedöms. Frågan behöver inte ställas exakt så som den formulerats, den kan anpassas efter klientens nivå men med grundfrågans innebörd. Detta kan ske på flera olika sätt, men målet är

---

<sup>6</sup> Commission of the European DG XII; Science, Research and Development. Life sciences and Technologies; Contr. No BMH4-CT-96-O688.

att klienten skall beskriva problemen och sin situation med egna ord. Intervjuaren ringar på detta sätt in klientens åsikt (Andréasson et al, 1999:10f).

### **Intervjuarskattning av problemens svårighetsgrad**

Svårighetsgraden av klientens problem bedöms enligt ASI-manualen utifrån hur stort behov av ytterligare hjälp/ behandling klienten har inom respektive frågeområde. Vid bedömningen tas ingen hänsyn till om hjälpen är möjlig att erbjuda, det nödvändiga hjälpbehovet ligger till grund för skattningen. Grad, längd och intensitet hos problemet är avgörande. Skattningen gäller för en given tidpunkt och är föränderlig över tid, precis som klientens skattning. Objektiva data som framkommit under intervjun ligger till grund för skattningen. De kritiska frågorna som är svartmarkerade väger tyngst, då de är relevanta för problemens svårighetsgrad. Intervjuaren väljer ett poängintervall omfattande två till tre poäng i en tiogradig skala (se bilaga 5). Klientens egna skattningar påverkar det slutgiltiga resultatet av intervjuarskattningen. Då klienten uppfattar hjälp/ behandling som viktigt skattar intervjuaren det högre värdet i intervallet som valts, motsvarande lägre då klienten har en låg skattning (a.a:1999:11ff).

### **ASI-feedback form (AFF)**

När ASI-intervjun är genomförd skriver behandlaren en sammanfattning av vad som framkommit under intervjun. Detta görs i ASI feedback form (Öberg et al, 1998). Varje område sammanfattas var för sig, sist sker en global bedömning där alla områden vägs in. Syftet med upprättandet av en feedback av intervjun är:

- Att underlätta intervjuarskattningen genom nedtecknande av de faktorer som påverkar en hög respektive en låg intervjuarskattning.
- Att underlätta sammanfattningen av informationen som framkommit under intervjun. Materialet kan användas vid behandlingsplanering, journalföring och vidare kommunikation kring klienten.
- Att strukturera återföringen av intervjun till klienten. Eventuella skillnader i skattning mellan klient och intervjuare kan utgöra underlag för diskussion.
- Att lyfta fram mönster och samband för att ge en total problem-/resursbild. Ett globalt skattningsvärde väljs av intervjuaren baserat på klientens totala behov av hjälp och behandling vid den aktuella tidpunkten. (Öberg & Sallmén i Andréasson et al, 1999)

### **MAPS och strukturerad behandlingsplanering**

Efter att klienterna på Rällsögården genomgått en ASI-intervju och fått en feedback på intervjun delgiven sker nästa steg i behandlingsplaneringen vilket är MAPS. En strukturerad behandlingsplan upprättas utifrån MAPS-intervjun där prioriteringar av problemområden görs. Behandlingsplanen består av konkreta mål inom respektive ASI-område. Behandlaren och klienten kommer gemensamt fram till vilka medel som skall användas för att klienten skall nå den föreslagna målfasen inom respektive prioriterat område. Nedan följer en presentation av MAPS. Majoriteten av materialet är hämtat ur manualen för MAPS som skrivits av Öberg & Sallmén (1999).

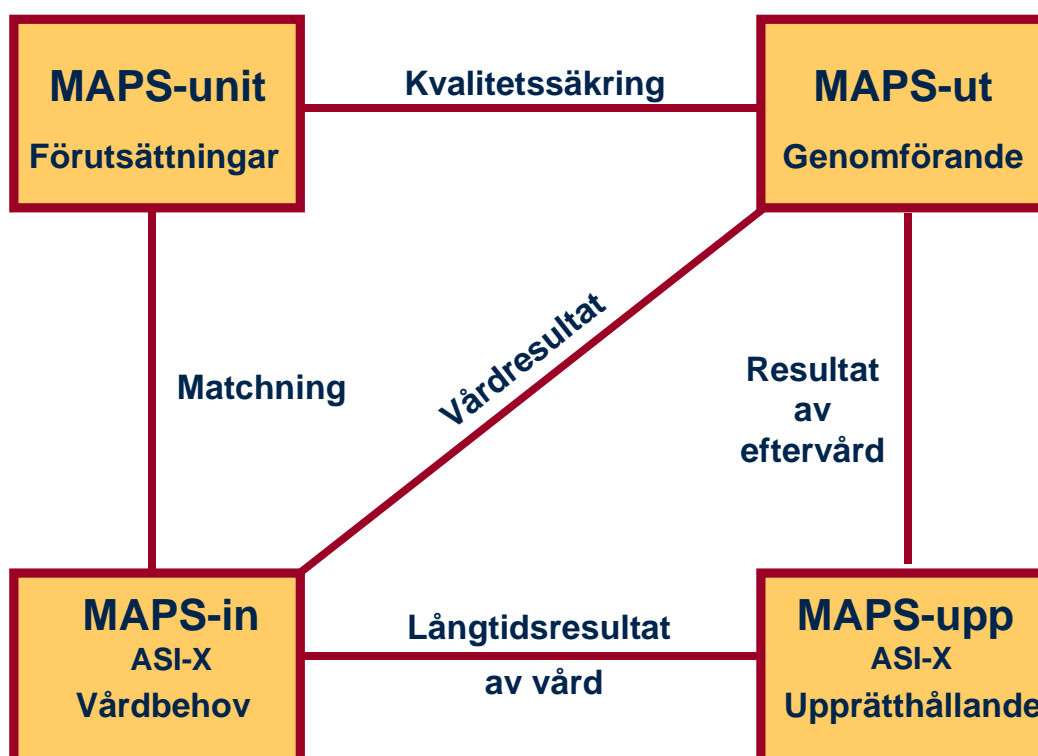
## Bakgrund

MAPS betyder Monitoring Area and Phase System och utvecklades vid ett europeiskt forskningsprojekt för utvärdering av vård, BiomedII/IPTRP. Tio europeiska länder ingick i projektet och samarbetspartners fanns även i USA. En utgångspunkt i projektet var att deltagarländerna skulle använda gemensamma krosskulturella instrument för utredning och bedömning. EuropASI var basinstrumentet. Under projektets gång utvecklades MAPS som ett instrument för enhetsbeskrivning samt ett klientformulär. Kravet som ställdes vid skapandet av MAPS var att instrumentet skulle mäta samma dimensioner på enhetsnivå som på klientnivå, d v s de sju problemområdena i ASI. Målet var att formulären skulle kunna utgöra underlag för behandlingsplanering. MAPS har skapats efter en idé av David Öberg i en projektgrupp bestående av David Öberg, Björn Salmén, Arne Gerdner och Ingegerd Jansson. Den första versionen presenterades hösten 1997. Kontinuerligt utvecklingsarbete har skett och den senaste versionen som presenterats är: 2.0 MAPS (a.a:5). Rällsögården har varit en av de försöksinstitutioner som varit involverade i utvecklingsarbetet sedan starten.

## MAPS olika komponenter

MAPS skall fungera som ett gemensamt språk och metod för att beskriva klienter, verksamheter och insatser. De uppgifter som samlats in via MAPS kan användas för matchning till vård, strukturerad behandlingsplanering, klientutredningar, kvalitetssäkring, uppföljning/utvärdering, återfallsprevention, motivationsarbete och forskning. MAPS består av flera komponenter (se figur 4:2): MAPS-unit som beskriver enhet och personal för att finna förutsättningarna för vård, MAPS-in som beskriver klientens behov av insatser vid inskrivning samt vilka mål som skall sättas, MAPS-ut fungerar som utvärdering och beskriver vilka insatser och behandlingsinnehåll som förmedlats till klienten, MAPS-upp är ett uppföljningsinstrument som kontroll för att se om resultaten kunnat vidmakthållas efter utskrivning. MAPS ger ett nyanserat mått på resultat och en möjlighet att etablera realistiska mål genom problemidentifikation och klientens aktuella syn på problemet. Målen baseras på behandlingens tid, enhets resurser, vårdspektrum, klientens problembild och klientens aktuella förändringsfas (a.a:6).

**Figur 4:2** MAPS olika komponenter och dess samband



## Fas

Förändringsfaserna i MAPS bygger på förändringsfaserna i SoC. Definitionen på förändring omfattar i MAPS samtliga problemområden i ASI.

MAPS förändringsfaser	
<b>1. Omedveten/uppgiven</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ingen intention till förändring inom 6 månader eller har tappat tron på förändring.</li><li>• Omedveten eller bagatelliserande kring problem.</li><li>• Fördelarna upplevs så stora att en förändring ej är aktuell.</li></ul>	<b>2. Fundera/överväga</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medveten om förekomsten av problem.</li><li>• Allvarliga funderingar på att göra något åt problemen inom 6 månader.</li><li>• Inga konkreta handlingsplaner.</li><li>• Vågspel mellan för- och nackdelar.</li></ul>
<b>3. Beslut/förberedelse</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Beslut har fattats att göra någonting åt problemen.</li><li>• Intention att handla inom den närmaste tiden, cirka 30 dagar.</li><li>• Förberedelser till förändring påbörjas.</li></ul>	<b>4. Handling/förändring</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Allvarligt försök att hantera problemet sedan mer än 30 dagar.</li><li>• Förändrar beteendet för att komma över problemen.</li></ul>
<b>5. Hantering/upprätthållande</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Förändrat beteende sedan en tid, mer än 6 månader.</li><li>• Fortgående förändring.</li><li>• Försöker hindra återfall.</li></ul>	<b>9. Ej relevant</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Problemet har hanterats sedan mer än 3 år tillbaka.</li><li>• Problemet har aldrig existerat.</li></ul>

Modellen är skapad av Caisa Lyly & Maria Skoglund utifrån Öberg & Sallmén, 1999:10f

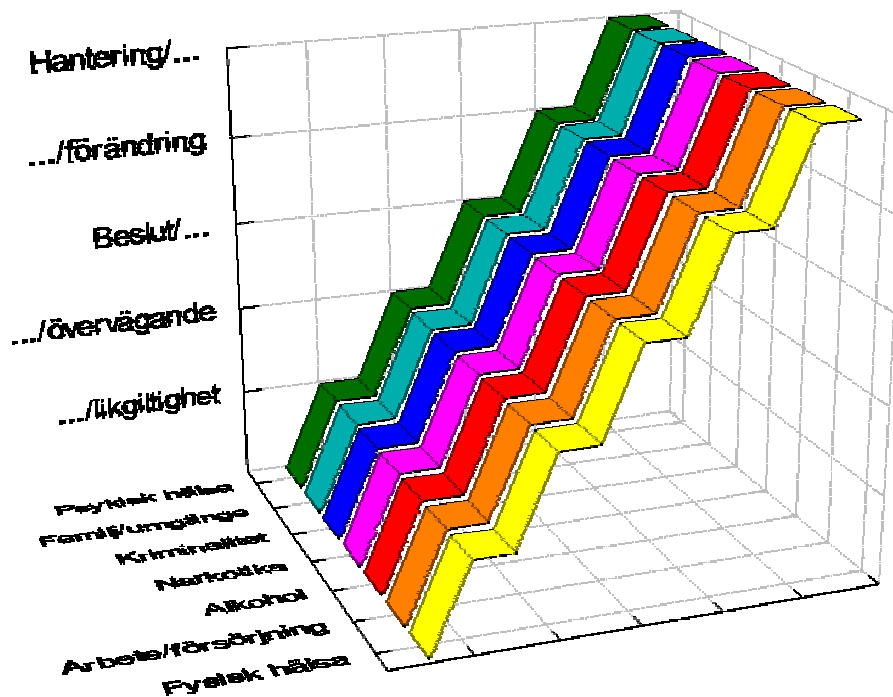
## Change/mål

Ett kort semistrukturerat samtal genomförs för att ringa in i vilken fas klienten befinner sig på respektive område. Samtalet skall vara av motiverande karaktär. MAPS-change/mål-formuläret används vid samtalet (se bilaga 6), men intervjuaren omformulerar påståenden och tidsangivelser med egna ord. Klienten skall förstå innebörden och frågorna anpassas efter klientens problembild. Så snart en fas fastställts av intervjuaren presenteras innebörden för klienten som en form av feedback och kontroll att intervjuaren och klienten förstått varandra. Mål syftar till målen för klientens tid vid enheten eller en annan bestämd tidpunkt. Målen skall vara realistiska och skapas i samråd mellan klient och personal. Fokus läggs på hur klienten skall kunna ta sig från en fas till en annan fas med de resurser enheten har till förfogande. Målen definieras i vilken fas klienten förväntas nå inom respektive ASI-område och baseras på ASI-feedback, klientens fas vid inskrivning (MAPS-change, författarnas anmärkning), enhetens mål och tillgängliga resurser (Öberg & Sallmén, 1999:15ff).

### Förflyttning mellan de olika faserna

Trappstegsmodellen (se figur 4:3) som skapats av Öberg & Sallmén visar på en stegvis förändring som åskådliggör att klienten kan ha nått olika långt på trappstegen inom respektive område. Förändringsfas 1. Omedveten/uppgiven, anges .../likgiltighet i trappstegsmodellen. Detta är en tidigare benämning som idag har ändrats. Cirkelmodellen (se figur 4:4) som skapats av Prochaska och DiClemente kompletterar trappstegsmodellen och är ytterligare ett sätt att åskådliggöra förändringsfaserna (a.a 10f). Återfall bedöms som en naturlig del i en förändringscykel och rörelsen mellan de olika stegen är till en början långsam. Att komma till hantering/upprätthållande tar normalt flera år. Efter ett återfall rör sig de flesta tillbaka till ett tidigare steg där de överväger att sluta eller förbereder sig på att sluta. Erfarenheter från tidigare försök tillämpas i processen och klienten faller sällan tillbaka till nollpunkten. Tre till fyra återfall är inte ovanligt innan en bestående förändring äger rum bland rökare (SBU, 1998).

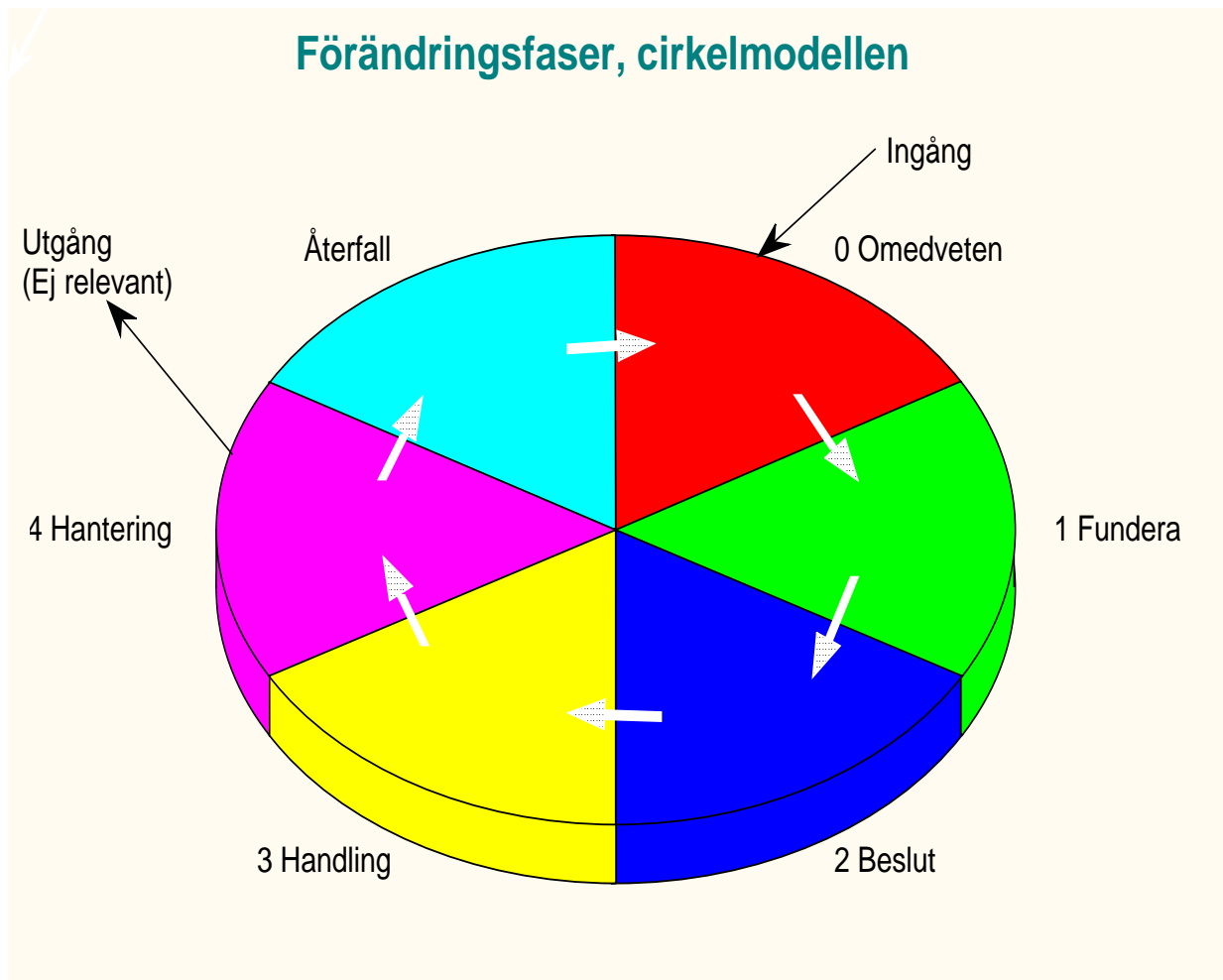
Figur 4:3 Trappstegsmodellen



Källa: Öberg & Sallmén, 1999:6



**Figur 4:4 Cirkelmodellen**



**Källa: Öberg & Sallmén, 1999:11**

### **Vårdfaser**

För att beskriva behandlingsarbetet används begreppet vårdfas. Vårdfaserna benämns: omvårdnad/stabilisering, motivation/intentionsförändring, behandling/beteendeförändring och eftervård/konsolidering. Detta är en utökad definition från 2002 (personlig kommunikation David Öberg). Vårdfaserna benämndes tidigare omvårdnad, motivation, vård och återfallsprevention. En illustration av sambandet mellan klientens förändringsfaser och olika vårdfaser presenteras i figur 4:5 där den utökade benämningen är aktuell. De olika vårdfaserna och insatsernas innehåll skall matchas mot den förändringsfas klienten befinner sig i för närvarande. Rätt insats vid rätt tidpunkt är av största vikt. Vårdfaserna löper över flera förändringsfaser och insatser från flera vårdfaser kan vara aktuella i en specifik förändringsfas. De rekommenderade insatserna i respektive vårdfas redovisas i följande fyrfältsmodell.

# Insatser i de olika vårdfaserna

## Omvårdnad/stabilisering

- Omhändertagande utan motivation eller långsiktig behandling som direkt mål.
- Behandlingsinsatser är mindre lämpliga.
- Etablera första kontakten.
- Hjälpt klienten återhämta sig.

## Motivation/intentionsförändring

- Syftar till intentionsförändring.
- Motivation till att fundera/överväga förändring.
- Synliggör problemet.
- Lyft fram för- och nackdelar med problemet.
- Detaljbeskrivna behandlingsalternativ.
- Valmöjligheter.
- Förbered för en kommande förändringsprocess där klienten är delaktig.
- Hjälpt klienten överväga problemet och möjliga vägar att hantera det.

## Behandling/beteendeförändring

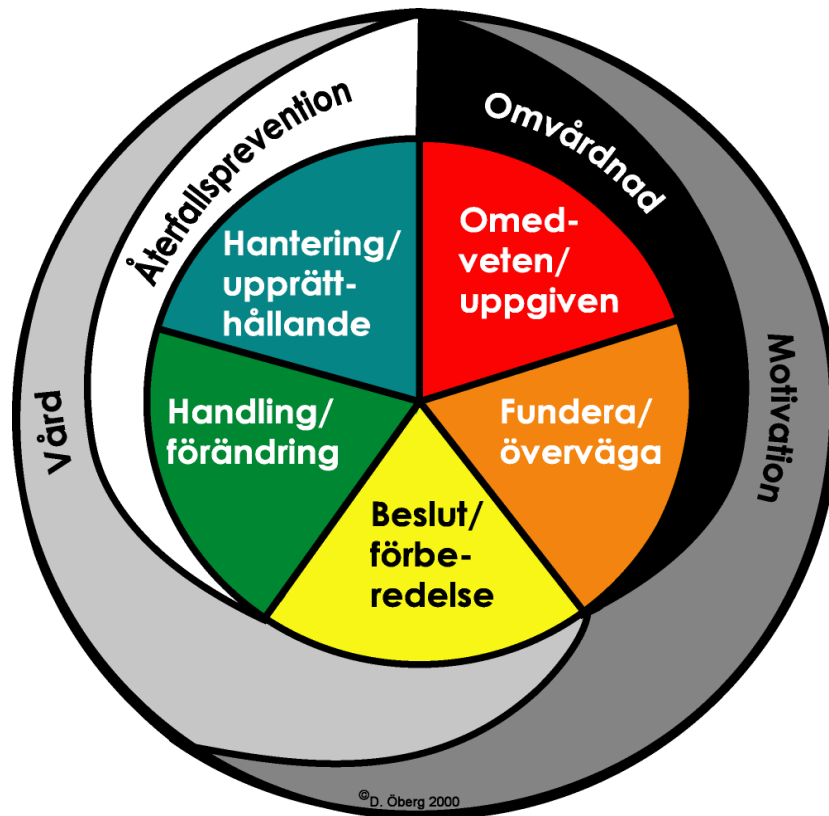
- Handlar om beteendeförändring
- Ett kontinuum av insatser.
- Klienten har en aktiv roll i sitt förändringsarbete.
- Hjälpt klienten överväga problemet och möjliga vägar att hantera det.
- När beslut fattats: fokusera på konkreta förändringar i hanteringen av problemet.

## Eftervård/konsolidering

- Åtgärder som sätts in efter avslutad vård.
- Återfallsförebyggande.
- Förstärk och underhåll nya beteende och förmågor att hantera problem.
- Hjälpt klienten hantera/upprätthålla genomförd förändring.

Modellen är skapad av Caisa Lyly & Maria Skoglund utifrån Öberg & Sallmén, 1999:12, samt personlig kommunikation David Öberg 2002.

**Figur 4:5** Vårdfaser och förändringsfaser i cirkelmodell



Källa: Öberg & Sallmén, 2000

### **Forskning avseende behandling av missbrukare**

Avslutningsvis vill vi presentera aktuell forskning avseende behandling av missbrukare samt de instrument och arbetsmetoder som presenterats tidigare i detta kapitel. Stora delar är hämtat i den rapport Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) gav ut år 2001 med inriktning mot behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Rapporten är en evidensbaserad kunskapsammansättning.

### **Utfall av olika behandlingsmetoder**

Det som bland annat har uppmärksammats i media från rapporten är att struktur i behandling ger goda resultat. I rapporten påtalas att när man talar om effekt inom missbruksbehandling, menar man oftast vilken effekt olika behandlingsmetoder har. Påpekas bör att hela behandlingssammanhanget är av betydelse för utfallet. Själva metoden förklarar bara en liten del av variansen i resultatet. Kvaliteten i metodens genomförande, klientens bakgrund, behandlarens kompetens samt relationen mellan behandlare och klient är faktorer i sammanhanget som har betydelse för utfallet. Behandlaren's egenskaper har visat sig vara av betydelse för behandlingsresultatet, framförallt behandlaren's förmåga till empati. För att kunna upptäcka/bevisa att en metod har en viss effekt krävs att höga kvalitetskrav måste uppfyllas som att metoden tillämpas konsekvent och att handledning sker kontinuerligt. På senare år har manualer använts för att kvalitetssäkra metoderna (SBU, 2001a:154f).

I många studier finns belägg för att behandlingsresultaten varierar kraftigt mellan olika behandlingar. De lyckade resultaten kan skifta från någon enstaka procent upp emot 80–90 procent. Dessa studier är dock svåra att jämföra och uppvisar svagheter på flera olika områden bland annat ur metodsynpunkt till exempel att en kontrollgrupp saknas, urvalskriterierna är osäkra, uppföljningstiden varierar samt att förbättringskriterierna skiftar mellan de olika studierna. Behandlingsmetoderna i studierna bygger också på olika syn på hur missbruk uppkommer, vidmakthålls och hur det bör åtgärdas (Melin & Näsholm, 1998:103ff).

Strukturen i behandlingen samt klientens behov av struktur har betydelse för om en klient stannar och fullföljer en behandling. De klienter som har en låg självkänsla bör inte bemötas på ett konfrontativt sätt då detta visat sig ge sämre resultat. Om man kompletterar missbruksinsatserna med insatser på andra områden stannar klienterna längre i behandling och de områden som inte enbart fokuserar på missbruk förbättras. Detta tyder på att det är viktigt att ge individuellt stöd efter behov på andra områden än enbart missbruket (SBU, 2001a:190).

### **Matchning – att mötas där klienten befinner sig**

Fördelar med matchning är enligt psykologen och forskaren Lars Lindström följande:

- Risken att välja fel behandlingsmetod minskar.
- Valet att vara helt nykter kontra att kontrollera sitt drickande underlättas.
- Matchning ger besked om öppenvård/slutenvård.
- Matchning förutsäger vilken grad av struktur som finns i behandlingen.

(Melin & Näsholm, 1998:107f)

Modeller som skapats av Zimberg, Thylefors, Kylén samt Prochaska & DiClementes SoC är samtliga modeller för matchning. Prochaska & DiClementes modell har presenterats tidigare. Zimberg har skapat en modell som till stor del bygger på stöd, struktur, klientens delaktighet i beslut och klientens eget ansvar i förhållande till missbruket. Thylefors och Kylén beskriver en modell för jag-svaga där de trycker på vikten av struktur i behandlingen och klientens eget ansvar i slutskedet. Modellerna skapar klarhet men de poängterar att det finns brister i dem och att man därför inte skall ha någon överdriven tilltro till dem (a.a:114ff).

### **Behandlarens egenskaper i relation till behandlingsresultat**

Behandlarens egenskaper samt förmåga att skapa engagemang i relationen mellan behandlare och klient, har betydelse för utfallet i behandlingen. Det har visat sig att behandlaren kan ha större betydelse för resultatet än själva metodiken. Luborsky & McLellan har genomfört studier som rör narkotikamissbruk. De variabler hos behandlaren som har visat sig vara av betydelse och som bidrar till en god relation mellan behandlare och klient är behandlarens förmåga till empati, att denne har ett ovillkorligt positivt bemötande och förmedlar äkthet och värme. Relationen behandlare–klient har även analyserats i Project MATCH där man utgick från 75 behandlare (terapeuter). Denna studie visade att en tidig positiv relation mellan behandlare och klient var relaterad till klientens deltagande i behandlingen. Denna tidiga positiva relation var även relaterad till antal nyktra dagar både under och efter behandlingen oavsett vilken behandlingsmetod som tillämpats (SBU, 2001a:197ff). Även Melin & Näsholm (1998:260) har funnit att behandlarens förhållningssätt gentemot klienten är av stor betydelse. De hänvisar till flera behandlingsstudier som genomförts. En god relation bör utvecklas tidigt i arbetet, om detta inte sker är chansen liten att den skall utvecklas senare i kontakten mellan

behandlare och klient. Ett starkt förtroende tidigt i en relation kvarstår över tid. Behandlaren kan både underlätta och hindra förändring hos klienten. Resultatet av behandlingsarbetet beror i stor utsträckning på kombinationen mellan relationens kvalitet och att behandlaren besitter kunskap och skicklighet. Behandlaren förhållningssätt kan förklara mellan 25–49 procent av variansen i resultatet vid missbruksbehandling enligt en sammanställning av Berglund med flera (i Melin & Näsholm, 1998:260). Enligt denna sammanställning bör behandlaren:

- vara kunnig inom området,
- ha ett empatiskt förhållningssätt,
- etablera en arbetsallians,
- vara stödjande,
- kunna se framgångar och uppnådda resultat.

Holm (2001:7) har i sin studie kring empati och professionellt förhållningssätt funnit psykiska strategier hos behandlare som är förenade med ett professionellt förhållningssätt. Ett professionellt förhållningssätt är vidare en produkt av utbildning och erfarenhet. Även behandlaren personlighet spelar in. I Holms studie framkommer även strategier som inte symboliserar ett professionellt förhållningssätt. Dessa behandlars förhållningssätt innehöll inslag av psykiska försvar. Även problem och brister i kommunikations- och kontaktförmågan kunde påvisas hos dessa behandlare.

### **Kognitiv terapi**

Kognitiv terapi syftar inte enbart till en förändring i beteendet. En strävan finns att förändringar kommer tillstånd på flera andra olika områden. Empirisk forskning visar att tankemönster kan permanenta psykiska störningar och symptom men också att dessa tankemönster kan lindras eller elimineras. På detta sätt skiljer sig den kognitiva terapin från klassiska stimulus – respons – modeller. Tekniken i kognitiv terapi går ut på att ersätta avvikande tankemönster med mer lämpliga tankemönster, som kan leda till en mer normal anpassning och en mer positiv inställning till livet. Denna teknik har visat sig ge effekt vid behandling av depressioner och ångest. Kognitiv beteendeterapi har blivit ett naturligt behandlingsval då det är vanligt förekommande med depression och ångest, ofta i kombination med personlighetsstörning hos narkotikamissbrukare (SBU, 2001b:21).

### **MI**

I tre studier har motivationsinriktade samtal (MI) analyserats. Upplägget i dessa samtal har varierat något. Gemensamt för dessa tre studier är att klienterna har fått någon form av motivationsinriktade samtal (ett eller flera) utöver den reguljära behandling som de redan ingår i. I två av dessa studier har positiva effekter kunnat påvisas. De två studier som rapporterar positiva effekter har hög metodologisk kvalitet medan den tredje studien som inte visar någon effekt har lägre metodologisk kvalitet då det är oklart om denna studie överhuvudtaget uppfyller kriterierna för MI. Dessutom verkar det som om denna studie mer bygger på någon form av övertalning än egentlig MI. Alla dessa studier har en uppföljningstid på tre till fyra månader vilket anses vara en mycket kort uppföljningstid. Dessutom har studierna nykterhet som utfallsmått. Slutsatsen efter dessa studier är att motiverande samtal utöver övrig behandling som redan är planerad ger bättre resultat. Dessa slutsatser är möjliga att dra då de två studierna med gott resultat arbetar efter en väl utvecklad MI-metodik (SBU, 2001a:165f).

Problemtyngheten hos klienterna i ovanstående studier som visat positivt resultat är ”medelsvår”. I studien som inte visar något resultat är problemtyngheten tung (a.a:166). I SBU-

rapporten har problemtyngden hos klienterna delats in i tre delar. Problemtyngd som definieras som "lätt" innehåller en population av människor som inte anses ha ett alkoholberoende. Till gruppen där problemtyngden definieras som "tung" finns en population där missbruket har lett till allvarliga konsekvenser exempelvis hemlöshet. De människor som inte faller in i någon av de beskrivna grupperna faller inom ramen för vad som kallas "medelsvår" problemtyngd. Flertalet populationer har därmed kategoriserats som "medelsvåra" (a.a:159).

### **SoC**

Den kritik som framförts gentemot modellen är att den kan upplevas vara för omfattande. Kritiker har även framfört att dess teoretiska grund är transteoretisk och att den därför inte går att utvärdera som andra beroendemodeller (Davidsson, 1992; Smedlund, 1996; ref i SBU, 1998). Att mänskligt beteende är mer komplext än att det kan beskrivas i fem steg har diskuterats av Bandura (1997; ref i SBU, 1998). En etisk diskussion har förts kring modellens praktiska tillämpning och matchning till steg (Whitehead, 1997:111f).

Den forskning som hittills presenterats angående SoC, främst avseende rökning, ger stöd för reliabilitet och validitet för modellens konstruktion. Det pedagogiska värdet att förstå processen och återfallsproblematiken som ett naturligt förlopp har även lyfts fram. (Lillington, 1997; Richmond, 1996; U.S. Department of Health and Human Services; ref i SBU, 1998).

### **Self-efficacy**

Enligt Schwartz och Fuchs har self-efficacy avgörande betydelse för om en individ har möjlighet att ändra riskbeteenden och livsstil. Erfarenheterna av individens egna prestationer styr vilken tilltro denne har till sin egen förmåga. Både positiva och negativa resultatförväntningar styr i hög grad om klientens ansträngningar kommer att lyckas och i vilken grad ansträngningarna lyckas. Detta innebär att klientens tidigare misslyckanden och framgångar är viktiga delar i motivationen både i situationer och relationer (Melin & Näsholm, 1998:84). Även Miller & Rollnik (1991:60) påtalar vikten av att stödja klientens tilltro till sin egen förmåga avseende givna områden de vill förändra.

### **ASI**

ASI uppfyller högt ställda krav på relevans och tillförlitlighet. Reliabilitet och validitet har prövats med positiva resultat i flera studier (Larsson & Armélius 2002:6). Forskning visar att det finns ett värde av systematiskt samlad information och dokumentation i klientarbetet inom missbrukarvården. Skattningsskalorna har även framgångsrikt använts för systematisk uppföljning av klientens utveckling. Intervjun används för att värdera klientens livssituation och hjälpbehov från ett brett perspektiv (Andréasson et al, 1999:3f). Vid utvärdering av effekter och resultatuppföljning i missbrukarvården har ASI framförallt visat sig vara bra. ASI har använts som bedömningsmetod vid matchning av behandling, vilket skett med stor framgång i USA (Larsson & Armélius, 2002:6ff).

Forskare vid psykologiska institutionen vid Umeå universitet har undersökt hur missbrukare som tvångsvårdas ser på sig själva. Med hjälp av ASI-intervjuer har forskarna kommit fram till resultatet. Det visade sig att LVM-klienternas skattningar avseende sociala och psykologiska problem var avsevärt lägre än behandlarnas. Klienterna ansåg att deras problem inte var så allvarliga som behandlarna ansåg. Denna effekt fanns inte på övriga områden som under-

söktes. Vid intervjuer som genomförts med psykiatripatienter och andra klienter som har kontakt med socialtjänsten, överensstämmer intervjuarnas och klienternas skattningar på dessa områden. Detta tyder på att det är ett systematiskt drag hos missbruksklienterna att negligera sina sociala och psykologiska problem. Det är givetvis inte något önskeläge när det gäller behandling. En mängd tänkbara orsaker presenteras. En är att det funnits små möjligheter att få hjälp inom psykiatrin och för att överleva måste psykisk ohälsa accepteras som en del av livssituationen. Att dricka sprit eller använda droger bedöms som relativt vanligt och kanske därför inte är alarmerande. Även sociala problem kan vara något som normaliserats, det man lever i märks föga. Dessa mekanismer kan förklara varför den fysiska hälsan är lättare att söka hjälp för. Samhällets kroppsvård är väl utbyggd och tillgänglig för en rimlig kostnad. Värderingen av problemet bedöms vara styrande vid skattningen, varpå misstanken att klienterna skulle undanhålla information om sina problem faller. Tolkningen stärks av att de rapporterar en allvarlig faktisk problembild, men att hjälpbehovet inte överensstämmer med problembilden (a.a:22ff).

Detta är en intressant aspekt ur tvångsvårdssynpunkt, då det stöder motiven för LVM. Klienten anser inte själv att problemen är av den karaktär att de kräver behandling och kan då inte heller se nyttan av de insatser som föreslås. En diskrepans mellan intervjuarens och klientens skattning skulle kunna förklara bristande motivation till behandling (a.a:7). Kunskapen att klienternas och behandlarnas skattning skiljer sig åt är dock viktig att ha med sig (a.a:22ff). En av slutsatserna Larsson & Armélius drar är att LVM-vården skulle kunna utnyttja ASI till att klargöra vilka skillnader i perspektiv som föreligger mellan klienter och behandlare. Det är ett lämpligt instrument för att tillsammans med klienten kunna tydliggöra konsekvenserna av missbruket. Det skulle kunna få dem att ändra sitt subjektiva perspektiv till att se allvaret i sina problem, bli mer bekymrade och på så sätt mer motiverade att förändra sin situation (a.a:5).

### **Valet av behandlingsinsats**

Den undersökning som genomförts på Umeå universitet år 2002 utifrån ASI visar en komplex bild av de missbrukare som tvångsvårdas. LVM-klienternas problembild är multidimensionell med missbruk, kriminalitet, arbete och försörjning, familj och relationer, psykisk hälsa och fysisk hälsa som problemområden. I den undersökning som genomförts framkommer att ungefär hälften av klienterna någon gång försökt att ta sitt liv samt har känslomässiga problem ungefär varannan dag. Mer än varannan klient (56%) anser sig ha påtagliga psykiska hälsoproblem. Fysiska och känslomässiga övergrepp är vanligt förekommande och sexuella övergrepp har skett ofta i jämförelse med en normalgrupp. Var fjärde klient anser sig ha påtagliga kroppsliga besvär. Kriminalitet är utmärkande för LVM-klienterna. Tryggad försörjning i form av pension har 40 procent av klienterna vilket tyder på att de har haft försörjningsproblem under en längre tid. Endast 20 procent har tryggad försörjning via studier eller arbete. Nästan hälften av klienterna (40%) har varit arbetslösa de senaste tre åren, vilket indikerar att det är svårt för denna grupp att komma ut på arbetsmarknaden. Behandlingsinsatserna som sätts in för LVM-klienterna bör värderas utifrån denna bakgrund. Vård enligt LVM får pågå högst sex månader och syftet är att motivera till vidare behandling. Det finns dock inte uttalat vilken inriktning eller omfattning den fortsatta behandlingen bör ha. Resultatet av undersökningen skulle kunna användas som argument för en mångfasetterad vård som riktas mot hela spektret av sociala, psykologiska och fysiska hälsoproblem. En svårighet i sammanhanget är att klienterna inte besvärar av de problem som påvisats inom många områden. De anser sig inte vara i behov av hjälp i någon större utsträckning trots att de bedöms ha allvarliga problem. Motivation till vidare vård efter avslutat LVM är av största vikt. Garantier att åtgärderna fullföljs efter avslutat LVM borde även finnas (a.a:22ff).

Det behövs mer studier om hur vård väljs ut till olika typer av missbrukare. Även effekterna av de insatser som erbjuds idag behöver undersökas och belysas i större utsträckning. Effekterna behöver analyseras ur ett djupare perspektiv än att bara kontrollera om klientens missbruk upphört efter genomförd behandling. Allt eller inget är inte en bra mätvariabel vid undersökningar av vårdens effekt på tunga missbrukare. En förutsättning för att kunna utveckla kunskapen om vårdens effekter är att informations- och uppföljningssystem arbetas fram. Kommunerna kan på så sätt bättre kontrollera missbrukarvårdens effekter. År 1998 förändrades socialtjänstlagen. Kvalitet, dokumentation och kompetens betonas, vilket går i linje med ovanstående (SOS-publikation, 1998:3)

### **Sammanfattande diskussion**

Vi har genom tolkningsramen haft för avsikt att beskriva teorier, metoder, instrument och tidigare forskning för att klargöra hur de olika delarna hänger samman med varandra. Den kognitiva teorin finns som ett underliggande teoretiskt raster, vilken även är utgångspunkten för metoden MI. MI rekommenderas i arbetet med förändrings-faserna SoC då det är en hjälp att föra förändringsprocessen framåt. MI har visat sig mest tillämpligt i de tidiga faserna. MAPS har skapats utifrån teorin om människans förändringsfaser. Terminologin bakom SoC är överförd till MAPS vilket har godkänts av Prochaska & DiClemente. Följande förändringsfaser beräknas människan genomgå oavsett problemets art: omedveten/uppgiven, fundera/överväga, beslut/förberedelse, handling/förändring, hantering/upprätthållande. SoC har använts i arbetet med så kallade ”problem drinkers” vilket innebär att modellen utvecklats för högkonsumenter av alkohol. Grundtanken var inte att modellen skulle användas på missbrukare. Den har även använts vid rökavvänjning och andra problem. MAPS har utvecklat modellen till att omfatta samtliga områden i ASI vilka är: fysisk hälsa, psykisk hälsa, arbete/försörjning, alkoholanvändning, narkotikaanvändning samt familj/umgänge. Rällsögården använder ASI med en sammanfattande feedback som kartläggning och utredningsinstrument. MAPS används sedan i bedömningen av vilka insatser och mål som är lämpliga inom respektive ASI-område. En behandlingsplan upprättas sedan gemensamt med klienten och socialtjänsten.



## 5 Resultatredovisning och analys

### Inledning

Kapitlet inleds med en kort presentation av samtliga respondenter för att läsaren skall ha en uppfattning om det urval som ligger till grund för resultatredovisningen. Vi har sedan valt att redovisa resultatet enligt de intervjuteman som finns presenterade i intervjuguiden. Valda delar av insamlat material redovisas under respektive rubrik. Sammanfattad text och citat från intervjuerna varvas i resultatredovisningen. Urvalet av information har skett utifrån våra frågeställningar. Resultatet av behandlare- och klientintervjuer redovisas var för sig under respektive tema med en efterföljande analys.

### Presentation av respondenterna

#### Behandlare

Kön	Ålder	Utbildning	Antal år inom behandling	Antal år på Rällsögården
Kvinna	26 år	Socionomexamen	2 år	2 år
Kvinna	29 år	Socionomexamen, lösningsfokuserad metod	3,5 år	3,5 år
Kvinna	53 år	Undersköterska	12 år	12 år
Kvinna	39 år	Ingen akademisk utbildning	0,5 år	0,5 år
Kvinna	42 år	Socionomexamen	2 år	2 år
Man	55 år	Socionom examen, transaktionsanalys (TA), kognitiv beteendeterapi (KBT)	19 år	0,5 år

#### Klienter

Kön	Ålder	Missbruk	Debut	Antal år	Civilstånd	Boende	Lagrum	Vistelse
Man	27 år	<b>Heroin</b> Amfetamin Cannabis Alkohol	20 år - - 14 år	7 år	Ensamstående	Egen bostad	LVM § 27 avslutat sedan 1 vecka	Frivillig behandling på annat behandlingshem
Man	48 år	<b>Alkohol</b>	15 år	28 år	Ensamstående	Egen bostad	LVM § 27	I hemmet, arbetar
Man	35 år	<b>Benso</b> Amfetamin Alkohol	23 år 23 år -	13 år 13 år 4 år	Sammanboende med fästmö	Egen bostad	LVM § 4	Rällsögården
Man	58 år	<b>Alkohol</b>	15 år	43 år	Sammanboende med fru	Egen bostad	LVM § 4	Rällsögården
Man	46 år	Alkohol Benso	15 år -	20 år	Ensamstående	Bostadslös	LVM § 4	Rällsögården
Man	40 år	<b>Amfetamin</b>	14 år	26 år	Sammanboende med fru, barn	Egen bostad	LVM § 4	Rällsögården

Under avsnittet missbruk är det klienten anser vara huvuddrogen fetstilt och övriga droger omarkerade. Under avsnittet antal år räknas den tid klienten själv bedömer att missbruket varit ett problem för dem.

## Instrument

### Behandlare

Behandlarna som intervjuats har olika erfarenheter av ASI och MAPS. En del av dem har arbetat under längre tid med instrumenten medan det är helt nytt för andra. De behandlare som arbetar på den låsta avgiftningsavdelningen (två) har mer erfarenheter av ASI, då ASI intervjun till största delen genomförs på låst avdelning. De behandlare som arbetar på den öppna avdelningen (fyra) har mer erfarenhet av MAPS, då denna intervju oftast genomförs på öppen avdelning.

I vissa sällsynta fall kan det vara så att klienten inte vill medverka i en intervju, då försöker behandlaren att motivera klienten att medverka. Samtliga behandlare påpekar att det är viktigt att informera om intervjuens syfte. Lika viktigt är det att informera om hur informationen som framkommer vid intervjuerna skall användas. Först genomförs en ASI-intervju och sedan en MAPS-intervju. Detta ligger till grund för den behandlingsplan som senare upprättas.

... ASI-intervjun är alltså till för klientens bästa och att han själv får en chans att berätta sin historia i stället för att man går till socialtjänstens utredning. Många klienter hänvisar till utredningen. Det är ingen idé att göra den här intervjun du kan läsa i utredningen om mig. Då hänvisar jag alltid till att, det här är till för att vi ska göra en behandlingsplan och jag vill ta reda på så mycket om dig för att du ska få en chans att påverka den själv. För det är din behandling och din tid det handlar om.

Frågorna i ASI-intervjun upplevs vara relevanta för att beskriva klientens historia och aktuella situation. Intervjusituationen skapar en grundläggande relation mellan behandlare och klient. Det kan vara ett bra startskott på samarbetet mellan behandlare och klient. De behandlare som arbetat en längre tid med instrumentet brukar komplettera med vissa följdfrågor för att få fram önskvärd information. Efterhand har dessa behandlare upptäckt att de saknar en del frågor. Då det finns utrymme för egna följdfrågor upplevs detta ändå inte som något problem. Ingen behandlare anser att något helt nytt område behövs i ASI-intervjun. De sju områden som finns idag räcker gott och väl för att kunna beskriva klientens historia och aktuella situation. Det är också viktigt att man väger in fler områden än enbart missbruk.

... jag är väldigt övertygad om att en missbrukssituation, det är inte bara drogen. En missbrukssituation är hela ens livssituation. Då täcker det in alla delar i det också, i en vanlig normal livssituation, om man kallar det så. Det är boende, ekonomi, det är vänner. Vänner är väldigt viktigt. Halva missbruket är umgänget, alltid alltså. Jag tycker att när man arbetar med missbruk så är det så mycket mer än själva missbruket. Missbruket är bara en del i en svår livssituation.

Vissa klienter är inte motiverade att förändra sig avseende sitt missbruk. I dessa fall kan det vara lämpligt att börja med något annat av de sex områden som återstår där klienten är mer motiverad till förändring.

Samtliga klienter får efter genomförd ASI-intervju en sammanfattning av intervjun, en så kallad ASI-feedback. Behandlarna upplever att klienterna tycker att sammanfattningen av dem själva och deras livssituation stämmer bra.

Jag har den erfarenheten att även den ASI-feedback som delges efter intervjun uppskattas, för många klienter tycker att du har träffat mitt i prick.

De flesta behandlarna anser att klienterna förstår skattningen i ASI-intervjun. I de sällsynta fall det varit problem att förstå skattningen har behandlaren pratat i allmänna termer och själv

ringat in problem och hjälpbehov. För att förstå skattningen måste klienten vara medveten om vilken skala som gäller för denne och vilken skala behandlaren utgår ifrån. Skattning 5 på behandlarens skattningsskala kan i klientens öron låta högt. Orsaken till eventuella missuppfattningar kan vara att intervallet är 0–9 i behandlarens skattning men endast 0–5 i klientens. Fördelarna med ASI är att intervjun ger en grundläggande bild av klienten.

ASI är ett utmärkt screeninginstrument. Man ska inte tro att det är en grundläggande utredning, att man täcker in allt, utan det är startskottet. Du kontrollerar alla områden och känner klienten på pulsen helt enkelt. Efter det är gjort kan du upptäcka att dessa områden behöver vi jobba vidare på och utgå därifrån då insatser sätts in. Så att inte alla klienter stoppas in i ett hål och ut i ett annat och får samma insatser. Risken är att man kanske överjobbar med vissa och att man jobbar för lite med andra. Det är bättre att fördela gracerna utifrån de behov som finns.

Nackdelen med ASI är att en del klienter kan ha svårt att koncentrera sig och minnas. Vid sådana tillfällen kan intervjun avbrytas och delas upp på två eller flera tillfällen. Ett färdigt intervjuformulär upplevs av vissa som negativt. I detta fall då behandlaren är insatt i själva intervjun, så upplevs det dock inte som negativt. Dessutom upplevs tiden kunna påverka ASI-intervjun negativt. Kanske ”krystar” klienten fram ett svar bara för att svara på den ställda frågan.

Skillnaden mellan ASI-intervjun och MAPS-intervjun är att behandlaren i ASI-intervjun följer ett färdigt frågeformulär. Behandlaren skall gå igenom samtliga förutbestämda frågor. I MAPS-intervjun finns inga färdigformulerade frågor utan behandlaren och klienten samtalar mer fritt jämfört med ASI-intervjun. En behandlare beskriver detta på följande sätt:

... du får laborera med dig själv lite grann. Därför att en utav de viktigaste delarna i MAPS tror jag är att inte vara så statisk. Utan du måste hitta ditt arbetssätt med instrumentet ...

Fördelarna med MAPS är att klienten själv är delaktig i behandlingsplaneringen. Det är klienten som är expert på sig och utifrån dennes behov och förutsättningar skall man utgå. En behandlare beskriver en fördel med MAPS på följande sätt:

MAPS har jag mycket positiv erfarenhet av, med tanke på att klienterna alltid har påpekat efteråt att de tycker att det är så bra. Att de får delta och själva sätta upp sina egna mål. Att det inte är vi som jobbar här som bestämmer, för då blir det oftast så att de blir vränga bara för att någon annan har bestämt vad de ska göra och vad de inte ska göra. De vet bäst själva vad det är de behöver hjälp med.

En annan fördel är att behandlaren tillsammans med klienten prioriterar vilka områden som bör få akut, primär eller sekundär prioritet. Ibland kan det vara svårt för vissa klienter att koncentrera sig på flera områden samtidigt, då får man ta ett område i taget och arbeta med det. Ytterligare en nackdel är att det till en början kan vara svårt för klienten att förstå de olika faserna. Detta problem kan dock lösas på ett enkelt sätt genom att förklara mer djupgående kring varje fas.

## **Klienter**

Att upprätta en behandlingsplan utifrån fler områden än missbruk anses positivt av de flesta, någon tycker att områdena ej varit relevanta för honom men kan se vinster för övriga missbrukare. Alla områden bör vara med, men krutet skall läggas på missbruket. ASI-områdena bedöms vara heltäckande då kompletteringar med andra utredningsinstrument görs vid behov. Samtliga klienter anser att instrumenten hjälpt dem att beskriva sin historia och livssituation. De är dock av olika åsikter om frågornas karaktär. En del anser att det finns en

risk att de upplevs för djupa, medan andra anser att det enbart nosas på ytan vilket är synd. Det är av vikt att behandlaren styr upp intervjun och ansvarar för att ställa följdfrågor samt stoppa när det går för djupt. Det finns en rädsla hos klienterna för att lämna ut sig och att riva fasader. Det gäller att kunna lita på behandlaren och våga släppa in denne. Det som visas på ytan är inte alltid det som finns under skalet. Det kan i intervjusituationen handla om att ta steget att berätta saker som aldrig yppats för någon annan, trots att det funnits inombords en lång tid. Svikna relationer är inte ovanligt.

Man är rädd alltså, rädd och ängslig och mår jättedåligt oftast efteråt. För att man bär med sig så mycket besvikelse och folk som man ... man har blivit bränd så många gånger så att man sluter sig till slut inom sig själv. Det är jättejobbigt att bara öppna en liten springa och låta någon annan se, eller dela med sig av det som verkligen berör.

Negativa aspekter som belyses är att det finns en risk att det blir för mycket pappersexercis i stället för arbete med materialet. Flera klienter påtalar att de förändras över tid och att intervjun görs i ett tidigt skede av behandlingen, då hjärnan fortfarande inte klarnat helt efter avgiftningen.

Det blir lätt rätt mycket, det blir kanske för komprimerat. Man upplever i alla fall att det är väldigt lång tid och det är mycket, man är helt slut i huvudet när det är klart.

Skalorna och skattningarna är också föränderliga över tid. Flera klienter tar dock upp att just denna aspekt är positiv, då förändringen ytterligare tydliggörs. De som redan vid ankomsten haft en tydlig bild av sin situation och klara mål har inte upplevt intervjuerna lika positivt. En klient påtalar att det trots detta varit bra att få sina egna åsikter verifierade. En klient hade deltagit i en ASI-intervju vid en tidigare vistelse på Rällsögården, vilken han godkänt att den skickades till socialtjänsten inför behandlingsplaneringen. Han kände sig mycket sviken då den användes mot honom vid LVM-förhandlingen.

Ja, den använde de emot mig i länsrätten när jag fick den här LVM-domen bland annat. Det är enda gången som jag har märkt av ASI sedan vi gjorde den första gången jag var här.

Positiva aspekter som nämns är att insatser satts in där de visat sig behövas och att fokus flyttats till andra problem över tid. Instrumenten har hjälpt dem att se behoven samt bena ut problemen och förutsättningarna. Arbete förläggs inte till fel områden som inte är relevanta enligt klienten.

Nu när man har gått tillbaka och tittat lite grann på den hur det såg ut när jag kom och hur det ser ut idag, så jag tycker att det var ... det är ett rätt bra instrument för att se förändringar och även se var man skall lägga krutet nästans. (Om ASI, författarnas anmärkning.)

Flera klienter påtalar att de och behandlaren haft avvikande åsikter om vad som borde prioriteras i en behandlingsplan, men att klientens linje följts. Instrumenten anses bra som planeringsgrund och MAPS upplevs följa upp livssituationen på ett bra sätt, mer än ASI. Det som även nämns av flera är att ASI och MAPS med fördel kan göras om i ett senare skede som en jämförelse.

Det är kul om man skulle kunna läsa det någon gång längre fram och titta på, så här svarade jag då. Kanske göra om den för skojs skull och svara igen. Och sedan jämföra hur långt man har kommit med sig själv och vart man står. Det hade varit roligt.

Men när man nu tittar tillbaka och sitter och jämför lite här så är det kanon, alltså för mig är det det. För att det innebär också att om fjorton dagar när jag går härifrån, eller tre veckor, när det blir utskrivningsdatum, så har jag med mig om inte någonting annat så har jag med mig åtminstone några saker som jag vet är viktigt för mig att tänka på och jobba med efter den här tiden. Även om jag då tycker att mitt LVM för mig personligen är ett rejält misslyckande, så finns det ändå några positiva saker som jag kan ta med mig. Om jag nu menar allvar med att förändra mitt liv då är det skitbra, det kan jag säga.

Skattningarna bedöms av flera klienter som bra. Samtliga anser att skattningen är lätt att förstå, men en klient blandade ihop skattningsskalan vid ASI med DOK. Någon önskar att skalan skulle spänna över endast tre siffror då 1–5 kan medföra att man automatiskt sätter 3 som är i mitten. Att både behandlare och klient skattar och att skattningen måste motiveras nämns som positivt. Flera beskriver att de kunnat gå tillbaks till ASI-feedback i ett senare skede för att göra jämförelser. Det har hänt att åsikterna ändrats över tid och att den skattningen som var avvikande från behandlarens senare upplevs gå mer i linje med dennes. Behandlingsplanen har då kunnat korrigeras i efterhand. En klient är av åsikten att behandlaren skattning visade sig vara mer korrekt och den bild behandlaren förmedlade var mer korrekt än den klienten hade av sig själv. Samtliga anser att ASI-feedback givit en korrekt bild av deras historia och aktuella situation. Flera är förvånade över hur väl den överensstämmer och att behandlaren lyckats fånga dem på pricken. Att använda skalorna för att peka på positiva förändringar kan motivera och tydliggöra framsteg som annars lätt missas.

Man ser att det gått framåt, för det är inte alltid annars man ser det. Jag sitter kvar precis på samma ställe som alltid, jag orkar inte längre. Men i själva verket kan man ha gått jättelångt, utan att man märker det själv.

### **Analys instrument**

ASI uppfattas av behandlare och klienter som heltäckande avseende de områden det finns ett behov av att beröra. Klienterna känner att frågorna hjälper dem att berätta sin historia och sin aktuella situation. Det är viktigt att vara medveten om att en kartläggning aldrig kan belysa samtliga delar av en individ och dennes missbruk. Flera behandlare nämner att ASI-intervjun kan kompletteras med följdfrågor anpassade efter det som framkommer i intervjusituationen. Detta gör intervjun fylligare och det kan även vara ett värde för klienten att få prata mer om vissa områden som känns viktiga. Att klienter ofta upplever kartläggningen viktig och meningsfull nämner Melin & Näsholm (1998). På Rällsögården inhämtas kompletterande information från socialtjänsten, dels via LVM-utredning, men även i samband med behandlingsplaneringen. Behandlaren bör ha kompetens i att kunna sortera ut den information som anses viktig i sammanhanget. Melin & Näsholm (a.a) menar att oerfaren personal kan ha svårigheter att ta in information från andra källor, då de vill skapa sig en egen bild av klienten. Behandlaren måste också veta hur informationen skall användas samt vilka konsekvenser det kan få. Det är med andra ord ingen lätt uppgift som behandlaren har.

Att belysa hela livssituationen och inte endast fokusera på missbruk bedöms av både klienter, behandlare och forskare ha ett stort värde. Klienterna är dock i större utsträckning av åsikten att fokus bör förläggas i första hand på missbruk. Klienterna är på Rällsögården för sitt missbruk i första hand. Ibland kan det vara så att motivation saknas till att förändra sitt missbruksbeteende. Vi anser att det kan finnas ett värde i att ta med fler områden än missbruk och på så sätt komma igång med behandlingsarbetet på något område där klienten är motiverad. Genom att lyckas med mindre problem kanske klienten kan våga konfrontera större problem. I MAPS genomförs prioriteringar av problemområden. De prioriteringar som förekommer är akut-, primär- sekundärprioritet samt ej relevant. Ibland kan det kanske vara nödvändigt att lägga en

lägre prioritet på ett område som av behandlaren bedöms som viktigt då motivation hos klienten saknas.

Larsson & Armélius (2002) har i sin forskning konstaterat att de områden som tycks vara mest problemfyllda undviks. Sociala problem och missbruksproblem undervärderas utifrån ett hjälpbehovsperspektiv då dessa problem normaliserats. Missbruket har ofta pågått under så lång tid att det är en del av en normal vardag, människor i omgivningen har ofta liknande problem. Ett inlärt beteende har befästs och det tar ofta lång tid att förändra. Ominläring krävs för att skapa ett annat beteende. Det tar lång tid i anspråk, är kostsamt och mycket svårt att genomföra. Vi har i studien upptäckt att klienter och behandlare gör bedömningen att en förändringsprocess tar lång tid, men att tiden inte ges. Detta diskuteras närmare under delanalys motivation. Även forskning visar att en förändringsprocess, att komma till handling/förändring, normalt tar flera år. LVM-tiden är begränsad till sex månader, vilket innebär att det är förkastligt att sätta ribban för högt och förvänta sig några underverk på så kort tid.

Vi bedömer att Rällsögården använder ASI som ett inledande kontaktskapande screening-instrument. Detta är syftet med instrumentet och det bedöms fungera bra utifrån det ändamål som avses. Det som skett i ett ärende där materialet använts mot klienten i länsrätten är mycket beklagligt. Klienten godkände att materialet skickades till socialtjänsten i behandlingsplaneringssyfte året innan. ASI skall inte under några förhållanden användas mot klienten. Ur juridisk aspekt har inte socialtjänsten begått något fel, men betänk det etiska perspektivet. Klienten genomgår intervjun som är personligt utlämnande. Denne godkänner att intervjun sänds till socialtjänsten med syftet att hjälpa klienten på bästa möjliga sätt i eftervården. Inget annat syfte finns.

Åsikterna varierar från individ till individ om instrumentet anses djupgående eller ej. Klienter som genomgått många behandlingar där samtal av behandlande karaktär upptar en stor del, anser inte att instrumentets områden berör för djupt. De som har svårigheter att prata om sina tankar och känslor har bedömt instrumentets frågor som för djupgående. Det kräver en lyhördhet från behandlaren då intervjun inleds. Respekt måste visas mot den enskildes integritet. Det är viktigt att påtala valmöjligheten att inte svara på vissa frågor.

En annan aspekt som är värd att belysa är att ASI-intervjun på Rällsögården genomförs i ett tidigt skede av behandlingen. Det kan tyckas märkligt att en intervju överhuvudtaget görs i en avgiftningsfas. Intervjun genomförs i regel inom tre veckor. Klientens värsta abstinensfas har då oftast passerat. Möjligheten till kompletteringar och ändringar av ASI-feedback finns i samband med genomgången av den samt vid MAPS-samtalet. En vinst som kan finnas med att intervjun görs i ett tidigt skede är att ingångsfasen representeras i materialet. Då klienter ofta glömmer hur de mådde vid ankomsten kan det bli en motiverande faktor i sig att upptäcka att en positiv förändring skett redan sedan intervjun genomfördes.

Det upplevs som positivt av respondenterna att klienterna är delaktiga i sin behandlingsplanering. Delaktighet, självbestämmande och att bli lyssnad på är faktorer som nämns positivt i samband med MAPS-intervjuerna och behandlingsplaneringen. Detta är målet med instrumentet enligt de teorier som redovisas. Vi har svårt att förstå att en behandlingsplan skulle kunna upprättas över huvudet på klienten. Hur skall någon annan kunna bestämma saker utan klientens delaktighet då denne känner sig själv bäst? Vilken vinst uppnås då behandlaren sätter sig över klienten? Vi anser att det i respondenternas uttalanden framkommer väl att gemensamt arbete mot ett mål är värdefullt. Behandlarens råd och vägledning uppskattas men en valmöjlighet skall finnas.

Behandlaren är inte styrd till ett intervjuformulär i MAPS-intervjun. Samtalet anpassas efter klienten och de förkunskaper behandlaren har. Att undvika de fallgropar som Miller & Rollnik (1991) presenterar i MI är viktigt för att bibehålla arbetsalliansen med klienten. Behandlarna på Rällsögården tycks till viss del vara medvetna om fallgroparna i MI trots att de inte genomgått någon utbildning i metoden. Förhållningssättet i MI anser vi vara självklarheter i hur en behandlare bör förhålla sig till klienten. Kan bakgrunden till skapandet av MI vara skälet till denna upplevelse? Metoden är skapad från empiri och apelleras väl i behandlarens verklighet. Den har inte skapats på forskarbasis och sedan försökt integreras i verksamheter. Detta kanske är en av orsakerna till metodens popularitet och spridning.

Skattningarna i ASI upplevs som lättbegripliga av de flesta respondenterna. Precis som Larsson & Armélius (2002) kommit fram till så skiljer sig vissa av skattningarna åt mellan behandlare och klienter, så även på Rällsögården. En tanke som väckts är dock om klientens hjälpskattning kan vara jämförbar med intervjuarskattningen då dessa samvarierar. Intervjuaren skattar ett intervall på en 10-gradig skala. Hänsyn tas till klientens hjälpskattning vid den slutliga bedömningen av klientens behov av fortsatt hjälp. Klienten i sin tur bedömer hur besvärad han är av problemen i en skattning av problem och om ytterligare hjälp önskas i en skattning av hjälpbehov. Borde inte en jämförelse av data ske mellan intervjuarskattningens hela intervall och klientens skattning? Larsson & Armélius (2002) har även rekommenderat att differensen mellan behandlaren och klientens skattningar skall användas i behandlingssituationen. Klienten underskattar sina hjälpbehov trots att denne är medveten om problemen. Skillnader i perspektiv kan belysas och på så sätt öppna klientens ögon för andra infallsvinklar. På Rällsögården tydliggörs skillnaderna för klienten med hjälp av den ASI-feedback som upprättas. Klientens och behandlaren värderingar åskådliggörs och perspektivskillnaden används i motiverande syfte. Ett exempel är en klient som hade avvikande skattningar jämfört med behandlaren. Denne har efter ett återfall kunnat se att behandlaren skattningar och bedömning av hans situation, var mer överensstämmande med verkligheten. En återblick i materialet tydliggjorde hans livssituation och målen omvärderades. Ett återfall bedöms som en naturlig del i förändringscykeln enligt SoC. Genom att ha förändringscirkeln i beaktande kan återfallet avdramatiseras. I fallet ovan skedde detta. Enligt ASI-manualen är både klientens och behandlaren skattning föränderlig över tid. Finns tid i anspråk kan det vara lämpligt att göra om både ASI- och MAPS-intervjuerna. Detta har beskrivits i litteraturen. Den positiva aspekten av att göra nya skattningar belyses även av respondenterna. Att använda skalor för att belysa förändringar i olika riktningar har visat sig vara framgångsrikt.

Vi bedömer att ASI kan vara lättare att arbeta utifrån då det är ett strukturerat formulär som följs och mindre utvecklingar förekommer. MAPS kräver mer av behandlaren men ger samtidigt friheten att arbeta utifrån egen förmåga. De behandlare som känner sig osäkra och fordrar struktur och färdiga formulär kan känna en viss osäkerhet till en början. Det kan ta längre tid att känna sig säkra på att genomföra MAPS-intervjuer. Det är ett nytt arbetssätt för både behandlare och klient och kan kännas ovant. Undersökningen har visat att klienterna uppskattar intervjuerna trots att de flesta behandlare nyligen utbildats i MAPS. Det har redan i ett inledningsskede fått en genomslagskraft. Klienterna är inte vana från tidigare behandlingar eller i kontakten med myndigheter att kunna påverka sin situation i den utsträckning som behandlingsplaneringen erbjuder.

## **Förhållningssätt**

### **Behandlare**

Ett positivt förhållningssätt innebär för de flesta behandlare på Rällsögården att en lyssnande förmåga finns. Tiden är en viktig aspekt i lyssnandet, behandlaren måste ta sig tid att lyssna och finnas till hands när klienten behöver det. Behandlare beskriver detta på följande sätt:

Jag lyssnar på vad dom säger, bekräftar det och även tar det till mig. Gärna ta upp det en gång till dagen efter och visa ytterligare en gång att jag hörde vad du sa igår. Det var något viktigt. Det kanske inte alls är viktigt, men det kan vara väldigt viktigt att bekräfta för klienten att du och jag har kontakt och att du är en viktigt person och dina åsikter och ditt liv är väldigt viktigt.

Ovanstående behandlare anser liksom flera andra att detta förfarande visar att ”man tar klienten på allvar”. Som behandlare ser man individen som den är utifrån dennes individuella behov och förutsättningar. Alla behandlare skall arbeta utifrån ett gemensamt förhållningssätt. Grundtanken som genomsyrar verksamheten är att alla människor är lika mycket värda. Det är viktigt att behandlare och klient har en jämbördig relation. Varken behandlaren eller klienten är mer värd än den andre. Vidare poängteras att en behandlare skall vara rak, tydlig och ärlig. Tydliga ramar och strukturer måste sättas upp och efterlevas. Lyhördhet, inkännande och en empatisk förmåga ses också som ett värdefullt förhållningssätt hos behandlaren.

Grundtanken i ett positivt förhållningssätt kan också beskrivas genom att behandlaren förmedlar en positiv känsla till klienten. Detta kan behandlaren göra genom att fokusera på de positiva delar som finns i klientens liv och även förstärka dem. I de fall det kan finnas vissa svårigheter med att finna något genuint positivt kan behandlaren rikta in sig på att finna något som är mindre negativt. Klienterna har ofta negativa tankar om sig själva och kan ha svårt att se de positiva egenskaper som de besitter.

Samtliga behandlare anser att deras relation till klienten har varit bra under intervjutillfället. I ordet bra läggs bland annat ordet professionell in. ASI-intervjun upplevs vara kontaktskapande. Då någon annan behandlare genomfört ASI-intervjun med klienten har det tagit längre tid innan en djupare kontakt har etablerats. Under behandlingstiden har relationen i det stora hela varit positiv trots att vissa ”svackor” förekommit.

Ibland var jag grå, ibland var jag rent för jävlig. Men i det stora hela har jag förstått att han tyckte att vi ... eller jag, hade tålamod med honom och lyssnade.

En positiv relation beskrivs också genom att behandlaren kan prata med klienten om olika saker i klientens livssituation, inte enbart missbruksproblematiken. Man kan samtala kring annat i livet och även skämta och skratta tillsammans. En relation tar lång tid i anspråk att skapa. Behandlingstiden upplevs för kort för att skapa en djup relation till klienten. En behandlare beskriver att det är viktigt att en relation skapas tidigt i behandlingsskedet. En relation skapas under behandlingstidens gång men avbryts sedan abrupt när klienten skrivs ut.

Tänk om man fick jobba med en sån kille som vi intervjuade idag och även de andra, tänk om man fick ha kontakt med dem i två år. På ett eller annat sätt. Eller åtminstone ha någon form av ansvarsdel kvar i den planering som man har gjort här och att den fullföljs efteråt.

### **Klienter**

Ett positivt förhållningssätt hos behandlaren innebär för de flesta klienterna att relationen är jämbördig och respektfull. Det är av vikt att behandlaren inte sätter sig på några höga hästar



eller intar en strikt yrkesroll där agerandet följer en påläst mall. Tydlighet och förmåga att fatta egna beslut är viktigt. Ansvaret skall inte bollas över till andra kollegor. Behandlarna skall fungera som förebilder. Att vara naturlig, bjuda på sig själv och prata samma språk bedöms vara en förutsättning för att ett bra möte skall äga rum. Samtalsformen får inte vara för högtravande. Flera klienter tar upp vikten av att vara en vanlig människa.

Bästa betyget det fick faktiskt en personal här av en klient. Vi var ute och åkte skidor, X är nästan som en av oss, sa han. Ja, men det är ett bra betyg från en alkoholist.

Vikten av professionalitet i relationen lyfts fram. Att lyssna, känna av situationen och stoppa då samtalet går för djupt är behandlaren ansvar. Samtidigt som en känsla av att det är okej att bli arg eller ledsen förmedlas, känslorna skall inte slätas över. Tillit måste skapas för att ett öppet möte skall äga rum och klienten skall kunna öppna sig. Det får inte heller bli en känsla av korsförhör. Risken är att det skapar en försvarsställning som en klient uttrycker det. En annan påtalar att ingen missbrukare är som en öppen bok och att hänsyn måste tas till att fasa-der ibland sätts upp som skydd. Ingen skall söka information i egenintresse.

Tid är av största vikt. Behandlarna skall vara lugna och inte stressade. De skall ta sig tid, låta klienterna prata och vara goda lyssnare. Äkta engagemang och omtanke uppskattas. Att någon frågar hur man mår och sätter sig ner för att prata en stund.

... att man kan ta sig tid och sätta sig och prata med mig en stund. Det var många som gjorde det på Rällsögården. Om jag satt där i köket där nere, så kom det in en behandlare och så satte sig han eller hon och pratade lite om hur det var. Alltså bara frågade hur man mår, det är jätteviktigt alltså.

Men det får inte bli ett överbeskyddande förhållningssätt där behandlaren tror att klienten inte vet sitt eget bästa. Att tycka synd om ”stackars lilla du” upplevs mycket negativt. Även kontinuiteten i relationen är en komponent som belyses av en klient.

En kontinuitet för mig är a och o. Jag har varit med om när det är en femte person som har kommit in som ska försöka reda ut vad som hände med den första personen så att säga, och för mig fungerar det inte för då brister det i förtroende och jag törs inte lite på någon. Jag vänder alla taggar utåt.

Ett positivt förhållningssätt kan innebära olika saker över tid. En klient säger följande:

Positivt förhållningssätt. Ja, det är olika faser givetvis. Först har man avgiftningsfasen och då är det bara omvårdnad och omtanke som gäller, eller medicin som jag brukar se det. Det är lite grann så. Sedan i ett senare skede, då kanske det behövs mer att man peppar klienten ifråga och uppmuntrar motivationen och sådana saker.

Behandlarnas förhållningssätt är av stor vikt för behandlingsresultatet påtalar en klient. Behandlarna på Rällsögården upplevs som bra i bemötandet och uppfyller kraven på det de menar är ett positivt förhållningssätt. Enligt en klient lever behandlarna efter lojalitetsprincipen vilket innebär att de går till sina överordnade för att sedan lämna besked. Denne anser att det fattas för mycket kollegiala beslut och att behandlarna skall agera mer efter eget huvud.

### **Analys förhållningssätt**

Enligt socialtjänstlagen skall den enskilde bemötas med respekt, integriteten skall respekteras. Självbestämmande skall tas i beaktande. Klienterna i denna studie upplever att behandlarna på Rällsögården bemött dem respektfullt och att relationen är jämbördig. De har påtalat vikten av

att bli bemötta som vanliga människor och att ojämnliska förhållanden inte råder. Flera forskare (Öberg & Sallmén, 2000; DiClemente i Miller & Rollnik, 1991) har påpekat att det är viktigt att lyssna på klienten då klientens åsikter är av värde för att anpassa insatserna. Ett positivt förhållningssätt betyder för de flesta behandlare på Rällsögården att en lyssnande förmåga finns. Klienterna påtalar också att detta är viktigt. De uppger att de känner att behandlarna tagit sig tid. Att möta klienten i den fas den befinner sig i är viktigt. För att åskådliggöra hur man bör bemöta klienten i respektive fas är Öberg & Sallmén (1999) cirkelmodell ett bra exempel (se figur 4:5). Den förklarar att olika insatser kan vara aktuella i specifika förändringsfaser. I fundera/överväga fasen krävs en stor portion motivation, men även lite omvårdnad. Även klienter har påpekat att de önskar bli bemötta olika beroende på i vilken fas de befinner sig. I avgiftningsfasen sätts omvårdnad och omtanke högst i prioritet. Klienten befinner sig då oftast i den omedvetna/uppgivna fasen enligt MAPS. I ett senare skede då fas två inleds bedöms motivationsarbete vara viktigare än omvårdnad, även om omvårdnad fortfarande är av värde men i mindre omfattning.

Klienterna menar att behandlarna har ansvar för att känna av samtalssituationen. Det är deras ansvar att inte låta samtalet gå för djupt. Melin & Näsholm (1998) uppger att klienter ibland kan ha svårigheter med att avgränsa sig. Därför är det viktigt att behandlaren styr samtalet så att vare sig djup eller omfattning blir för stort. Det finns alltid en risk att klienter blottar sig för mycket i en samtalssituation. Det känns bra för stunden och de har ett behov av att prata just då. De kan i ett senare skede känna att de lämnat ut för mycket och ångra sina uttalanden. Ibland kan klienten känna att utlämnandet av sig själv blivit så stort att denne önskar avbryta kontakten med behandlaren. I dessa situationer är det viktigt med professionell splitting som Melin & Näsholm (a.a.) beskriver. Risken att behandlaren låter klienten gå för djupt i diskussionen minskas i och med att en del av uppmärksamheten förläggs till att vara iakttagande, observerande, värderande och bedömande. Den andra delen medför ändå att klienten känner att situationen blir trygg, då kontakt etableras och en relation skapas.

Ett grundläggande antagande inom den kognitiva teorin är att samma situation kan uppfattas olika av de människor som är närvarande. Detta beror på vilka stimuli de olika människorna tar fasta på och hur de sedan tolkar dessa (Perris, 1986). Trots att detta fenomen är vanligt har vi inte kunnat påvisa detta i studien avseende temat förhållningssätt. Klienterna har uppfattat behandlarna på det sätt de beskrivit att de bemött dem. Relationen mellan klienter och behandlare förändras över tid, vissa svackor förekommer. De som intervjuats har bedömt detta som ett naturligt förlopp och anser att relationerna i det stora hela varit positiva. En behandlare har beskrivit att bemötandet från klientens sida varierat kraftigt över tid, en trolig orsak som angivits är klientens aktuella psykiska hälsa. Enligt den kognitiva triaden skapas negativa tankemönster (a.a.). En negativ syn på sig själv kan leda till att man har en negativ syn både på omgivningen och framtiden. Det är viktigt som behandlare att vara medveten om processen och att det kan vara förklaringen till de utfall klienten kan göra mot behandlaren. Att vara ”grå eller rent för jävlig” hör till det normala förloppet. Det är viktigt att kunna bemöta klienten professionellt oavsett hur denne mår. Det kan underlätta med vetskapen om att det troligen är övergående och att orsaken till den för stunden negativa relationen är klientens psykiska ohälsa.

Under intervjusituationerna bemöts inte klienterna konfrontativt. Både klienter och behandlare är rörande överens om att argumentation på ett konfrontativt sätt knappast leder behandlingsprocessen framåt. Ett av MI:s antaganden är att klienten inte skall mötas på ett konfrontativt sätt och inte heller pressas att genomföra förändringar som denne ej är redo för. Klienterna anser att de stundtals känner sig pressade av myndigheter från olika håll och att de

förväntas genomföra förändringar snabbare än vad de är redo för och tror är realistiskt. Behandlare beskriver att det är mer gynnsamt att arbeta med istället för mot klienten. Ett konfrontativt bemötande uppfattas av klienterna som att behandlaren arbetar mot dem. Arbetsalliansen är mer gynnsam då behandlaren arbetar med klienten och då denne har ett ökat självbestämmande. De känner sig på detta sätt viktiga och deras åsikt räknas. Klientens delaktighet är betydelsefull då de känner sig själva allra bäst. Den terapeutiska relationen är mer som ett partnerskap eller kompanjonskap, än expert/mottagare i rollfördelningen. Klientens fria vilja respekteras. Detta medför enligt Miller & Rollnik (1991) att klienten inte har en hierarki att kämpa mot.

Ett empatiskt förhållningssätt medför att klienten har lättare att öppna sig och delge sina erfarenheter. Relationen mellan behandlare och klient har viss betydelse för behandlingsutfallet enligt SBU-rapporten (2001a) "Behandling av alkohol och narkotikaproblem". Behandlarens egenskaper har visat sig vara av betydelse för behandlingsresultatet, framförallt behandlarens förmåga till empati. Ingen av klienterna har pratat om ordet empati och endast en behandlare har nämnt ordet. Däremot har flera klienter och behandlare påtalat vikten av ett bemötande som kan jämföras med vad vi bedömer vara ett empatiskt förhållningssätt. Behandlarens egenskaper kan ha större betydelse för utfallet än själva metoden (SBU, 2001a). De olika egenskaper som leder till en god relation mellan behandlare och klient är ett positivt, varmt och äkta bemötande samt förmåga till empati.

Enligt forskningsprojektet Projekt Match finns ett stort värde i att relationen inleds på ett positivt sätt redan i ett tidigt skede. Även Melin & Näsholm (1998) hänvisar till studier som pekar på att ett starkt förtroende tidigt i en relation kvarstår över tid. Det kan finnas svårigheter att utveckla en god relation senare i kontakten om den inte inletts på ett positivt sätt. ASI skapar möjlighet till upprättandet av en god relation mellan behandlare och klient i ett tidigt skede. En behandlare beskriver att det kan vara ett ypperligt tillfälle att skapa en god grund för fortsatt behandlingsarbete. En skillnad i kontakt har observerats då någon annan behandlare genomfört ASI-intervjun med klienten. Det har i dessa fall tagit en längre tid innan en djupare kontakt har etablerats.

Positiv förstärkning är av värde för att motivera klienten. Att berömma, ge komplimanger, visa uppskattning och förståelse är ett förhållningssätt som gynnar förändringsprocessen enligt MI. Även behandlare på Rällsögården är av åsikten att det är viktigt att använda sig av positiv förstärkning. Detta bör ske trovärdigt och de saker som lyfts fram skall inte överdrivas. Det som nämnts i sammanhanget är att även små yttranden kan upplevas som upplyftande.

Helt klart är att behandlarens förhållningssätt gentemot klienten har ett stort värde. Enligt en sammanställning av Mats Berglund med flera (i Melin & Näsholm 1998), kan behandlarens förhållningssätt förklara mellan 25 till 49 % av variansen i resultatet vid missbruksbehandling. En aspekt som inte får glömmas bort är att skicklighet och kunskap i yrkesutövandet också är av betydelse för relationen. Kombinationen mellan yrkesskicklighet och relationens kvalitet påverkar utfallet av behandlingsarbetet.

## Motivation

### Behandlare

Motivation är en drivkraft som finns hos alla människor, en drivkraft som ligger till grund för att uppnå förändring. Denna drivkraft kan påverkas av såväl yttre som inre faktorer. Motivation innebär att försöka få klienten att själv engagera sig i behandlingen och sin framtid. I motivationsarbete är det viktigt att fokusera på de positiva sidorna och förstärka dem. Att använda för- och nackdelsschema eller skalor kan vara ett hjälpmedel. För- och nackdelsschema kan innebära att klienten ser på sitt problem utifrån fler infallsvinklar än tidigare och detta kan leda till att viss motivation skapas. Att se att en förändring leder till mer fördelar än nackdelar kan innebära att det är ”mödan värt att gå den långa krokiga vägen”. Upplevelsen av att tiden är för kort för att kunna skapa tillräckligt med motivation uttalas. Som behandlare finns ingen möjlighet att motivera på alla de områden som skulle behövas. Behandlaren får tillsammans med klienten prioritera vilka områden som motivationsarbetet i första hand bör läggas på, denna prioritering sker i MAPS-intervjun. Trots att tiden upplevs som för kort för att skapa tillräckligt med motivation så upplever ändå behandlarna att de gör ett bra jobb, under de förutsättningar som finns ur ett tidsperspektiv.

Hur motivation skapas är väldigt individuellt klienterna emellan. Behandlarna anser att nätverket har stor betydelse för vissa klienter i motivationsarbetet. Finns familj, släkt och/eller vänner i klientens nätverk så kan dessa vara en motivationsfaktor till att sluta missbruka. Förstärkning av positiva beteenden upplevs också höja motivationen. Att kunna vara nykter eller drogfri i sex månader kan i sig vara motivationshöjande för vissa klienter.

Behandlarna upplever att klienternas tilltro till sin egen förmåga på vissa områden ökat och på vissa områden minskat sedan inskrivningen på Rällsögården. Generellt sett så upplever behandlarna att klienternas tilltro till sin egen förmåga ökat, i vissa fall markant i andra har en viss ökning skett. I de fall ökningen inte är markant har klienterna enligt behandlarna varit målmedvetna och klara över hur de skall gå tillväga för att sluta missbruka i ett tidigt skede av behandlingen. Motivationsarbetet har hos dessa klienter kunnat inledas i ett tidigt stadium. En av behandlarnas uttalanden symboliserar detta:

Ökat lite (tilltron till sin egen förmåga, författarnas anmärkning) men inte så att jag kan säga noll hundra eller så, men en viss ökning eftersom han var dålig när han kom in. Men jag tycker att han redan från första stund var väldigt målmedveten. Han visste att om jag opererar in en antabus kapsel så klarar jag mig och om jag bara får göra vissa saker i mitt liv, arbeta och så vidare, så kommer det här att gå bra. För det har det gjort förut.

I det fall tilltron minskat har det berott på att klienten återfallit i missbruk och på så sätt ansett att han ramlat ner till ruta ett igen och därmed inte trott speciellt mycket på sig själv för stunden.

### Klienter

Styrkan i att bli drogfri nämns som motivation av flera klienter, fritidsintressen och familjen är andra motivationsfaktorer. Rädsla för att fortsätta leva med drogen samt press och hållhakar från omgivningen nämns även. Att ha tydliga mål uppger samtliga klienter är motiverande och flera talar om vikten av delmål. Att dela upp det stora målet i mindre enheter och sedan arbeta med varje enhet för sig bedöms vara lättare. Att ge sig på det största problemet eller försöka ändra allt på en gång känns ogripbart. Mindre delar ger tydligare fokus och att lyckas med en del ger en förhöjd tilltro till sin egen förmåga att även förändra andra delar. Det

som påtalas är att myndigheter förväntar sig stora förändringar på kort tid och att ett "Svenssonliv" i stort sett skall skapas på några månader. Att komma till insikt om sina problem och samtidigt ha en stark önskan att förändras nämns också av flera. En klient beskriver differensen mellan hur det har varit och hur han vill ha det som motivation.

För motivation föder motivation, det blir positivt. För då när jag känner att jag har fixat det här, då jag känner att jag har lyckats med den här lilla delen. Då vågar jag mig på nästa del också, med motivationen från den första delen. Den lägger vi på den, och till slut så är man tror jag, på en god väg att förändra sig. Jag bara ser 28 år av missbruk och nu ska man förändra det, det är ett hästjobb.

En åsikt som förts fram från flera håll är att motivationen ofta är stark i början av en behandling, under avgiftningen, men att svårigheten att bibehålla motivationen uppkommer efter en längre tids drogfrihet. Att må bra anses vara en riskfaktor ur återfallssynpunkt. En klient uttrycker att när det går som bäst, går det egentligen som sämst. Motivationsinsatser är därför viktiga över tid för att klara av att hålla sig drogfri.

Att sätta upp tydliga mål i MAPS-intervjun skapar motivation. Möjlighet till att gå igenom livssituationen anses värdefullt, likaså anses ASI-feedback ge en tankeställare. Att bli delgiven sin egen historia från någon annans synvinkel skapar motivation. En klient vet inte om intervjuerna skapat motivation, men anser att det givit honom verktyg att finna var problemet finns och sortera upp allt. Delmålen bidrar till att fokus inte läggs på fel områden. Han kan dock se svårigheter att applicera kunskapen ute i samhället. Den motivation som byggts upp raderas lätt, i synnerhet då motstånd upplevs från myndigheternas sida. Känslan av att inte klara förändringen ensam och osäkerhet om var hjälpen skall sökas på grund av tidigare brända broar är problem som nämns. Han uttalar följande om mål och delmål:

Att finna delmålen så att man inte fokuserar på fel saker och att man kanske inte ger sig på åttorna (näst högsta intervjuarskattningen i ASI, författarnas anmärkning) på en gång så att säga. Alltså det som är ett jätteproblem. Det är lätt att man ser det, att det är det man koncentrerar sig på hela tiden. Utan att det finns andra delar i ens liv som sammantaget blir ett lika stort problem som missbruket och att man då kan börja plocka litegrann där. Bara för att få den här känslan att jag lyckades, det har fungerat, och sedan försöka dela upp de verkliga problemen också.

Vikten av att det är individens egna åsikter som ligger i fokus lyfts fram. Motivation kan inte skapas av någon annan. En klient hade ingen motivation vid ankomsten till Rällsögården och hade för avsikt att sitta av sin tid för att sedan ge sig ut och missbruka igen. Han var av åsikten att det inte spelade någon roll vad någon annan sa. Motivationen växte från noll till hundra, enligt hans egna ord, efter att hans egna åsikter lyftes fram i fokus och dessa idéer stöttades av behandlaren. Han har sagt följande ord om motivation under intervjun:

Det är att man lyssnar och lyssnar på vad jag har att säga och vad jag tycker. Det finns ingen människa i hela världen som känner mig bättre än vad jag gör själv. Det värsta som finns det är att någon annan talar om vad som är bäst för mig. Det finns inget värre.

Hälften av klienterna anser att deras tilltro till sin egen förmåga att förändras inom problemområdena ökat sedan inskrivningen på Rällsögården. För några är den oförändrad. En upplever att tron på sin egen förmåga fått sig en rejäl smäll efter ett återfall, men att det samtidigt varit nyttigt. Denne beskriver att insikten i problemens svårighetsgrad skapar ett ärligare utgångsläge för framtida behandling. Intervjuerna har skapat motivation och hjälpt honom att se problemen ur en annan synvinkel. Att ha en tilltro till sin egen förmåga att förändras uppges som viktigt. Följande uttalande belyser detta:

Ända sedan jag kom hit har jag försökt att ändra på allt och alla andra och sedan kommer man till en fas där man inser att man ska ändra på sig själv istället. Jag tycker det är roligt att jag har fått den här känslan och viljan, för det är svårt att få det. Jag har misslyckats så många gånger att få den här tron på mig själv.

### **Analys motivation**

Enligt LVM-lagen skall behandlingsmålen anpassas till klientens motivation. Genom att genomföra MAPS och kontrollera i vilken fas klienten befinner sig på respektive ASI-område anpassas målen efter klientens motivation. Flera definitioner av motivation som presenterats i tolkningsramen berör drivkrafter som relateras till mål. Både klienter och behandlare på Rällsögården påtalar vikten av tydliga delmål och mål. Att lyckas med en liten sak skapar tilltro till att även lyckas med nästa sak. Att ge sig på det största problemet först känns svårt. Behandlingsplaner som skapats med hjälp av MAPS innehåller delmål som även revideras efter hand. Det finns dock en risk i att behandlaren felbedömer klientens motivation. Det är enligt Miller & Rollnik (1991) vanligt att klienten låter mer motiverad än vad denne kanske egentligen är. Det kan vara ett sätt att övertyga sig själv om att det hela skall gå vägen och på så sätt blunda för eventuella hinder. Det är som behandlare viktigt att vara medveten om detta. Ett sätt att minska risken att felbedömningar sker är genom att fråga klienten hur denne tänker, istället för att bara bli glad att klienten är motiverad. Detta kan göras på många sätt, men att upprätta ett för- och nackdelsschema kan vara till stor hjälp för att upptäcka klientens eventuella ambivalens. Skalor, skattningar och feedback har visat sig vara motiverande.

Att behandlaren och klienten inte delar verklighetsuppfattning kan utgöra hinder för motivation. Det har i undersökningen visat sig att samtliga klienter anser att den ASI-feedback som delgivits dem överensstämmer med den bild de har av sig själva och sin aktuella situation. Detta bör öka förutsättningen att motivation kan skapas hos klienten. Behandlarna tycks ha fångat upp de centrala delarna i klienternas liv, även om de bedömer situationen allvarligare än klienterna i vissa fall. Enligt forskning kan en återkoppling vara motivationsskapande i sig. En indirekt tolkning av respondenternas uttalanden visar att ASI-feedback kan vara motivationshöjande. De har inte påtalat att instrumenten direkt skapar motivation. Däremot har det lyfts fram att redan vid delgivandet av ASI-feedback kan vissa positiva förändringar skönjas. Att registrera och lyfta fram förändringen i sig, kan vara motivationsskapande. Som en klient uttalar sig ”motivation föder motivation” och en positiv spiral kan inledas redan i ett tidigt skede av behandlingen.

Ett bra sätt att skapa motivation hos klienten är att förstärka de positiva egenskaper denne har. Att ge komplimanger och bygga på de positiva sidor som finns är viktigt. Leissner (1997) påtalar vikten av att lyfta fram även de små förbättringarna då det annars är svårt att skapa hopp. Detta förhållningssätt har uppfattats mycket positivt av klienterna och majoriteten har fått en ökad tilltro till sin egen förmåga att förändras inom sina problemområden. Enligt Schwartzer och Fuchs (i Melin & Näsholm, 1998) så har self-efficacy en avgörande betydelse för möjligheten att ändra livsstil. Att lyfta fram tidigare framgångar och misslyckanden har stort värde. Funktionen klientens misslyckanden fyller är att det kan vara motivationshöjande att komma till insikt om vilka misstag som inte bör upprepas. Genom att en vision skapas om hur en önskad tillvaro kan se ut skapas motivation. De tidigare misslyckandena gör att arbetet är mödan värd att försöka få till stånd en förändring.

De aspekter både klienter och behandlare presenterat som positiva och motivationshöjande överensstämmer väl med MI som metod. Rällsögården har ännu inte utbildat personalen i MI, en utbildningssatsning inleds hösten 2002. MI går förhoppningsvis relativt enkelt att integrera

i verksamheten då det kognitiva förhållningssättet väl speglar tankegångarna i MI. De sju punkter som karaktäriserar MI följs till viss del redan idag i samband med MAPS-intervjuerna. Flera tekniker som påminner om MI tillämpas och kognitivt förhållningssätt genomsyrar verksamheten. Under intervjuerna förekommer uttalanden hos flera respondenter som kan härledas till MI. Påpekas bör att det kräver en förkunskap om metodens upplägg och innehåll för att kunna uppmärksamma dessa kopplingar. Även de generella principerna, fallgroparna och de fundamentala strategierna i MI finns till viss del i verksamheten idag. Det är dock viktigt att metoden utvecklas i sin helhet och att den anammas av personalen fullt ut. Forskning har visat att då MI används i sin helhet ger det en positiv effekt. I den studie där det råder osäkerhet om kriterierna för MI uppfyllts kunde ingen effekt påvisas.

De klienter som har en hög motivation är av åsikten att behandlingstiden kan vara för kort. Dessutom har myndigheter höga förväntningar på utfallet av behandlingen. Enligt lagen är syftet med tvångsvård att motivera klienten till att delta i fortsatt vård men under frivilliga former. Klienterna är medvetna om att det ofta inte finns resurser till fortsatt vård. Vetskapen om att det inte finns resurser till eftervård kan bromsa motivationen under behandlingstiden. Det är ingen idé att kämpa med något som sedan faller på mållinjen. Det har uppfattats som att socialarbetare i många fall tror att klienten nått längre i sin förändring än vad fallet är. De känner sig då pressade att åstadkomma underverk. Den senaste forskningen avseende LVM-klienters problembild och probleminsikt visar på svårigheter att motivera klienten som ofta underskattar sina hjälpbehov. Då de väl motiverats till fortsatt vård borde en garanti finnas att den genomförs. Att skrivas ut efter sex månader och fortfarande uppleva sig stå på ruta ett, utan bostad, utan inkomst, utan sysselsättning, brister i nätverket med mera, kan få även den mest motiverade att återgå till det liv som levdes innan behandlingen.

## **Insatser/mål**

### **Behandlare**

Enligt behandlarna satte samtliga klienter själva upp målen i behandlingsplanen. Viss styrning från behandlaren skedde i form av olika vinklingar av problemet samt vissa funderingar kring problemet. Det var ändå till sist klientens önskemål som prioriterades. I vissa fall höll behandlaren med klienten om att det var just dessa mål som borde prioriteras. I andra fall upplevde behandlaren att fler områden borde prioriterats av klienten för att uppnå målen.

Om jag hade fått välja så hade jag nog lagt in två områden till, psykisk hälsa och familj och umgänge. Men det var inget som han ville alls så därför lades bara fokus på missbruket. En nätverksträff var väl min tanke men det lyckades jag inte åstadkomma, jag nämnde det, men jag lade inte ner så mycket energi på det när jag märkte att han var emot det totalt.

De flesta behandlarna anser att målen i behandlingsplanen var realistiska när de sattes upp.

... han har följt behandlingsplanen och det gör att jag tror att de (målen, författarnas anmärkning) var realistiska. Han har punktligt följt allting vi gjorde upp och han har försökt jobba med delarna som vi nämnde. Han berättar om vad han har gjort och vad han har åstadkommit på respektive område, men utan att han tänker på att det var så strukturerat uppgjort.

I de fall målen inte var realistiska har man i efterhand kunnat peka på att det fanns vissa inslag i behandlingsplanen som inte var realistiska. Detta efter att ett återfall inträffat vilket ledde till att behandlaren kunde titta i backspegeln och i efterhand inse att målen kanske inte var så realistiska som denne trott från början.

Men han var helt låst i sin tanke och då är det inte så fruktbart att gå emot det heller.

Det är ändå klienten som till största delen utformar målen vilket klienten försöker göra så realistiskt som möjligt. En behandlare beskriver att dennes klient hade svårigheter med att sätta upp mål och därmed även svårt att veta vilka insatser som behövdes. Klienten i fråga ansåg att han inte behövde mängder av insatser på behandlingshemmet då det är lätt att vara drogfri där. Däremot behövs insatserna på hemmaplan där det är svårare att vara drogfri. Samtliga behandlare anser att de insatser som sattes in var väl avvägda. Någon betonar dock att fler insatser borde sättas in för att nå de uppsatta målen.

## **Klienter**

De flesta klienterna upplever att de själva föreslog målen i sina respektive behandlingsplaner. En klient som upplevde att behandlaren satte upp målen, uppger dock att han gemensamt med behandlaren gick igenom vad han själv ville och tyckte var viktigt. Denne upplevde inte att det presenterades färdiga förslag till mål inför behandlingsplaneringen. En klient satte upp målen tillsammans med sin mamma, men diskuterade dem senare med sin behandlare. Att själv skapa målen upplevs som positivt. Flera anser att det kan ha motsatt effekt om målen prackas på dem och att det kan bidra till att de ”flippar ur”. En klient svarade följande på frågan om vem som satte upp målen:

Det var nog jag, skulle jag tro. Det är jag ganska övertygad om. Annars så skulle jag inte ha gått med på det helt enkelt. Det är helt meningslöst. Lägga upp en behandlingsplan som man inte tror på och som man inte tänker genomföra. Då kan man lika gärna gå ut och ta en ”kvarting” eller vad som helst.

Flera klienter talar om vikten av vägledning trots att de själva vet vad de har för målsättning. Det finns ett värde i att få råd och att någon bromsar om det går för fort fram.

Ja, det är mina problem som blir skrivet där och skattas. Men det är självklart att man vill ha vägledning och hjälp. Det är inte alltid man börjar i rätt ände. Man kan inte köpa bil innan man har ett körkort till exempel, man måste ta körkort först sen kan man titta på bil. Ibland kan man vara lite vilsen och lite fel ute.

Nu i efterhand är det alltid lätt att vara efterklok och se saker och ting. Jag tror att jag hade haft mer kött på benen om man hade bromsat mer rejält, mer kraftigt här, och jobbat vidare härifrån. Jag tror överhuvudtaget inte att jag skulle ha åkt hem. Utan jag skulle, det var som jag sa tidigare, att jag skulle nog ha varit kvar här och blivit rejält avaktualiserad i min hemkommun, både hos mina vänner och kamrater i missbruk men också överhuvudtaget blivit avaktualiserad i min hemkommun mer än vad jag har varit, det tror jag. Men jag kan vara ganska ”pushig” ganska stark så.

Samtliga anser att målen i behandlingsplanen var realistiska. En klient har dock omvärderat målen i efterhand efter att ha återfallit i missbruk i samband med vård i hemkommunen.

Då tyckte jag det. Idag kan jag säga, så är det inte realistiskt att tro att man ska bli drogfri på sex månader. Det är ett helt liv nästan i missbruk. Men det visste jag inte då så ...

De insatser som sattes in bedömdes av flera klienter vara väl avvägda efter de problemområden som tagits upp. En klient har nyligen upprättat behandlingsplanen och anser sig inte kunna besvara frågan förrän han gått igenom insatserna. En annan är av åsikten att Rällsögården inte bedriver behandling och ej har behandlande insatser, han kallar vistelsen ”tid till eftertänksamhet” och anser frågan vara svår att besvara av den anledningen. Klienten som



återfallit i missbruk är av förklarliga skäl av åsikten att insatserna var missriktade. Ytterligare en klient skulle ha önskat mer enskilda samtal med psykolog där behandlare ej närvarar och där tillfälle ges att diskutera andra saker än medicin.

### **Analys insatser/mål**

Att insatserna är de rätta med rätt timing är av stor betydelse enligt Melin & Näsholm (1998). Missriktade insatser kan få katastrofala följder enligt Öberg & Sallmén (2000). Vi har valt att lägga upp denna delanalys på ett lite annorlunda sätt än övriga delanalyser. Vi börjar med att presentera ett klientfall som representerar arbetet utifrån förändringsfaserna i MAPS. Processen är givetvis långsam, men den komprimeras i presentationen. De mål och insatser som satts in analyseras utifrån förändringsfaserna. Efter denna analys följer en analys som är upplagd som de övriga analyserna. Vi bedömer att upplägget i arbetet med strukturerad behandlingsplanering väl överensstämmer med Melin & Näsholms (1998) syn på behandlingsplanering och analyserar därför inte denna koppling.

Klient A:s motivation var i praktiken obefintlig vid ankomsten till Rällsögården. Han beskriver att den enda önskan som fanns var att sitta av sin tid och sedan gå ut i samhället och fortsätta med sitt missbruk. Vägen var enkelspårig och han hade på egen hand inte lyckats se några lösningar på problemet. Enligt MAPS befann sig klienten i fas 1 = omedveten/uppgiven. I hans fall fanns en medvetenhet om vilken fas han befann sig i, men han såg inga alternativ till den aktuella livssituationen och har därför ingen önskan att förändras. Under vistelsen på Rällsögården genomfördes en MAPS intervju som tillsammans med andra omständigheter kan ha varit avgörande för den förändring som sedan skedde. Han beskriver själv att motivationen höjdes från noll till hundra. Orsaken som anges är att behandlarna lyssnade och motiverade honom att uppfylla det mål han hade. Det fanns vid tidpunkten tveksamheter från behandlarnas sida till den föreslagna behandlingen och även andra alternativ presenterades. Klienten beskriver att behandlarna stödde honom i sitt beslut, trots avvikande åsikter. Han fick chansen att ventilera för- och nackdelar, vilket skapade olika alternativ. Klienten hade i detta skede förflyttat sig till fas 2 = fundera/överväga och var på väg mot att fatta ett beslut. Genom nätverkets, socialtjänstens och behandlarnas stöd hjälptes klienten att fatta beslut om fortsatt behandling. Beslutet om förändring, som i detta fall innebar behandling i annan regi, togs på Rällsögården. Han befann sig då i fas 3 = beslut/förberedelse. Idag vistas klienten på ett behandlingshem under frivilliga former efter avslutad vård med stöd av LVM och är nu i fas 4 = handling/förändring.

En klient som befinner sig i fas 1 har ett stort motstånd. Då klienten är medveten om faran men omotiverad till förändring gäller det enligt SoC att arbeta för att så ett frö inför framtiden. Det är ingen idé att planera insatser för tidigt eller att arbeta med något klienten inte anser är ett problem. Då klienten givit upp tanken på beteendeförändring är det viktigt att inge hopp om förändring. Klienten i detta fall fick flytta ut på Rällsögårdens öppna avdelning där behandlarna främst arbetade med samtal. Han upplever att de lyssnade och att han blev hörd. Det var ingen som ”prackade” på honom idéer, vilket upplevdes positivt. Så snart han börjat överväga en förändring och såg att det fanns alternativ till att sitta av sin tid har fas 2 inletts, fundera/överväga. Möjligheten till förändring skapar hopp och då gäller det att stödja klienten att göra balanserade överväganden. Enligt DiClemente (Miller & Rollnik, 1991) väntar klienten på att den sista pusselbiten skall falla på plats och har en önskan att erhålla information som skall hjälpa denne att fatta beslut.

Behandlingsplaneringen skedde i samband med MAPS-intervjun. En ASI-feedback delgavs vilken överensstämde väl med livssituationen. Skattningarna bedömdes viktiga i sammanhanget när han upplevde att de visade vilka hjälpbehov som fanns. I denna klients fall kom vändningen då han tillsammans med personal fick ventilera sin situation och spåna på idéer inför framtiden. Han uttalar att motivationen började växa och att han tillslut fick grepp om den igen.

I MAPS vårdfas ”motivation/intentionsförändring” rekommenderas synliggörande av problemet, att för- och nackdelar lyfts fram. Motivationsarbetet är centralt i både första, andra och tredje fasen i MAPS. En presentation av olika behandlingsalternativ som skapar valmöjligheter samt motivationsinsatser för att hjälpa klienten att börja fundera/överväga rekommenderas. Det är vanligt att fas 2 blir en kronisk fas som klienten har svårt att ta sig ur då individen själv måste göra valet, informationen gör inte valet. Klienten i detta fall hade en mycket snabb process efter att tanken på förändring väckts. Enligt vad klienten och behandlaren beskrivit så tyder deras utsagor på att arbetet med motivationen skett på det ovan beskrivna sättet. Klienten erbjuds alternativ till behandling då motivationen väckts, men dennes åsikt kvarstår i valet av insats som han själv kommit på i samband med MAPS intervjun. Behandlaren räds inte att diskutera för- och nackdelar med valet av insats och klienten är av åsikten att diskussionerna har varit givande. Behandlaren har uppfattats som äkta då denne tagit ställning i frågan och får samtidigt en eloge i det stöd som givits då klienten fattat sitt beslut.

Så snart beslut fattats och ett positivt beteende initierats har fas 3 inletts, beslut/förberedelse. I fas 3 kompletteras motivationsarbetet med ”behandling/beteendeförändring” enligt MAPS vårdfaser. Detta innebär ett kontinuum av insatser, att klienten får ha en mer aktiv roll i hanteringen av problemet samt att behandlaren hjälper klienten överväga problemet för att se möjliga vägar att hantera det. Det är viktigt att en matchning av insatser sker utifrån klientens behov. Då klienten har fattat ett beslut skall fokus på insatsen läggas på konkreta förändringar i hanteringen av problemet. Det gäller för behandlaren att fastställa styrkan i beslutet. I det fall beslutet anses väl övervägt och rimligt skall det förstärkas i en behandlingsplan. En god strategi är att hjälpa klienten fokusera på detaljer och små mål i planen. Beslutet skall verkställas i en närliggande framtid, men det är viktigt att minnas att motivationen hos klienten kan vackla och att ambivalensen i beslutet ofta inte är löst. Här är det av värde att visualisera eventuella barriärer för förändringen och granska möjliga fallgropar. Vi kan omöjligt veta om klienten haft en mer aktiv roll i hanteringen av problemet, men kan gissa. Han har själv lagt upp det stora målet, att fortsätta sin behandling på ett annat behandlingshem som passar bättre för den missbruksproblematik som finns. Vägen dit har bestått av delmål som successivt har uppfyllts för att avslutas med det stora målet i behandlingsplanen, påbörja annan behandling. Vägen mot ett drogfritt liv.

När förändring inletts och klienten börjat handla befinner han sig i fas 4. Nu är det viktigt att klienten får stöd i beslutet att förändras och en yttre bekräftelse på planen som upprättats. Klienten har i intervjun uppgivit att han kände att behandlaren gav sitt stöd i beslutet. Det fanns en önskan från behandlaren sida att arbeta med fler delar än de som klienten angav, men det fick vänta. Han hade en önskan att ta en sak i taget då drogerna var ”prio ett”. De övriga sakerna som lägenhet och arbete bedömdes inte relevanta, då han såg det som ett projekt som låg flera år framåt i tiden. Genom att fokusera på de små delmålen som klienten lyckats med, bedöms behandlaren ha hjälpt honom höja sin self-efficacy. Klienten är vid utskrivningen av åsikten att hans tilltro till förmågan att förändras inom problemområdet ökat ofantligt. Även motivationen har ökat sedan inskrivningen sex månader tidigare, från noll till

hundra som klienten uttrycker det. Detta bedöms vara ett lyckat fall där insatserna matchats väl med de behov klienten haft. Klientens förändringsfaser tycks ha bedömts rätt i tid och bemötts enligt rekommendationerna i SoC.

Det finns dock svårigheter i bedömningen av i vilken fas klienter befinner sig. Enligt DiClemente (Miller & Rollnik, 1991) kan tecken på att klienten är bestämd i sina mål att förändras innebära en svaghet, istället för en styrka. Det kan tyda på att denne fortfarande försöker övertyga sig själv att förändring är det enda rätta. En klient som intervjuats beskriver att han återfallit i missbruk efter en placering i hemkommunen. Han upplever att planeringen gick för fort då han har facit i handen och även behandlaren är av den åsikten. Detta är en av svårigheterna med behandlingsplanering och bedömning av i vilken fas klienten befinner sig. I detta fall hade klienten bråttom att komma hem och kände att motivationen var mycket hög. Det är då lätt som behandlare att luras av klientens entusiasm. Då klienten dessutom är stark i sina åsikter kan det finnas svårigheter att stoppa förfarandet. Principen är att följa klientens linje i denna typ av behandlingsplanering och det kan vara svårt att veta var gränsen skall dras. En motiverad klient med klara mål som diskuterat sina möjliga fallgropar kan vara svår att avslöja.

Hur motiverar man som behandlare valet att gå emot den plan som förespråkas av klienten? Gäller det som behandlare att ha en fingertoppskänsla och lång erfarenhet? Hur mycket skall svängarna tas ut? Vi kan se att en kritik metoden kan få är just svårigheten att veta var gränsen skall sättas vid planering av insatser och mål. Behandlarens profession mot klientens kännedom om sig själv. Till smeten som skapar kakan skall också läggas att missbrukare ofta är duktiga manipulatörer, de lurar till och med sig själva.

Vinsterna med strukturerad behandlingsplanering med hjälp av instrumenten ASI och MAPS tycks dock vara stora. Klienterna känner att de fått skapa sina egna mål och att insatserna valts av dem själva. Samtliga bedömer att målen var realistiska. Kan det bero på att de skapat dem själva? Då misslyckanden sker kan skulden inte läggas på någon annan än den som tog beslutet, klienten själv. Detta ökar ansvaret hos klienten att fatta beslut om sitt eget liv, vilket följaktligen skapar delaktighet. Behandlarna får en mer tillfredsställande arbetssituation då konfrontationer undviks genom ett reflektivt lyssnande. De förväntas inte vara idésprutor som skall trolla med spöet för att allt skall bli bra. Även små förändringar är framsteg och de synliggörs med delmål i den färdiga behandlingsplanen. Till och med då ett misslyckande skett kan klienten se en vinst i det. Att i efterhand gå tillbaka till den ASI-feedback som skapades i inledningen av behandlingen upplevdes positivt. Behandlaren upplevs ha sett en sannare bild av klienten och har gjort en mer realistisk bedömning av dennes förutsättningar. Klienten har i efterhand fått upp ögonen för hur svårt problemet är att lösa och bedömer att en realistisk plan kan läggas upp för framtiden.

Att som behandlare lyssna på klienten, men att samtidigt vägleda utifrån den bedömning som gjorts efter kartläggningen, tycks vara en bra balans som uppskattas av både behandlare och klienter. Det är viktigt att en processmatchning sker under behandlingens gång då klientens syn förändras över tid. Fridell (1996) menar att behandlarens realism och erfarenhet hjälper och vägleder klienten. För högt ställda mål och ambitioner bäddar ofta för misslyckanden. Att skapa konkreta och realistiska mål är avgörande för möjligheten att uppnå det som eftersträvas.

## Struktur

### Behandlare

Struktur innebär att man kan se verksamhetens innehåll som en röd tråd. Först genomförs ASI-intervjun, därefter MAPS intervjun som efter ett möte med socialtjänsten leder till upprättandet av en strukturerad behandlingsplan. Även att det finns bestämda tidpunkter, regler och rutiner att följa innefattar vad som uppfattas som struktur.

Hela det här behandlingsplaneringssättet är struktur. Behandlarna vet vad de ska hålla sig till och klienterna är garanterade samma sak oavsett behandlare. Ett minimum av insatser alltså och det blir tydligt både för behandlare och klienter och även socialtjänst vad som försiggår.

Tydligheten är viktig i strukturarbetet. För att tydliggöra strukturen för klienten och vad behandlingen skall inriktas på, så är delmål ett förslag till arbetssätt. Då tydliga delmål finns kan behandlaren tydligt visa vad som åstadkommit och vad som anses rimligt att åstadkomma resten av tiden. Förslagsvis kan en ”framåttlinje” ritas upp där de sex månader som LVM:et innefattar symboliseras. På denna linje kan sedan delmål exemplifieras.

Och om det spårar ur, vilket det ofta gör under den här resan om man skall kalla det så, få nåt slags stopp fortast möjligt tillbaka in på linjen igen och vidare. Inte låta varje återfall bli en ny planering och en ny planering i all oändlighet ... utan en planering finns och den har du gjort, alltså måste den vara viktigt för dig. Nu går vi tillbaka och nu börjar vi om igen.

Påpekas bör att vissa klienter behöver mer struktur än andra för att få tillvaron att fungera. Då är det viktigt som behandlare att kunna sätta tydliga ramar och att kunna säga nej.

... den här klienten jag tänker på är väldigt ... det måste vara klart och tydligt och det får inte finnas några frågetecken. För hans del kanske det hade varit enklare och lugnare om han hade haft ett veckoschema där han dag för dag, timme för timme, hade sett att det här kommer att hända.

Behandlarna på Rällsögården kan se att det finns en tydlig struktur i verksamheten. Strukturarbete är ett arbete som ständigt fortgår. Detta behövs för att kunna upprätthålla den struktur som eftersträvas. Fördelarna med att arbeta strukturerat är att varje klient som kommer till Rällsögården får samma möjlighet till behandling oavsett vilken behandlare denne träffar. Samtliga arbetar utifrån samma grund och med samma instrument. Grunden till behandlingsplanen läggs i ett tidigt skede. Strukturen i arbetssättet skapar också en trygghet för både behandlare och klienter. Struktur i en behandling är oerhört viktigt, en behandlare förklarar nedan varför det är så viktigt:

För missbrukarnas absoluta bekymmer, det är att de är så totalt gränslösa. De skulle inte ha hamnat i den här livssituationen annars. Och missbruket i sig gör ju precis allting till slut alldeles gränslöst om man säger så. Det finns inte en människa som skulle hålla i sig två liter alkohol per dygn i tre veckor om han inte vore totalt gränslös. Och det finns ingen människa som skulle injicera i sin egen kropp, någonting som man inte har en aning om vad det är för någonting, om man inte är totalt gränslös. Och det finns ingen människa som skulle bete sig på ett sånt sätt mot nära och kära och andra, om man inte är precis gränslös. Och då är behandlingsplanen i sin tur oerhört viktig att den är strukturerad. Det är den enda struktur man i så fall har i tillvaron.

Nackdelen med ett strukturerat arbetssätt som Rällsögården bedriver är att det tar tid att integrera i personalgruppen, personalomsättningen är stor. Nackdelen kan också vara att det kan finnas svårigheter med att hålla arbetssättet levande. Som behandlare är det viktigt att inte

börja se på ASI och MAPS som rutinmässiga instrument som bara skall genomföras på kortast möjliga tid. Tid till eftertanke måste ges, behandlaren måste få tid till att tänka igenom det sagda, kunna dra ihop trådarna, försöka urskönja mönster och dylikt. Ytterligare en nackdel kan vara att socialtjänsten kan ha svårt att förstå behandlingsplanen då den är uppbyggd utifrån ASI och MAPS om de inte har någon kännedom om instrumenten.

### **Klienter**

De flesta klienterna kan se en tydlig struktur i Rällsögårdens verksamhet, men de lägger olika innebörd i ordet struktur. Att ha givna ramar, ett färdigt schema med tider och innehåll, generella ordningsregler, att hålla människor borta från alkohol, inopererande av en antabus-kapsel, frihet under ansvar, att kunna prata med behandlarna, aktiviteter som tema och föreläsningar, att ha tydliga mål i en strukturerad behandling är exempel som presenteras. En tydlig struktur med givna mål, men ingen behandling, är en åsikt som framförs om Rällsögården. En klient anser att strukturen borde vara mer individanpassad och att det borde finnas en frihet inom de givna ramarna.

Det finns en tydlig struktur, väldigt tydlig struktur, men den är inte så individanpassad som den borde vara då det är en genomströmning av människor hela tiden, nya människor, och ofta hinns det inte med att skraddarsy strukturen för var och en av oss. Det måste vara generella ordningsregler och en struktur framförallt, arbetsbördan skulle bli omöjlig annars, det skulle bli väldigt svårt.

Fördelar som nämns om skapandet av en strukturerad behandlingsplan är att man får ett färdigt mål att se fram emot, att man får arbeta med det som bedöms vara mest angeläget och att man får hjälp på traven att se vilka områden som är viktiga att arbeta med. En klient uppger att det är ett stöd och en annan att det finns en överlevnadsvinst i att ha en strukturerad plan där givna mål är uppsatta. Många har levt i avsaknad av struktur, en klient uttalar sig på följande sätt om strukturerad behandlingsplanering:

Jag tycker att det bara är fördelar. Som i mitt fall som narkoman så har man inte haft någon struktur alls på sitt liv. Man har bestämt sina egna ramar och lagar ibland också. Det kan vara rätt skönt att ha klara ramar och strukturer.

En klient påtalar skillnaden i arbetssättet på Rällsögården idag mot då han var på Rällsögården för några år sedan. Denne klient anser att det är en tydligare struktur och tydligare mål med samtalen och att fler personer tar tag i klienternas problem. Samtal hölls även tidigare, men de var enligt klienten av en annan karaktär.

Det var att gå in och prata lite skit med avdelningsföreståndaren, men det var aldrig några riktiga samtal. Ja hur skall jag säga, att man jobbade med problemet, eller pratade om det då. Inte på samma sätt som nu.

En klient uppger att det finns en nackdel med strukturerade behandlingsplaner. Denne är av åsikten ett det kan vara jobbigt att ha mycket saker inplanerade i en given plan då det minskar friheten, men anser dock att strukturen är ett stöd för nykterheten. Svårigheter att hålla en tydlig struktur och få klienter motiverade då de tvångsvårdas nämns. Klienten är dock av åsikten att Rällsögården lyckas hålla en tydlig struktur och ha deltagande klienter i verksamheten, trots den tvingande åtgärden. En åsikt som framförs är att strukturen borde omfatta även arbetet utanför institutionen.

Det skulle väl ha varit lite mer social träning eller vad man skall kalla det för, livet utanför institutionen. Att det satsades lite mer på den. Eftersom nu är det skola i hur man lär sig och beter sig och uppför sig på institut, så man vet det till nästa gång. Det skulle vara lite mer individuellt där också kanske ... kanske måste man göra någonting åt att försöka få det att fungera på hemmaplan, det är ju där man ska leva sen.

Strukturen uppskattas, men behandlingstiden bedöms vara för kort för att sätta in de insatser som behövs för de problem som framkommer vid skapandet av den strukturerade behandlingsplanen. En klient påtalar att det är en bra början men att det skulle behöva byggas på med mycket mer. En annan nämner svårigheten att få gehör i hemkommunen för det som framkommit under vistelsen på Rällsögården. Det bedöms viktigt att kunna agera i lagom takt och inte skynda på processen. Ytterligare påpekanden är att det tar ungefär tre till fyra månader innan man börjar fungera som en tänkande människa. Det är först då emotionella känslor, doftsinne och annat kommer tillbaka. Praktiska göromål som arbete och ekonomi är lättare att strukturera upp jämfört med relationer och emotionella delar som tar mer tid i anspråk.

Praktiska detaljer, det är dom lätta sakerna att lösa. Tyvärr så är inte relationer människor emellan lika enkelt som att korrigera sitt saldo på kontot. Utan det kräver lite annat tyvärr. Så här är det, leva nykter det kan vilken idiot som helst göra, det är ingen konst. Men att leva sen, det är något helt annat.

### **Analys struktur**

Det kognitiva arbetssättet på Rällsögården är mycket strukturerat. Ett behandlingssamtal följer alltid samma upplägg och hemuppgifter är en del i behandlingen. Att arbeta utifrån ett kognitivt förhållningssätt samt använda instrumenten ASI och MAPS upplevs av behandlarna som ett strukturerat sätt att arbeta. Arbetssättet går väl i linje med den strukturerade behandlingsplan som sedan upprättas gemensamt med klienten utifrån ovan nämnda instrument. Det finns lagstadgat att varje klient har rätt att få en behandlingsplan upprättad då de vårdas med stöd av LVM. Enligt Melin & Näsholm (1998) skall behandlingsplaneringen ske i flera led. Kartläggning, bedömning samt planering av aktuella insatser är komponenter som nämns. Processen vid skapandet av de strukturerade behandlingsplanerna på Rällsögården sker också i flera steg. ASI-intervjun är första steget där kartläggning av klientens situation sker. I denna intervju framkommer fakta kring klientens livssituation, det så kallade faktaperspektivet belyses. Bedömningen sker sedan i flera led. Klienten själv bedömer sin situation i intervju-situationen och detta representerar det subjektiva perspektivet. Behandlaren bedömer klientens problem och hjälpbehov i en intervjuarskattning och på så sätt belyses intervjuarspektivet. Resultatet av intervjun återföres till klienten i form av en ASI-feedback både muntligt och skriftligt. Bedömning sker utifrån fakta, klientens skattningar och intervjuarens skattningar. Miller & Rollnik (1991) påpekar att det är viktigt att gå igenom den skriftliga återkopplingen noga med klienten punkt för punkt, den skall inte bara lämnas över. Sista ledet är planeringen av insatser vilket sker via en MAPS-intervju. Klienten och behandlaren överenskommer mål och medel som behövs för att uppnå målen.

ASI, MAPS och de strukturerade behandlingsplaner som upprättas upplevs av både klienter och personal som ett stöd i strukturen. Behandlarna ser även arbetssättet som trygghets-skapande, men ingen av klienterna har nämnt denna faktor. Strukturen har förändrats över tid. Behandlande samtal har bedrivits med klienter även tidigare. Det intressanta i sammanhanget är att klienterna idag uppfattar att de erhåller strukturerade samtal. Kan instrumenten som används vara en orsak till att samtalen upplevs på ett annat sätt? Det uttalande klienten gjort kan stå för mycket. Är det så att hela verksamheten i sig är mer strukturerad och att samtalen av den anledningen upplevs annorlunda? Har denne klient endast syftat till de samtal där ASI,

MAPS och behandlingsplanen upprättats eller upplevs samtliga samtal med behandlare mer strukturerade? Samtliga klienter är idag garanterade minst sex strukturerade samtal innehållande ASI, ASI-feedback, MAPS, genomgång av MAPS och ett möte med socialtjänsten där behandlingsplanen upprättas samt en genomgång av behandlingsplanen vid ett senare tillfälle. Utöver detta har varje klient ungefär ett samtal i veckan med sin kontaktman. Dessa veckosamtal hölls även tidigare. Troligtvis är det så att de sex strukturerade samtal som lagts till bidrar till känslan av en tydligare struktur.

Hela behandlingen har betydelse för utfallet, men forskning har visat att struktur i behandling ger goda resultat. Struktur har även visat sig påverka att klienten stannar och fullföljer behandlingen (Fridell, 1996). Behandlare på Rällsögården har givit exempel på hur klientens tillvaro kan struktureras upp via en "framåtlinje" där tidpunkter och innehåll markeras vilket ger ett sammanhang för behandlingstiden. Strukturen upplevs som viktig då missbrukare ofta är gränslösa. Detta går i linje med vad Melin & Näsholm (1998) uttalat. En hög grad av struktur ses som nödvändig för vissa klienter. Främst de som saknar total kontroll över sitt missbruk, de som har en låg konceptuell nivå och en låg personlighetsmognad. Behandlarna har lättare än klienterna att se nackdelar i ett strukturerat arbetssätt. Anledningen till detta kan vara att klienterna erhåller flest fördelar men att det kräver en hel del av behandlarna för att hålla strukturen och att det är ett ständigt pågående arbete.

Flera behandlingsmodeller har skapats utifrån synsättet att struktur är en viktig faktor, bland annat av Zimberg, Thylefors och Kylén (Melin & Näsholm, 1998). De instrument Rällsögården valt att arbeta med har valts med anledning av dess strukturerade upplägg. De flesta respondenter kan se att det finns en tydlig struktur i Rällsögårdens verksamhet. En trolig bidragande orsak är den struktur instrumenten skapar.

## 6 Slutdiskussion

Den undersökning som genomförts har till stor del visat att både klienters och behandlars erfarenheter av strukturerad behandlingsplanering utifrån ASI och MAPS är positiva. En fråga som ofta ställs då ASI diskuteras i publika sammanhang är om klienterna upplever det som kränkande att dessa personliga frågor ställs. Vår erfarenhet är att det ofta är behandlarna som upplever det svårare att ställa frågorna än vad klienterna anser att det är att besvara dem. De berättar snarare mer om sitt liv än vad som efterfrågas. Några av klienterna i vår undersökning uppger att frågorna kan upplevas för djupgående och svåra att besvara. Flera av dem har dock sagt att svårigheten inte gäller dem, men att det skulle kunna gälla någon annan. Att bemöta klienten på ett naturligt sätt och inte bli förvånad över svaren bedömer vi viktigt, men det kräver även att behandlaren kan sätta gränser. Vad är det som orsakar rädslan hos behandlare att ställa dessa frågor? Är praxis att vi skall samtala med klienter och inte utreda, eller vad skapar denna oro? Det som kanske i framtiden kan bidra till att avdramatisera frågan är att klienterna faktiskt tycks se en behandlande effekt i intervjuerna. Vid förfrågan i vilka insatser de funnit ett värde nämner klienterna dessa intervjusituationer. De har skapat insikt och givit ett uppvaknande. Behandlarna upplevs ha lyssnat och de har givits en chans att berätta. Detta om något är värt att notera.

Resultaten av den forskning som genomförts vid användandet av MI visar bäst resultat med klienter som har medelsvår problematik. I SBU-rapporten (2001a) har problemtyngden delats in i tre delar (se rubrik MI under avsnittet: Forskning avseende behandling av missbrukare). Majoriteten av Rällsögårdens klienter ingår i kategorin tung problematik, men en del tillhör den medelsvåra kategorin. Missbruket anses vara av allvarlig karaktär då klienterna annars inte skulle vara tvångsomhändertagna. MI har utvecklats i arbete med så kallade ”problem-drinkers” i USA, vilket innebär högkonsumenter i Sverige. Dessa personer ser sig oftast som de flesta andra och har även en önskan att vara som alla andra. Många av de klienter som vårdas med stöd av LVM har för länge sedan givit upp tanken på att bli som de flesta andra. Missbruket och deras livssituation har normaliserats och visionen av en annan levnadssituation har många gånger för länge sedan suddats ut. David Öberg som varit med och utvecklat MAPS har vid flertalet tillfällen poängterat vikten av att ha detta i åtanke. MI är en bra teknik att använda i arbetet med MAPS, men en för hög tilltro till metoden kan vålla problem. Det är viktigt att gå försiktigt fram och undvika att skapa motstånd. MI bedöms fungera bäst i de tidiga faserna i MAPS då det främst handlar om kognitioner och inte beteenden. Kognitiva tekniker är överlag lämpliga i arbetet med klienter som befinner sig i dessa faser. Utgångspunkten är att klienten inte är intresserad av en förändring då hjälpen ej söktes på eget bevåg. Rent motivationsarbete bedöms vara mest värdefullt då andra insatser är svåra för klienten att ta till sig. MI skall användas med sunt förnuft och inte missbrukas. En kritik som framförts mot MI är att missbrukande av metoden kan ske i form av manipulation av klienter (SBU, 2001a). Trots dessa aspekter bedömer vi att värdet av att arbeta med motiverande samtal är högre än de risker som finns. Trots att behandlarna på Rällsögården inte lärt sig metoden fullt ut tillämpas många av dess strategier. Klienterna känner att deras röster blir hörda och det i sig är en vinst.

Hur mycket påverkar behandlaren relation och förhållningssätt till klienten behandlingsutfallet? Det är av största vikt att en medvetenhet finns hos behandlaren att relationen har stor betydelse för utfallet. Vi har diskuterat med David Öberg om det goda bemötandet ger en betydande förändring. Öberg spekulerar i att klienterna givetvis får en trevligare vistelse på Rällsögården, men genererar det en beteendeförändring? Senare års forskning kring kvalitet har visat att det är viktigt att skilja på det klienten behöver för att må bra under behandlings-



tiden, med resultaten av behandlingsinsatsen. Fridell (1996) tar upp att klienterna kan känna sig väl omhändertagna av behandlarna utan att de för den skull upplever att de blivit hjälpta med problemen. Trots god kvalitet i omhändertagandet garanteras inte ett bra behandlingsresultat. Vi menar dock att utan detta finns risk att behandlingseffekten uteblir. Ett oetiskt förhållningssätt skapar inte förutsättningar för det goda mötet. Om inte ett bra möte kommer till stånd sker ingen förändring hos klienten. Risken finns att LVM-vården upplevs som ett straff. Vi tror att ett professionellt bemötande och ett positivt förhållningssätt kombinerat med en bra metod och struktur i verksamheten är en bra grund. Att möta klienten där denne befinner sig, lyssna och i detta kunna vägleda är till synes ett bra koncept. Både klienter och behandlare har påtalat vikten av att behandlaren kan sätta stopp. Det finns en risk i att låta klienten ta över vilket även är den farhåga som yppats i mötet med behandlare som får höra talas om strukturerad behandlingsplanering utifrån ASI och MAPS. Frågan som ofta ställs är, skall vi inte som professionella besluta över de insatser som skall sättas in? Efter att ha genomfört denna studie är vi av åsikten att det är av största vikt att lyssna på vad klienten själv vill. När klienten känner sig hörd och känner att det finns en möjlighet att själv välja är chansen större att behandlarens åsikter kan accepteras. Klienterna på Rällsögården har själva uttalat vikten av att behandlaren kan sätta stopp. Även Fridell (1996) berör att behandlare måste vara beredda att vidta nödvändiga åtgärder som inte möts med uppskattning från klienterna. Dessa åtgärder behövs för att verksamheten skall fungera. En tydlig struktur och effektivitet har dessutom visat sig ha betydelse för om klienterna stannar kvar behandlingstiden ut eller ej. En längre sammanhållen behandlingstid skapar en närmare kontakt med behandlaren vilket medför större chans till ett lyckat resultat.

Arbetet med strukturerade behandlingsplaner anses av respondenterna vara fördelaktigt, vilket vi tidigare nämnt. Det är dock som behandlare viktigt att poängtera för klienten att verksamheten har ett visst upplägg och följer en given struktur. Behandlarna i denna studie har samtliga informerat klienten de intervjuat om upplägget vid skapandet av en strukturerad behandlingsplan. Det intressanta är att de flesta klienter inte minns att de informerats om syfte och upplägg. Detta visar vikten av att vara övertydlig vid informationstillfället. Först då klienten ser att denne får insatser upplevs de vara av behandlande karaktär. Vissa klienter upplever att de inte får någon behandling. Dessa klienter har svårt att definiera vad behandling innebär. Det är minst lika viktigt i dessa sammanhang att vara övertydlig. Det kan innebära en så enkel sak som att tydligt uttala för klienten att exempelvis idag kl 14.00 skall vi ha ett behandlingsamtal och kl 11.00 arbetar vi med återfallsprevention. Detta stärker troligtvis klienternas åsikt om att behandling förekommer. Påpekas bör att de samtal som inte är förutbestämda avseende tid och innehåll också har stor betydelse för klienten. Ibland förekommer en samtalsliknande situation i exempelvis köket eller framför TV:n som uppskattas mycket. En promenad kan generera information från klienten som är av värde för den fortsatta behandlingen. Vissa klienter har lättare att prata om sig själva i naturliga miljöer som vid en bilfärd eller då löven krattas, medan andra inte anser att ett samtal av värde då förekommit. En kombination mellan "behandlande samtal" och "allmänna samtal" anser vi vara eftersträvänsvärt. Det är viktigt att både behandlare och klienter ser att aktiviteterna och samtalen är behandling. Då klienterna förstår att insatserna är behandling skapas andra förväntningar på dem. Att tydliggöra att även de allmänna samtalen ingår i strukturen är av vikt och lyfter även fram dess värde. Flera av respondenterna har även nämnt värdet av de allmänna samtalen.

Gerdner (1998b) skriver att flera studier visar på att ett mer behandlingsinsriktat arbete på LVM-institutionerna vore önskvärt. Efterfrågan kommer från både socialtjänst och klienter. Även om klienterna på Rällsögården själva inte kan se att de erhåller behandling så har de beskrivit att positiva förändringar skett. Exempel de anger är att motivationen har ökat och att

deras tro på sin egen förmåga att klara en given uppgift har ökat. Trots att vården initierats mot deras vilja och de varit omotiverade vid ankomsten till Rällsögården har en förändring ägt rum. Motivationsarbetet tycks ha ett stort värde och instrumenten hjälper behandlarna att hålla strukturen. Genom att insatserna relateras till klienternas egna upplevda behov kan motivation skapas, trots tvånget. Då detta tydliggörs och de själva ser att matchningen av insatser anpassas till de uttalade behoven är mycket vunnet. Oavsett vad vi väljer att kalla insatserna har en förändring skett, en behandlande åtgärd har givit resultat. Det är inte etiskt försvarbart att bedriva tvångsvård utan att erbjuda klienten något. Att en förändring åstadkommit oavsett storlek eller att ett uppvaknande skett är av största värde. Rällsögården arbetar med det DiClemente (1999) beskriver motivation till förändring. Oavsett om klienten vill ta emot behandling kan insatser erbjudas. Holm (2001) menar att en professionell hållning är att ha en strävan att sätta det som gagnar klienten i centrum. Vi tror att detta underlättas genom att lyssna på klientens egna önsknings. Respondenterna i denna studie har känt sig hörda och upplever att de själva kunnat påverka målen med behandlingen. Om detta beror på de instrument och de intervjutekniker som tillämpats eller behandlarnas förhållningssätt är svårt att besvara.

En möjlighet till utveckling av arbetet med strukturerade behandlingsplaner på Rällsögården skulle kunna vara att genomföra MAPS-intervjun vid flera tillfällen under behandlingstiden. Då förändringsprocessen ständigt pågår, kan det vara motivationshöjande för klienten att lyfta fram de förändringar som skett. En utvärdering av arbetet sker då även kontinuerligt och behandlingsplanen uppgraderas. Även behandlaren får ett mått på om klienten närmat sig det uppsatta målet. Detta gör förändringsprocessen mer aktiv och levande. Det hjälper behandlaren att vara fokuserad på sin arbetsuppgift och minskar risken att processen stannar upp. Faran med att ha tydliga instrument och ett stort arbete förlagt till planering är att det tar mycket tid i anspråk. Det finns även en risk att behandlaren upplever att skapandet av behandlingsplanen är det största arbetet. Processen måste vara levande och i det aktiva arbetet med den plan som upprättats ligger den största tyngden. Genom att genomföra MAPS-intervjuer med förslagsvis fyra till sex veckors intervall sker en kontinuerlig utvärdering av behandlingen. Att en klient inte förändrats under denna tid behöver inte innebära att framsteg uteblivit. Denne kan exempelvis ha fått ett negativt besked som stannat upp processen och skulle kanske ha backat om inte aktiva insatser fortgått. Vi tror att kontinuerlig uppföljning och revidering av behandlingsplanen med hjälp av MAPS kan strukturera verksamheten ytterligare. Det kräver dock ett stort ansvar av behandlaren för att kunna genomföra detta. Vi tror även att kontakten mellan socialtjänst och behandlingshem blir tätare om arbetet skulle läggas upp på sättet som föreslås. En revidering av planen kräver socialtjänstens delaktighet och godkännande. Den större delaktigheten skulle förhoppningsvis även gynna det framtida arbetet mellan klient och socialtjänst.

En intressant aspekt som framkommit i denna studie är att mer tid än sex månader behövs för att bedriva kvalitativt arbete med klienterna. Instrumenten bedöms fylla sitt syfte, men de bör utnyttjas även i förlängningen då LVM-tiden är begränsad. Idag används ASI och MAPS för utredning, kartläggning och matchning av insatser i den behandlingsplan som avser behandlingstiden. Materialet används under tiden klienten vistas på Rällsögården men de insatser som bedöms vara viktiga för klienten kanske inte hinns med fullt ut under den begränsade tiden. Det vore önskvärt att de utredningsmöjligheter som finns utnyttjades till klientens förmån även efter avslutat LVM. Klienten befinner sig på Rällsögården under en längre tid vilket skapar en möjlighet att påbörja ett omfattande motivationsarbete. Inom socialtjänsten kan det vara svårt att få en kontinuitet i utredningsarbetet då klienten periodvis uteblir från inplanerade möten. Ett större samarbete över gränserna mellan behandlingshem och socialtjänst skulle

gagna klienten. Gerdner (1998a) har i sin forskning påpekat att ett flertal studiers resultat tyder på att en långsiktig övervakad eftervård är central. Vi anser att de insatser som planeras bör spänna över en längre tidsperiod, längre än sex månader. Att utreda, försöka få klienten motiverad att förändra sin livssituation samt initiera en behandlingsinsats är ungefär vad som hinns med under LVM-tiden. Det är då av största värde att motivationen hålls vid liv efter utskrivningen och att insatser fortgår. Att bedriva motivationsarbete för att öka klientens motivation till deltagande i något som inte finns är inte bra. Motivationsarbetet förutsätter att en fungerande öppenvård eller andra alternativ finns att erbjuda efter avslutad LVM-vård. Idag är förutsättningarna för klienterna ojämna. Kommunerna har olika eftervårds- och öppenvårdsresurser att erbjuda för missbrukarvård. Även kommunernas ekonomi varierar, samt hur resurserna fördelas.

Vad innebär då en ”lyckad” behandling? Är det att alkoholisten som druckit 20 år tillbaka i tiden inte skall dricka en droppe sedan denne satt sin fot på Rällsögården? Detta är önsketänkande. Det är enligt Fridell (1996) viktigt att utvärdera om behandlingen lett till förändringar som minskar klientens riskbeteenden på sikt. Enkla måluppfyllelsekrav är ett bra mått på behandlingsutfallet och kan även skapa en positiv attityd i behandlingssituationen. Vi anser att arbetssättet med MAPS avlastar kravet på klienten att gå från steg ett till sista steget i trappan direkt. Det finns många trappsteg som måste passeras innan det sista trappsteget nås. Små realistiska delmål kan föra klienten längre upp i trappan. Att klienten själv är delaktig och att förändringarna är påvisbara skapar motivation. Men arbetet är långt ifrån slut efter ett halvårs behandling.

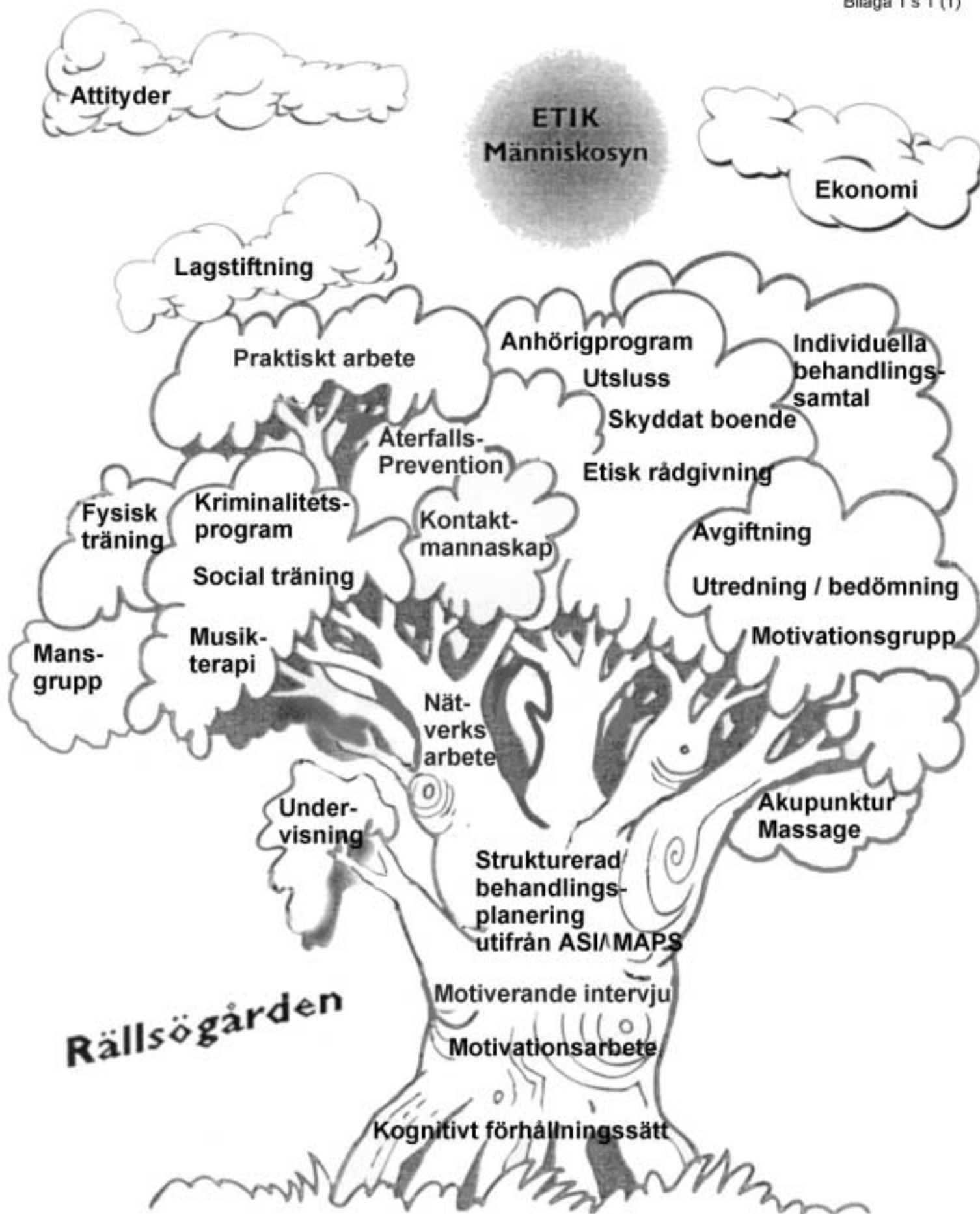
Vad som bör utredas, hur det ska gå till och vilka insatser som är lämpliga utifrån den komplexa problembild LVM-klienterna har är svåra frågor att besvara. Rällsögårdens behandlingsplanering går i linje med den senaste forskningen som genomförts vid Umeå universitet kring klienters problembild och probleminsikt. ASI rekommenderas för att belysa differenser mellan klienter och behandlares perspektiv. Att öka insikten skapar motivation. Arbetet måste inledas där klienten befinner sig. Insatser kan inte inledas utan att den enskilde har en önskan att ta emot dem. Utredningen på Rällsögården sker för att individualistiskt utformade behandlingsplaner skall upprättas. Hur kommer arbetssättet att utvecklas de närmaste åren? Kommer övriga klienter som kommer till Rällsögården att uppskatta arbetssättet som respondenterna i denna studie? Många funderingar finns. Det är först vid genomförandet av en ny studie, då arbetet med strukturerade behandlingsplaner satt sig i Rällsögårdens väggar, som vi kan få svaren. Rällsögården har för avsikt att inom två år genomföra en uppföljningsstudie där resultaten jämförs med de resultat som här presenterats. Behandlarna har då fått utbildning i MI och har hunnit arbeta med metoden en tid. Det skall även bli intressant att se hur missbrukarvården ser ut då och om den senaste forskningen påverkat eftervården i en positiv riktning. Nästa steg för Rällsögården är strukturerad utskrivningsplanering med MAPS som grund. Under behandlingstiden har klientens problemområden kartlagts, svagheter och styrkor har bedömts. Tanken är att framtida insatser för klienten skall planeras gemensamt med socialtjänsten utifrån en ny MAPS intervju. Klienterna följs sedan upp efter ytterligare sex månader då en uppföljningsintervju genomförs med hjälp av MAPS. Då detta led införts innebär det att Rällsögården bedriver strukturerad behandlings- och utskrivningsplanering samt kontinuerligt genomför en uppföljning och utvärdering av den behandlingsinsats som genomförts under de sex månader klienten vårdats med stöd av LVM.

## Referenser

- Andréasson S. et al (1999) ASI – en strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem. *CUS* 1999:2. Stockholm: Norstedts.
- Armelius B-Å., Armelius K., Larsson H. & Sundbom E. (2002) *Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter. Jämförelser baserade på ASI, SASB och DMT.* Forskningsrapport 2002:1, Statens institutionsstyrelse.
- Bandura A. (1997) The anatomy of SoC (editorial). *Am J Health Promot* 1997, 12:8–10.
- Bergmark A., Oscarsson, L. (1999) Behandlingsmotivation och tvångsvård. *Socialvetenskaplig tidsskrift* 1999, 3:195–211.
- Bergmark A. & Oscarsson L. (2000) Om behandlingsbegreppet inom alkoholvården. *Behandling av alkoholproblem – En kunskapsöversikt.* CUS. Stockholm: Liber.
- Bergmark Å. (1998) *Nyckelbegrepp i socialt arbete.* Lund: Studentlitteratur.
- Blanken et al (1994) *European Addiction Severity Index. A guide to training and administring Europ ASI interviews.* Rotterdam: Cost a 6.
- Bryman A. (1997) *Kvantitet och kvalitet i samhällsvetenskaplig forskning.* Lund: Studentlitteratur.
- Davidson R. (1992) Prochaska and DiClemente´s model of change a case study? (editorial). *Br J Addict* 1992, 87: 821–22.
- DiClemente C. C. (1999) Motivation for change: Implications for substance Abuse Treatment. *Psychological Science VOL. 10, 3:209-213.*
- Fridell M. (1996) *Institutionella behandlingsformer vid missbruk – organisation, ideologi och resultat.* Borås: Natur och Kultur.
- Friedman et al (1997) *Supplementary administration manual for the expanded female version of the Addiction Severity Index (ASI) instrument, the ASI-f.* DHHS publication no 98–3180. Rockville: Samhsa.
- Gerdner, A. (1998a) *Compulsory treatment for alcohol use disorders-clinical and methodological studies of treatment outcome.* Lund University.
- Gerdner, A. (1998b) *LVM-vårdens kvalitet enligt socialtjänstens bedömning.* Forskningsrapport nr 1 1998. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Halvorsen K. (1992) *Samhällsvetenskaplig metod.* Lund: Studentlitteratur.
- HFSR:s Etik-kommitté (1991) *Forskningsetiska principen för humaniora och samhällsvetenskap.* Uppsala: Ord & Form.
- Holm, U. (2001) *Empati och professionellt förhållningssätt – behandlarrollen i missbrukarvården.* Forskningsrapport nr 3 2001. Statens institutionsstyrelse.
- Holme I. M. & Solvang, B. K. (1997) *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder.* Lund: Studentlitteratur.
- Jenner H. (1987) *Motivation hos missbrukare och behandlare.* Lund: Studentlitteratur.
- Kvale S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Lund: Studentlitteratur.
- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall – LVM (1988:870).
- Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.
- Leissner T. (red) (1997) *Alkohol - Ett psykosocialt beteende och samhällsvetenskapligt perspektiv.* Lund: Studentlitteratur.
- Lillington L. M. (1997) AHCPR smoking cessation guidelinegoals and impact: examples from the nursing field. *Tobacco control* 1997, 6:39-43.
- Melin A-G. & Näsholm C. (1998) *Behandlingsplanering vid missbruk.* Lund: Studentlitteratur.
- Miller W. R. (1983) Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11:147–172.

- Miller W. R. (1985b) Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98:84-107.
- Miller, W. R. & Rollnik S. (1991) *Motivational interviewing - preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Miller W. R. (2002) Motivational interviewing: Research, Practice, and Puzzles. *Addictive Behaviors Vol 21;6:835–842*. Hämtat på: [www.motivationalinterview.org](http://www.motivationalinterview.org).
- Möller K., Gerdner A. & Oscarsson A. (1998) *Rällsögården. 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare*. SiS följer upp och utvecklar 1/98.
- Nationalencyklopedin (1994 band 13:474).
- Perris C. (1986) *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Stockholm: Natur och kultur.
- Revstedt P. (1995) *Motivationsarbete*. Andra upplagan. Stockholm: Liber.
- Richmond R. (1996) Education medical students about tobacco: Teachers' manual and students' handouts. In: Richmond R, ed: *Educating medical students about tobacco: Planning and implementation*. Paris: *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*.
- Rollnick S. & Miller W.R. (1995) What is motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23:325–334.
- SBU-rapport (1998) Metoder för rökavvänjning. *Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU 1998;138 kap 4*. Stockholm: Elanders Graphic Systems.
- SBU-rapport (2001a) Behandling av alkohol- och narkotikaproblem – En evidensbaserad kunskapssammanställning. *Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU 2001;156 del 1*. Stockholm: Elanders Graphic Systems.
- SBU-rapport (2001b) Behandling av alkohol- och narkotikaproblem – En evidensbaserad kunskapssammanställning. *Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU 2001;156 del 2*. Stockholm: Elanders Graphic Systems.
- Smedlund G. (1996) A theoretical and empirical investigation of smoking, stress, and disease: results from a population survey. Trondheim: *Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine, 1996*. (Doctoral thesis).
- Socialtjänstlagen (2001:453).
- SOSFS 1997:6. Socialstyrelsens allmänna råd. Tillämpning av lagen (1998:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Hämtat på: [www.sos.se/sosfs/1997\\_6/1997\\_6.htm](http://www.sos.se/sosfs/1997_6/1997_6.htm).
- SOS publikation (1998) Balans i missbrukarvården? *Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:3*. Hämtat på: <http://www.sos.se.../fu9803.ht>.
- Stenius K. (2001) Tvångsvården – den mörkaste välfärdsberättelsen. *CAN 100 ÅR 1901-2001*. Stockholm: Jubileumsutgåva av Alkohol & Narkotika 2001;6.
- Svensson K. (2000) Motivationsarbetets praktiska ramar. Red: Eva Johnsson, Leili Laanements, Kerstin Svensson. *Narkotikamissbruk – Debatt, behandling och begrepp*. Lund: Studentlitteratur.
- Thomsson H. (2002) *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- U. S. Department of Health and Human Services. Strategies to control tobacco use in the United States: a blueprint for public health action in the 1990's. U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Cancer Institute, *NIH Publication 1991;92–3316*.
- Whitehead M. (1997) How useful is the “SoC” model? (editorial). *Health Educ J 1997; 56: 111–12*.
- Widerberg K. (1995) *Att skriva vetenskapliga uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Öberg D., Sallmén B., Kaplan C. & Yates R. (1998) ASI Feedback Form (AFF) – a toll for maximising the clinical use of the EuroASI. Ewodor annual meeting, Stirling, Scotland, Sept. 1998. *Abstract, oral presentation*.

- Öberg D. & Sallmén B. (1999) *MAPS - svensk manual*. Opublicerat manuskript.
- Öberg D. & Sallmén B. (2000) Gemensam utredningsmetodik som metod för förbättrad kommunikation mellan sektorer och ökad professionalism. *RFMA-debatt 2000;3:6–10*.



Kognitiv teori - Miljöterapi Beroendelära Utvecklingspsykologi

## Intervjuguide – klienter

### Instrument

- Blev du informerad om intervjuernas syfte?
- Vilken är din erfarenhet av ASI respektive MAPS?
- Var frågorna relevanta för att hjälpa dig beskriva din historia och aktuella situation?
- Vad är din erfarenhet av skattningen av problemens svårighetsgrad samt skattningen av hjälpbehov?
- Stämde den ASI-feedback du delgavs överens med den bild du har av dig själv och din aktuella situation?
- Saknades något område i ASI/MAPS-intervjuerna?
- Finns det några fördelar eller nackdelar med att väga in fler områden än missbruk i en skriven behandlingsplan?
- Vad var positivt respektive negativt med att medverka i ASI och MAPS intervjuerna?

### Förhållningssätt

- Vad innebär ett positivt förhållningssätt hos personalen för dig?
- Hur bemöttes du av behandlaren under intervjun?
- Hur upplevde du din och behandlarens relation till varandra?

### Motivation

- Vad innebär motivation för dig?
- Vad tror du skulle kunna skapa motivation till förändring hos dig?
- Är det någonting i intervjuerna som skapade motivation till förändring hos dig?
- Har din tilltro till din förmåga att förändras inom problemområdet/problemområdena ökat eller minskat sedan inskrivningen?

### Insatser/mål

- Vilka var målen i din behandlingsplan?
- Vem föreslog målen i din behandlingsplan?
- Var målen i din behandlingsplan realistiska?
- Var insatserna väl avvägda efter dina problemområden?

### Struktur

- Vad innebär struktur i en behandling för dig?
- Tycker du att det finns en tydlig struktur i Rällsögårdens verksamhet?
- Finns det några fördelar eller nackdelar vid skapandet av en strukturerad behandlingsplan?



## Intervjuguide – behandlare

### Instrument

- Informerade du klienten om intervjuernas syfte?
- Vilken är din erfarenhet av ASI respektive MAPS?
- Var frågorna relevanta för att hjälpa klienten beskriva sin historia och aktuella situation?
- Vad är din erfarenhet av klientens skattning av problemens svårighetsgrad samt skattningen av hjälpbehov?
- Stämde den ASI-feedback du delgav klienten överens med den bild klienten hade av sig själv och sin aktuella situation?
- Saknar du något område i ASI/MAPS-intervjuerna?
- Finns det några fördelar eller nackdelar med att väga in fler områden än missbruk i en skriven behandlingsplan?
- Vad är positivt respektive negativt med att arbeta med ASI och MAPS intervjuerna?

### Förhållningssätt

- Vad innebär ett positivt förhållningssätt hos personalen för dig?
- Hur bemötte du klienten under intervjun?
- Hur upplevde du din och klientens relation till varandra?

### Motivation

- Vad innebär motivation för dig?
- Vad tror du skulle kunna skapa motivation till förändring hos klienten?
- Är det någonting i intervjuerna som skapade motivation till förändring hos klienten?
- Tror du klientens tilltro till sin förmåga att förändras inom problemområdet/problemområdena ökat eller minskat sedan inskrivningen?

### Insatser/mål

- Vilka var målen i klientens behandlingsplan?
- Vem föreslog målen i behandlingsplanen?
- Var målen i behandlingsplanen realistiska?
- Var insatserna väl avvägda efter klientens problemområden?

### Struktur

- Vad innebär struktur i en behandling för dig?
- Tycker du att det finns en tydlig struktur i Rällsögårdens verksamhet?
- Finns det några fördelar eller nackdelar vid skapandet av en strukturerad behandlingsplan?

**Statens Institutionsstyrelse SiS**

Behandlingshemmet Rällsögården

Pl 7057

714 93 Kopparberg

Tele: 0580-420 10

Fax: 0580- 420 93

**Godkännande av användande av genomförd intervju i forskningssyfte**

Du har valt att delta i en intervju som skall användas i forskningssyfte. Maria Skoglund och Caisa Lyly läser 20 poäng socialt arbete på D-nivå på Örebro Universitet och i kursen ingår att genomföra en uppsats. Syftet med studien är att försöka ta reda på vad personal och klienter på Rällsögården har för erfarenheter av upprättandet av strukturerade behandlingsplaner. Det material som ligger till grund för dessa behandlingsplaner är Addiction Severity Index (ASI) en intervju som följs av en skriftlig feedback samt Monitoring Area and Phase System (MAPS) vilket är en intervju som genomförs utifrån materialet i ASI-feedback. Personalen upprättar sedan en strukturerad behandlingsplan tillsammans med klienten. Tidigare forskning och teorier som ligger bakom instrumenten kommer att presenteras i ett analysmaterial i uppsatsen. De intervjuer som genomförs med klienter och personal kommer att jämföras med den bakomliggande teorin och forskningen. Personalens och klienternas erfarenheter kommer även att jämföras med varandra. Forskningen består av intervjuer med de sex behandlare som genomfört MAPS-intervjuer med de sex utvalda klienterna. Intervjuerna som genomförs med klienter och personal läggs upp utifrån en intervjuguide som skapats utifrån 5 teman. Intervjun sker i samtalsform och följdfrågorna kan variera beroende på den intervjuades svar. Den intervjuade kan avböja att svara på frågorna och kan när som helst avbryta intervjun. Intervjuerna spelas in på band och skrivs ut ordagrant i sin helhet. Informationen sker muntligen innan påbörjandet av intervjun och detta dokument undertecknas av de intervjuade för godkännande av användandet av informationen som framkommer.

Deltagande vid intervjuer är frivilligt och Du har som uppgiftslämnare enligt Personuppgiftslag (1998:204) rätt att avbryta Din medverkan när som helst under kontakten med företrädare Rällsögården (Studenter på Magisterutbildningen). Alla uppgifter som används i studentuppsatsen kommer att behandlas konfidentiellt. Detta innebär att utsagor i form av citat eller referat från uppgiftslämnare kommer att avkodas. Klienter presenteras endast med kön, ålder, typ av missbruk, antal år missbruket har pågått, civilstånd och bostadsförhållande. Personalen presenteras med kön, ålder, antal år i behandlingsarbetet och antal år personalen varit anställd på Rällsögården.

Du kan också ta kontakt med vår handledare Fil. Dr. Odd Lindberg, Örebro Universitet.  
Tel: 019-30 30 94.

Härmed ger jag mitt godkännande att materialet från den genomförda intervjun används i den uppsats som kommer att skrivas av Maria Skoglund och Caisa Lyly.

Datum:.....

Namnteckning:.....

Namnförtydligande:.....



ASI-X — B ALLMÄN INFORMATION		2																																																																
<b>B ALLMÄN INFORMATION</b>																																																																		
<p><b>B1. Nuvarande bostadsort</b> <input type="checkbox"/></p> <p>1=Stor stad (&gt;100.000) 2=Medelstor (10.000-100.000) 3=Landsort (&lt;10.000)</p> <p><b>B2. Kommunkod</b> <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></p> <p><b>B3. Hur länge har du bott på nuvarande adress</b> <input style="width: 20px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/> A A M M</p> <p><b>B4c. Huvudsakligt boende</b> <input type="checkbox"/></p> <p>1=Egen bostad (ägnad, bostadsrätt, förstahandskontrakt) 2=Andrahandsboende 3=Hos föräldrar, släktingar, inneboende, boendekollektiv 4=Försöks-/träningstillägg 5=Institution/kategorihus/familjevård 6=Hotell 7=Bostadslös 8=Annat _____</p> <p><b>B4a. Har du varit bostadslös under de senaste 30 dagarna</b> 0=Nej 1=Ja <input type="checkbox"/></p> <p><b>B4b. Om ja, var befann du dig/ "bodde du" huvudsakligen under denna tid</b> <input type="checkbox"/></p> <p>1=Nattarbärge                      4=I en byggnad 2=Hos vänner                      5=Utomhus 3=I en bil/lastvagn                6=Annan _____</p>	<p><b>B5. Ålder</b> <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></p> <p><b>B6. Nationalitet</b> _____ <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></p> <p><b>B7. Födelseland</b> _____ <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></p> <p>a Klient _____ <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></p> <p>b Far _____ <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></p> <p>c Mor _____ <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></p> <p><b>B8. Har du varit intagen/inlagd på någon institution de senaste 30 dagarna</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0=Nej                                      4=Ja, psykiatrisk vård 1=Ja, kriminalvård.                      5=Ja, enbart avgiftning 2=Ja, missbrukarvård                      6=Ja, annan _____ 3=Ja, somatisk vård                      (Om flera alternativ, ange det längsta)</p> <p><b>B9. Om ja på B8, hur många dagar av dessa har du varit intagen/inlagd</b> <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></p>																																																																	
<p><b>B10a. Ange födelsedatum för dina barn i kolumn 1. Börja med det äldsta barnet. (DDMMAAAA)</b></p> <p><b>B10b. Ange kön för barnen i kolumn 2.</b> 1=Pojke 2=Flicka</p> <p><b>B10c. Ange barnens aktuella situation i kolumn 3.</b></p> <p>1=Med mor och far                      6=Bortadoption 2=Med mor                                  7=Institution 3=Med far                                    8=Avliden (när) _____ 4=Hos annan familjemedlem            9=Annat _____ 5=Familjehem</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">Nr</th> <th style="width: 25%;">1 Födelsedatum</th> <th style="width: 5%;">2 Kö</th> <th style="width: 5%;">3 Bor</th> <th style="width: 60%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td><input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>2</td><td><input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>3</td><td><input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>4</td><td><input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>5</td><td><input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>6</td><td><input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>7</td><td><input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>8</td><td><input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>9</td><td><input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Nr	1 Födelsedatum	2 Kö	3 Bor		1	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	2	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	3	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	4	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	5	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	6	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	7	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	8	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	9	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<p><b>B11. Hur många personer har du fått dessa barn med</b> <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></p> <p><b>B12a. Lever du för tillfället tillsammans med några andra barn, som du tar hand om</b> 0=Nej 1=Ja <input type="checkbox"/></p> <p><b>B12b. Om ja på B12a, ange kön i kol. 1. 1=Pojke 2=Flicka</b></p> <p><b>B12c. Om ja på B12a, ange ålder i kol. 2. 1 Kö 2 Ålder</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/></td></tr> </tbody> </table> <p><b>B13. KOMMENTARER:</b></p>	1	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	5	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>
Nr	1 Födelsedatum	2 Kö	3 Bor																																																															
1	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																														
2	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																														
3	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																														
4	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																														
5	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																														
6	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																														
7	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																														
8	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																														
9	<input style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																														
1	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>																																																																
2	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>																																																																
3	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>																																																																
4	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>																																																																
5	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small; font-family: monospace; padding: 2px 5px;" type="text"/>																																																																

		ASI-X — C FYSISK HALSA		3
<b>C FYSISK HALSA</b>				
<b>C1.</b>	Hur många gånger har du varit inlagd på sjukhus för fysiska skador eller sjukdomar (ta med överdoser och delirium L, uteslut avgiftning)	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<b>C2.</b>	För hur länge sedan låg du på sjukhus för en fysisk skada eller sjukdom	<input type="text"/> A A	<input type="text"/> M M	
<b>C3.</b>	Har du några långvariga kroppsliga skador eller sjukdomar som påverkar din livsföring			<input type="checkbox"/>
	0=Nej 1=Ja			
<b>C3a.</b>	Om ja på C3, vilka _____			
<b>C4.</b>	Har du någonsin haft något av följande hälsoproblem			
	0=Nej 1=Ja	2=Vet ej 3=Vill ej svara		
	a Gulsot, hepatit B		<input type="checkbox"/>	
	b Gulsot, hepatit C		<input type="checkbox"/>	
	c Könssjukdomar (ej HIV)		<input type="checkbox"/>	
	d Tuberkulos		<input type="checkbox"/>	
	e Underlivssjukdomar		<input type="checkbox"/>	
<b>C5.</b>	Har du HIV-testats			<input type="checkbox"/>
	0=Nej 1=Ja	2=Vet ej 3=Vill ej svara		
<b>C6.</b>	Om ja, för hur många månader sedan	<input type="text"/>		
<b>C7.</b>	Om ja på C5, ange senaste provresultat			<input type="checkbox"/>
	0=HIV - negativ 1=HIV - positiv	2=Vet ej 3=Vill ej svara		
<b>C7a.</b>	Om HIV-positiv (C7, alternativ 1), har du utvecklat AIDS			<input type="checkbox"/>
	0=Nej 1=Ja	2=Vet ej 3=Vill ej svara		
<b>C8.</b>	Är du ordinerad att regelbundet ta läkemedel för kroppsliga skador eller sjukdomar			<input type="checkbox"/>
	0=Nej 1=Ja			
<b>C9.</b>	Har du pension eller sjukbidrag på grund av fysisk sjukdom eller skada (uteslut psykiska besvär)			<input type="checkbox"/>
	0=Nej 1=Ja			
<b>C10.</b>	Har du behandlats av läkare för fysisk skada eller sjukdom de senaste 6 månaderna			<input type="checkbox"/>
	0=Nej 1=Ja			
<b>C11.</b>	Under hur många av de senaste 30 dagarna upplever du att du har haft problem med din fysiska hälsa	<input type="text"/>		
<b>FÖR FRÅGORNA C12 OCH C13, BE KLIENTEN ANVÄNDA SKATTNINGSSKALAN</b>				
<b>C12.</b>	Hur oroad eller besvärad har du varit av dessa fysiska hälsoproblem under de senaste 30 dagarna			<input type="checkbox"/>
<b>C13.</b>	Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp för dessa fysiska hälsoproblem			<input type="checkbox"/>
<b>INTERVJUARSKATTNING AV SVÄRIGHETSGRAD</b>				
<b>C14.</b>	Hur stort uppskattar du att klientens behov av somatisk vård är			<input type="checkbox"/>
<b>INTERVJUARSKATTNING AV SVARENS TILLFÖRLITLIGHET</b>				
Är ovanstående uppgifter i betydande grad förvrängda av				
<b>C15.</b>	Klientens förvanskning av förhållandena			<input type="checkbox"/>
	0=Nej 1=Ja			
<b>C16.</b>	Klientens svårighet att förstå frågorna			<input type="checkbox"/>
	0=Nej 1=Ja			
<b>C17. KOMMENTARER</b>				

		ASI-X — D ARBETE OCH FÖRSÖRJNING	
<b>D ARBETE OCH FÖRSÖRJNING</b>			
D1. Avslutad skolutbildning efter antal år	<input type="text"/>	D9. Hur många dagar har du arbetat under de senaste 30 (uteslut prostitution eller olaglig verksamhet)	<input type="text"/>
D2. Högre utbildning, antal år (universitet eller annan eftergymnasial utbildning)	<input type="text"/>	D9b. Hur många dagar har du, under de senaste 30, varit sjukskriven	<input type="text"/>
D3. Högsta avklarade utbildning Specificera _____		D10. Hur mycket pengar erhöll du från anställning under de senaste 30 dagarna (efter skatt)	<input type="text"/>
D4. Har du ett giltigt körkort 0=Nej 1=Ja	<input type="checkbox"/>	Fick du under de senaste 30 dagarna pengar för din försörjning från någon av följande källor	
D4a. Har du tillgång till bil 0=Nej 1=Ja	<input type="checkbox"/>	D11. Arbetslöshetsersättning 0=Nej 1=Ja	<input type="checkbox"/>
D5. Hur länge varade din längsta period av regelbundet arbete	<input type="text"/> <input type="text"/> A A M M	D12. Socialbidrag 0=Nej 1=Ja	<input type="checkbox"/>
D6. Hur länge varade din längsta arbetslöshetsperiod	<input type="text"/> <input type="text"/> A A M M	D13. Pension, sjukkasseersättning eller föräldrapenning 0=Nej 1=Ja	<input type="checkbox"/>
D7. Vanligaste arbete/yrke (eller senaste) Specificera _____	<input type="checkbox"/>	D14. Partner, familj eller vänner (för personliga utgifter) 0=Nej 1=Ja	<input type="checkbox"/>
D8. Vanligaste anställningsmönster under de senaste 3 åren	<input type="checkbox"/>	D14b. Om ja på 14, vem är denna person	<input type="checkbox"/>
1=Heltid (minst 35 tim/v)	5=Militärtjänstgöring	1=Make/partner	5=Barn
2=Deltid (anställd, inkl. vikariat)	6=Pension/sjukbidrag	2=Tidigare make/partner	6=Far-/morförälder
3=Deltid (timanställd)	7=Arbetslös (inkl hemarbete)	3=Förälder/osterförälder	7=Annan släkting
4=Studier	8=Intagen/insåg på institution	4=Bror/syster	8=Annan _____
D15. Illegala källor 0=Nej 1=Ja	<input type="checkbox"/>	INTERVJUARSKATTNING AV SVÄRIGHETSGRAD	
D16. Prostitution 0=Nej 1=Ja	<input type="checkbox"/>	D24. Hur skattar du klientens behov av hjälp för arbetsproblem	<input type="checkbox"/>
D17. Andra källor 0=Nej 1=Ja	<input type="checkbox"/>	INTERVJUARSKATTNING AV SVARENS TILLFÖRLITLIGHET	
D18. Vilken var din huvudsakliga inkomstkälla (använd kodning 10-17)	<input type="text"/>	Är ovanstående uppgifter i betydande grad förvrängda av	
D19. Har du några skulder 0=Nej 1=Ja	<input type="checkbox"/>	D25. Klientens förvanskning av förhållandena 0=Nej 1=Ja	<input type="checkbox"/>
D19a. Om ja på D19, summa i tkr.	<input type="text"/>	D26. Klientens svårighet att förstå frågorna 0=Nej 1=Ja	<input type="checkbox"/>
D20. Hur många personer är beroende av dig för huvuddelen av sin försörjning (mat, bostad etc.)	<input type="text"/>	D27. KOMMENTARER	
D21. Under hur många dagar, av de senaste 30, har du haft problem i arbetet eller med arbetslöshet	<input type="text"/>		
FÖR FRÅGORN D22 OCH D23, BE KLIENTEN ANVÄNDA SKATTNINGSSKALAN			
D22. Hur oroad eller besvärad har du varit av dessa arbets- eller arbetslöshetsproblem under de senaste 30 dagarna	<input type="checkbox"/>		
D23. Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp med dessa arbets-/arbetslöshetsproblem	<input type="checkbox"/>		

E ALKOHOL OCH NARKOTIKAANVÄNDNING					
Kod	Preparat	1 Debut Ålder	2 Tidigare i livet, år	3 Senaste 30 dagar	4 Int. sätt*
E1	Alkohol - regelbunden användning				
E2	Alkohol - till berusning				
E3	Heroin				
E4	Meladon				
E5	Andra opiater/smårtslilande prep.				
E6	Dämpande mediciner-BDZ,Sed,Hypn.				
E7	Kokain				
E8	Amfetamin				
E9	Cannabits				
E10	Hallucinogener				
E11	Lösningsmedel				
E12	Annat				
E13	Flera droger per dag (fråga 1-12)				

(se bilaga angående preparatyper) \*Intagningsätt: 1=Oralt, 2=Nasalt, 3=Rökning, 4=Icke intravenös injicering, 5=Intravenös injicering

E14. Har du någonsin injicerat? 0=Nej 1=Ja

E14a. (om Ja på E14)

1 Ålder 1:a injektion

2 Tidigare i livet (antal år)

3 Senaste 6 månaderna (antal månader)

4 Senaste 30 dagarna (antal dagar)

E14b. Om injektioner under senaste 6 mån  
1=Inte delat spruta 3=Ofta delat  
2=Bland delat

E15. Hur många gånger har du

a Fått delirium av alkohol

b Tagit överdos av narkotika

E15c. Röker du tobak/snuser dagligen? 0=Nej 1=Ja

E15d. Hur många gånger, under de senaste 30 dagarna, stannade du uppe längre än till klockan 4 på morgonen när du använde alkohol eller droger

0=Inga 1=En gång 2=Två ggr 3=Tre ggr 4=Fyra ggr eller fler

E15e. Brukar du för det mesta sova längre än till klockan 11 på morgonen

0=Nej 1=Ja, ej på grund av arbets/arbetsstider  
2=Ja, på grund av arbets/arbetsstider

E16. Behandlingstyp och antal behandlingstillfällen

	1 Alkohol	2 Droger
1 Avgiftning i öppenvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Avgiftning i slutenvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Drogsubstitution i öppenvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Öppenvårdsbehandling, drogfri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Sluten-/institutionsvård, drogfri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Dagvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Psykiatrisk vård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Annan sjukhusvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Annan behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E17. Hur många månader varade den längsta perioden som du haft av missbruksfrihet efter någon av dessa behandlingar

a Alkohol

b Narkotika

E18. Vilket medel utgör det dominerande problemet? Ange nummer enligt listan ovan till vänster (1-12), eller se nedan. Om ej klart, fråga klienten.  
00=Inget problem 16=Missbruk av mer än två medel (blandmissbruk)  
15=Alkohol och något narkotiskt medel (dubbel missbruk)

E19. Hur lång var den senaste perioden då du utan föregående behandling avstod från att använda detta dominerande medel? (00=Har aldrig varit missbruksfri)

E20. För hur många månader sedan upphörde denna missbruksfria period? (00=Avstår fortfarande)

E21. Hur mycket pengar har du betalt under de senaste 30 dagarna för

a Alkohol

b Narkotika

E22. Hur många dagar av de senaste 30 har du fått behandling för alkohol-/narkotikamissbruk i öppenvård (inklusive AA, NA, Länkarna etc.)

E23. Hur många dagar av de senaste 30 har du upplevt

a Alkoholproblem

b Narkotikaproblem



<p>FÖR FRÅGORNA E24 OCH E25, BE KLIENTEN ANVÄNDA SKATTNINGSSKALAN</p> <p>E24. Hur oroad eller besvärad har du varit under de senaste 30 dagarna av</p> <p>a Alkoholproblem <input type="checkbox"/></p> <p>b Narkotikaproblem <input type="checkbox"/></p> <p>E25. Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp för dina</p> <p>a Alkoholproblem <input type="checkbox"/></p> <p>b Narkotikaproblem <input type="checkbox"/></p> <p>INTERVJUARSKATTNING AV SVÄRIGHETSGRAD</p> <p>E26. Hur skattar du klientens behov av hjälp för sitt</p> <p>a Alkoholproblem <input type="checkbox"/></p> <p>b Narkotikaproblem <input type="checkbox"/></p>	<p>INTERVJUARSKATTNING AV SVARENS TILLFÖRLITLIGHET</p> <p>Är ovanstående uppgifter i betydande grad förvrängda av</p> <p>E27. Klientens förvanskning av förhållandena <input type="checkbox"/> 0=Nej 1=Ja</p> <p>E28. Klientens svårighet att förstå frågorna <input type="checkbox"/> 0=Nej 1=Ja</p> <p>E29. KOMMENTARER</p>
--	---

<p>Kompletterande EMCDDA frågor</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ALKOHOL OCH NARKOTIKA</th> <th>1Debut Ålder</th> <th>2Tidigare i livet, år</th> <th>3Senaste 30 dagar</th> <th>4Int. sätt*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22)</td> <td>Crack</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>32)</td> <td>MDMA etc</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>33)</td> <td>Övriga stimulanter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>41)</td> <td>Barbiturater</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>42)</td> <td>Benzodiazepiner</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>43)</td> <td>Övriga hypnotika/sedativ.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>51</td> <td>LSD</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>52</td> <td>Övriga hallucinogener</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>Ålder vid första användning av huvuddrog</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	ALKOHOL OCH NARKOTIKA		1Debut Ålder	2Tidigare i livet, år	3Senaste 30 dagar	4Int. sätt*	22)	Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32)	MDMA etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33)	Övriga stimulanter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41)	Barbiturater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42)	Benzodiazepiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43)	Övriga hypnotika/sedativ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51	LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52	Övriga hallucinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	Ålder vid första användning av huvuddrog	<input type="checkbox"/>				<p>Erhåller redan substitutionsbehandling 0=Nej 1=Ja</p> <p>a Heroin <input type="checkbox"/></p> <p>b Metadon <input type="checkbox"/></p> <p>c Övriga opiater <input type="checkbox"/></p> <p>d Övriga substanser <input type="checkbox"/></p>
ALKOHOL OCH NARKOTIKA		1Debut Ålder	2Tidigare i livet, år	3Senaste 30 dagar	4Int. sätt*																																																								
22)	Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
32)	MDMA etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
33)	Övriga stimulanter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
41)	Barbiturater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
42)	Benzodiazepiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
43)	Övriga hypnotika/sedativ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
51	LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
52	Övriga hallucinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
16	Ålder vid första användning av huvuddrog	<input type="checkbox"/>																																																											



<p><b>F KRIMINALITET</b></p> <p>F1. Har denna kontakt skett efter krav eller förslag från rättsvårdande myndighet (domstol, kriminalvård, etc.) 0=Nej 1=Ja <input type="checkbox"/></p> <p>F2. Är du villkorligt frigiven eller har du frivårdspåföljd 0=Nej 1=Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Hur många gånger i ditt liv har du åtalats för följande (om aldrig koda 0)</p> <p><b>F3.</b> Narkotikabrott <input type="checkbox"/></p> <p><b>F4.</b> Egendomsbrott (inbrott, stöld, snatteri, förfalskning, upressning, häleri, bedrägeri) <input type="checkbox"/></p> <p><b>F5.</b> Väldsbrott (rån, överfall, misshandel, våldtäkt, mordbrand, mord eller dråp) <input type="checkbox"/></p> <p><b>F6.</b> Andra brott <input type="checkbox"/></p> <p><b>F7.</b> Hur många av dessa (F3-F6) ledde till fallande domar <input type="checkbox"/></p> <p>Hur många gånger i ditt liv har du åtalats/ omhändertagits för följande (om aldrig koda 0)</p> <p><b>F8.</b> Föregelseväckande beteende, berusad på allmän plats ("Lobbad") <input type="checkbox"/></p>	<p><b>F9.</b> Prostitution <input type="checkbox"/></p> <p><b>F10.</b> Rattonykerhet/fylleri <input type="checkbox"/></p> <p><b>F11.</b> Andra allvarliga trafikbrott (prov vårdslöshet, fortkörning, olovlig körning etc.) <input type="checkbox"/></p> <p><b>F12.</b> Hur många månader har du suttit häktad eller varit intagen på kriminalvårdsanstalt/rättspsykiatri (om aldrig koda 0) <input type="checkbox"/></p> <p><b>F13.</b> Om ja på F12, hur många månader omfattade den senaste intagningsperioden <input type="checkbox"/></p> <p><b>F14.</b> Om ja på F12, vad gällde det (Använd koderna 3-6 och 8-11. Om flera, ange det största.) <input type="checkbox"/></p> <p><b>F15.</b> Väntar du åtal, rättegång eller straffpåföljd för brott 0=Nej 1=Ja <input type="checkbox"/></p> <p><b>F16.</b> Om ja på F15, för vad (Använd koderna 3-6 och 8-11. Om flera åtal, ange det största.) <input type="checkbox"/></p> <p><b>F17.</b> Hur många dagar av de senaste 30 har du varit anhållen, häktad eller intagen på kriminalvårdsanstalt/rättspsykiatri <input type="checkbox"/></p> <p><b>F18.</b> Hur många dagar av de senaste 30 har du ägnat åt olaglig verksamhet med syfte att skaffa pengar (om aldrig koda 0) <input type="checkbox"/></p>
<p><b>FÖR FRÅGORNA F19 OCH F20, BE KLIENTEN ANVÄNDA SKATTNINGSSKALAN</b></p> <p>F19. Hur oroad eller besvärad är du över dina nuvarande juridiska problem (exkludera civilmål) <input type="checkbox"/></p> <p>F20. Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp med dessa juridiska problem <input type="checkbox"/></p> <p><b>INTERVJUARSKATTNING AV SVÄRIGHETSGRAD</b></p> <p>F21. Hur skattar du klientens behov av juridisk hjälp <input type="checkbox"/></p> <p><b>INTERVJUARSKATTNING AV SVARENS TILLFÖRLITLIGHET</b></p> <p>Är ovanstående uppgifter i betydande grad förvrängda av</p> <p>F22. Klientens förvanskning av förhållandena 0=Nej 1=Ja <input type="checkbox"/></p> <p>F23. Klientens svårighet att förstå frågorna 0=Nej 1=Ja <input type="checkbox"/></p>	<p><b>F24. KOMMENTARER</b></p>

**G MISSBRUK, KRIMINALITET OCH PSYKISKA PROBLEM I SLÄKTEN**

Har några av dina släktingar haft vad du skulle kalla allvarliga problem med alkohol, droger, psykisk hälsa eller kriminalitet som föranledde eller borde föranlett behandling

a Moderns sida 1-Ak 2-Drog 3-Psyk 4-C (Krim)				b Faderns sida 1-A 2-D 3-P 4-C				c Syskon 1-A 2-D 3-P 4-C				d Barn 1-A 2-D 3-P 4-C							
1 Mormor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Farmor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Bror 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Barn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Morfar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Farfar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Bror 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Barn 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Syster 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Barn 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Moster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Faster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Syster 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Barn 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Morbror	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Farbror	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Styvsyskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Barn 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Andra v.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Andra v.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						6 Barn 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**KODA ENLIGT FÖLIANDE**

I fall av flera medlemmar per kategori, koda utifrån den släkting som har störst problem.  
0=Klart nej för alla släktingar i kategorin  
1=Klart ja för någon släkting i kategorin  
X=Ostker eller "jag vet inte"  
N=Har aldrig funnits någon släkting i kategorin

**KOLUMNER**

1=A=Alkoholproblem  
2=D=Drogproblem  
3=P=Psykiska problem  
4=C=Kriminalitetsproblem

**G7. KOMMENTARER****H FAMILJ OCH UMGÄNGE**

**H1. Civilstånd**   
1=Gift 2=Ensamstående, tidigare gift eller sammanboende  
3=Ensamstående, aldrig gift eller sammanboende

**H2. Hur länge har du haft detta civilstånd** (om aldrig gift, sedan 18 års ålder)    
A A M M

**H3. Är du nöjd med denna situation**   
0=Nej 1=Läglig 2=Ja

**H4. Vanligaste levnadsförhållanden de senaste tre åren**   
1=Med partner och barn 4=Med förälder 7=Ensam  
2=Endast med partner 3=Med släktingar 8=På institution/motsvarande  
3=Endast med barn 6=Med vänner 9=Inga stabila levnadsförhåll.

**H5. Hur länge har du levt under dessa förhållanden** (om med föräldrar eller släktingar, sedan 18 års ålder)    
A A M M

**H6. Är du nöjd med dessa levnadsförhållanden**   
0=Nej 1=Läglig 2=Ja

Lever du tillsammans med någon som

**H6a. Missbrukar alkohol för närvarande**   
0=Nej 1=Ja

**H6b. Använder ickeförskrivna droger**   
0=Nej 1=Ja

**H7. Med vem tillbringar du det mesta av din fritid**

1=Familj/slakt, utan aktuella alkohol- eller narkotikaproblem  
2=Familj/slakt, med aktuella alkohol- eller narkotikaproblem  
3=Vänner, utan aktuella alkohol- eller narkotikaproblem  
4=Vänner, med aktuella alkohol- eller narkotikaproblem  
5=Ensam

**H8. Är du tillfreds med att tillbringa din fritid på detta sätt**   
0=Nej 1=Läglig 2=Ja

**H9. Hur många nära vänner har du**

FÖR FRÅGORNA H9a + H10-H18:

0=Klart nej för någon/några i kategorin X=Ostker eller "jag vet inte"  
1=Klart ja för någon/några i kategorin N=Funns ej någon i kategorin

**H9a. Skulle du säga att du haft nära, långvariga och personliga relationer med några av följande personer i ditt liv**

- 1 Mor   
2 Far   
3 Syskon   
4 Partner/maka/make   
5 Barn   
6 Vänner

		ASI-X — H FAMILJ OCH UMGÄNGE		9
<p>H9b. I vilken utsträckning upplever du att personer som står dig nära, bryr sig om, tycker om eller älskar dig</p> <p>0=Inte alls      2=En del 1=Lite            3=Mycket</p>		<p>Har någon av dessa (H10-H18) eller någon annan (okänd/bekant) misshandlat dig</p> <p>0=Nej 1=Ja</p> <p>1 Senaste 30 dgr      2 Tidigare i livet</p>		
<p>H9c. I vilken utsträckning känner du att du behöver mer känslomässigt stöd</p> <p>0=Inte alls      2=En del 1=Lite            3=Mycket</p>		<p>H18a. Psykiskt/känslomässigt (fått dig allt må dåligt genom hårda ord)</p> <p>H18b. Fysiskt (skadat dig fysiskt)</p> <p>H18c. Sexuellt (påtvingade sexuella närmanden eller handlingar)</p>		
<p>Har du upplevt längre perioder då du haft stora svårigheter att komma överens med</p> <p>0=Nej 1=Ja</p> <p>1 Senaste 30 dgr      2 Tidigare i livet</p>		<p>H19. Hur många dagar av de senaste 30 har du haft allvariga konflikter med</p> <p>a Din familj eller anhöriga (dagar)</p> <p>b Andra personer (dagar)</p>		
<p>H10. Mor</p> <p>H11. Far</p> <p>H12. Syskon</p> <p>H13. Partner/maka/make</p> <p>H14. Barn</p> <p>H15. Annan nära släkting</p> <p>H16. Nära vänner</p> <p>H17. Grannar</p> <p>H18. Arbetskamrater</p>				
<p>FÖR FRÅGORNA H20 TILL H23, BE KLIENTEN ANVÄNDA SKATTNINGSSKALAN</p> <p>Hur oroad eller besvärad har du varit under de senaste 30 dagarna av dessa</p> <p>H20. Familj-/anhörigproblem</p> <p>H21. Övriga relationsproblem</p> <p>Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp för dessa</p> <p>H22. Familj-/anhörigproblem</p> <p>H23. Övriga relationsproblem</p> <p>INTERVJUARSKATTNING AV SVÄRIGHETSGRAD</p> <p>H24. Hur skattar du klientens behov av hjälp för sina familj-/anhörig-/övriga relationsproblem</p> <p>INTERVJUARSKATTNING AV SVARENS TILLFÖRLITLIGHET</p> <p>Är ovanstående uppgifter i betydande grad förvrängda av</p> <p>H25. Klientens förvanskning av förhållandena</p> <p>0=Nej 1=Ja</p>		<p>H26. Klientens svårighet att förstå frågorna</p> <p>0=Nej 1=Ja</p> <p>H27. KOMMENTARER</p>		

		ASI-X — I PSYKISK HÄLSA		10
<b>I PSYKISK HÄLSA</b>				
			<b>1 Senaste 30 dagar</b>	<b>2 Tidigare i livet</b>
<b>i1.</b>	Hur många gånger har du fått behandling för psykiska eller känslomässiga problem:  a I dygnsvård <input type="checkbox"/> b I öppenvård <input type="checkbox"/>		<b>i8.</b> Ordinerats läkemedel för något psykiskt/känslomässigt problem <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i2.</b>	Har du pension eller sjukbidrag på grund av psykiska besvär 0=Nej 1=Ja <input type="checkbox"/>		<b>i9.</b> Upplevt att du har haft allvarigt menade självmordstankar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har du haft någon längre period då du (Frågorna i3-i6+i8, avser ej under perioder av direkt alkohol-/drogpåverkan/abstinensproblem) 0=Nej 1=Ja <input type="checkbox"/>		<b>i10.</b> Gjort självmordsförsök <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>1 Senaste 30 dagar</b>	<b>2 Tidigare i livet</b>	
<b>i3.</b>	Upplevt allvarig depression <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I vilken utsträckning har du under de senaste 30 dagarna varit oroad eller besvärad, på grund av att du tidigare blivit misshandlad 0=Inte alls 1=Lite 2=En del 3=Mycket	
<b>i4.</b>	Upplevt allvarig ångest eller allvariga spänningstillstånd <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>i10a.</b> Hur många gånger har du gjort självmordsförsök <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i5.</b>	Upplevt svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera dig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>i10b.</b> Upplevt anorexi, bulimi eller andra ätstörningar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i6.</b>	Upplevt hallucinationer? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>i10c.</b> Psykiskt/känslomässigt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i7.</b>	Upplevt svårigheter att kontrollera våldsamt beteende <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>i10d.</b> Fysiskt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>i10e.</b> Sexuellt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>i11.</b> Hur många dagar, av de senaste 30, har du upplevt dessa psykiska eller känslomässiga problem <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FÖR FRÅGORNA i12 OCH i13, BE KLIENTEN ANVÄNDA SKATTNINGSSKALAN</b>		<b>INTERVJUARKATTNING AV SVÄRIGHETSGRAD</b>		
<b>i12.</b>	Hur oroad eller besvärad har du varit under de senaste 30 dagarna av dessa psykiska eller känslomässiga problem <input type="checkbox"/>	<b>i20.</b> Hur skattar du klientens behov av hjälp för dessa psykiska eller känslomässiga problem <input type="checkbox"/>		
<b>i13.</b>	Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp för dessa psykiska eller känslomässiga problem <input type="checkbox"/>	<b>INTERVJUARKATTNING AV SVARENS TILLFÖRLITLIGHET</b>		
<b>FÖLJANDE UPPGIFTER SKA FYLLAS I AV INTERVJUAREN</b>		Är ovanstående uppgifter i betydande grad förvrängda av		
Är klienten vid intervjutillfället 0=Nej 1=Ja		<b>i21.</b> Klientens förvanskning av förhållandena 0=Nej 1=Ja <input type="checkbox"/>		
<b>i14.</b>	Öppenbart deprimerad/tillbakadragen <input type="checkbox"/>	<b>i22.</b> Klientens svårighet att förstå frågorna 0=Nej 1=Ja <input type="checkbox"/>		
<b>i15.</b>	Öppenbart fientlig <input type="checkbox"/>	<b>i23.</b> KOMMENTARER		
<b>i16.</b>	Öppenbart ångestfylld/nervös <input type="checkbox"/>			
Har klienten vid intervjutillfället 0=Nej 1=Ja				
<b>i17.</b>	Svårigheter med verklighetsförankring, tankeoreda eller paranoida föreställningar <input type="checkbox"/>			
<b>i18.</b>	Svårigheter att förstå, koncentrera sig eller minnas <input type="checkbox"/>			
<b>i19.</b>	Självmordstankar <input type="checkbox"/>			
		<b>AF.</b> Intervjun avslutad (TT:MM)	<input type="checkbox"/>	

## **Intervjuarens skattning av problemens svårighetsgrad**

- |     |   |
|-----|---|
| 0-1 | Inget problem, behandling krävs inte          |
| 2-3 | Litet problem, behandling krävs troligen inte |
| 4-5 | Måttligt problem, viss behandling krävs       |
| 6-7 | Avsevärt problem, behandling krävs            |
| 8-9 | Uttalat problem, behandling krävs absolut     |

## MAPS-in

A Namn \_\_\_\_\_

B Klientkod (Personnummer) \_\_\_\_\_

C Ifyllnadsdatum (DDMMAAAA) \_\_\_\_\_

D Landskod

E Enhetskod \_\_\_\_\_

F Intervjuarkod \_\_\_\_\_

### INSTRUKTIONER

- Lämna inga tomma svarsrutor. När så behövs, använd:
  - X=Frågan obesvarad
  - N=Frågan inte tillämplig
- Utrymme finns för kommentarer efter varje frågeområde.

MAPS-in version 3.0, 11-21-2001. Öberg, D. & Sallmen, B.

MAPS är, efter erforderlig träning, fritt att användas för registrerade användare. Detta under förutsättning av att formuläret används i oförvanskat skick.

MAPS utarbetades av Öberg, D., Sallmen, B., Gerdner, A., Jansson, I. & Segreus, V. på initiativ av BICOMED/ITP/TP och med stöd från Statens institutionsstyrelse (SIS), "Commission of the European DG XII, Science, Research and Development, Life sciences and Technologies; Contr. N° BMH4-CT96-0688".

MÅL						
9						
5						
4						
3						
2						
1						
	Fysisk hälsa	Arbete/försörjning	Alkohol	Narkotika	Kriminalitet	Familj/umgänge
9						
5						
4						
3						
2						
1						
CHANGE						

Mi1 Datainsamlingsmetod (CHANGE och MÅL vid inskrivning)   
 1=Klientintervju 2=Journaler/personal 3=Övrigt \_\_\_\_\_

Mi2 Födelseår (AAAA) \_\_\_\_\_

Mi3 Kön 1=Man 2=Kvinna

Mi4a Födelseland (LLL) \_\_\_\_\_

Mi4b Nationalitet (LLL) \_\_\_\_\_

Mi5 Inskrivningsdatum \_\_\_\_\_  
 D D M M A A A A

Mi6 Huvudsaklig initiativtagare till kontakt   
 1=Klient - eget initiativ 2=Familj/Vänner 3=Missbrukarvård 4=Husläkare 5=Sjukhus/övrig medicinsk 6=Socialtjänst 7=Domstol 8=Kriminalvård 9=Polis 10=Psykatri 11=Arbetsgivare 12=Övrigt \_\_\_\_\_

Mi7 Är detta en inskrivning till tvångsvård   
 0=Nej, ej tvångsvård 1=Ja, Kriminalvård 2=Ja, Psykiatrisk vård - LPT 3=Ja, Missbrukarvård - LVM 4=Ja, Ungdomsvård - LVU 5=Ja, Övrigt \_\_\_\_\_

Mi8 Huvudsaklig finansiering av vårdtillfället   
 1=Klientavgift (av klienten) 2=Klientens arbetsgivare 3=Försäkring 4=Välgörenhet/privata medel 5=Offentliga medel (socialtjänst etc.) 6=Övrigt \_\_\_\_\_

Mi9 Kom klienten från annan enhet och avsåg vistelsen där i huvudsak någon av följande vårdfaser (Om fler alternativ än ett, ange alternativet med den högsta koden)   
 0=Nej, ej från annan enhet 1=Omvändnad 2=Motivation 3=Vård 4=Återfallsprevention 5=Övrigt \_\_\_\_\_

Mi10 Antal tidigare inskrivningar vid enheten   
 0=Ingen tidigare inskrivning

Mi11 Vårdform vid inskrivning   
 1=Dygnsvård 2=Dagvård 3=Öppenvård/konsultation 4=Lågrörel 5=Självhjälpl/ickeprofessionell 6=Övrigt \_\_\_\_\_

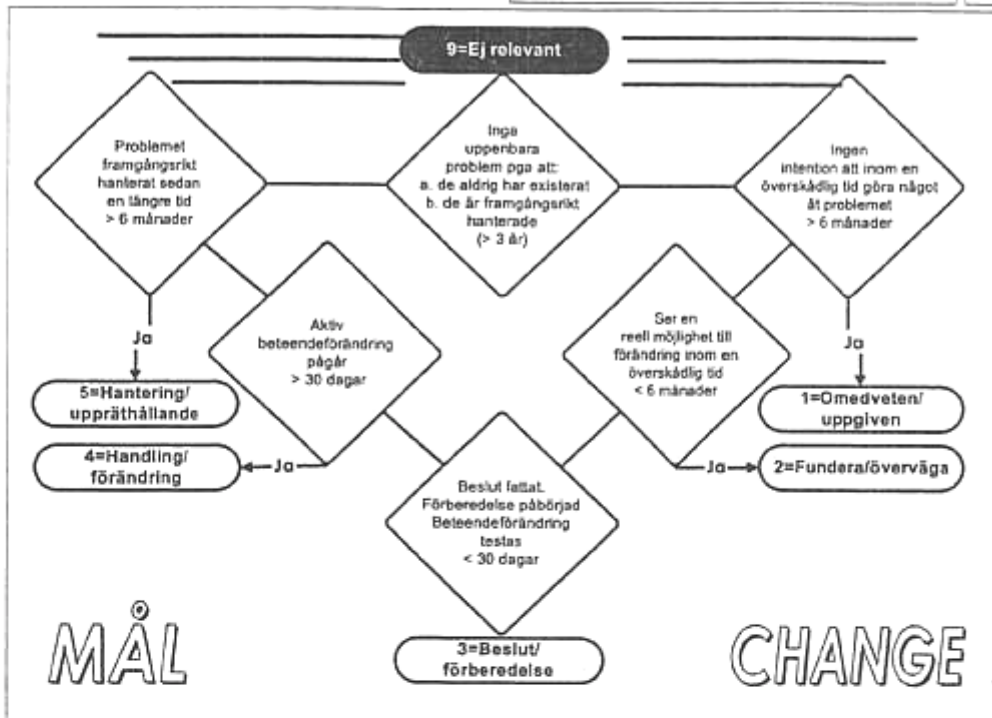
Mi12 Huvudsaklig enhetstyp vid inskrivning   
 1=Omvändnad 2=Motivation 3=Vård 4=Återfallsprevention 5=Övrigt \_\_\_\_\_

Mi13 Kommentarer \_\_\_\_\_

EMCDDA fråga

Mi14 Enhetstyp vid intagning   
 1=Öppenvård 2=Dygnsvård 3=Lågrörelverksamhet/drop-in/fältarbete eller uppsökande verksamhet 4=Husläkare 5=Missbruksbehandling i fängelse

E-mail: [project-maps@project-maps.com](mailto:project-maps@project-maps.com) Home page: [www.project-maps.com](http://www.project-maps.com) 1



Ch1 Datum (DDMMAAAA)  Ch2 Enhetskod  Ch3 Intervjuarkod   
 Ch4 Namn  Ch5 Klientkod

Area	1 Fysisk	2 Arb/Utb	3 Alkohol	4 Narkotika	5 Krim	6 Fam/Soc	7 Psykisk
Ch6 ASI intervjuarskattning							
Ch7 CHANGE-kod							
Ch8 Målkod, klient							
Ch9 Målkod, enhet							
Ch10 Prioritet							

Koder för prioritet 1=Akuta, 2=Primär, 3=Sekundär, 9=Ej Relevant

Ch11 Motivering till prioritet



<p>Ch12 Fysisk hälsa</p> <p>a Huvudsakligt problem</p> <p>b Beskrivning av specifika mål, möjligheter, hinder etc.</p>
<p>Ch13 Arbete, utbildning och försörjning</p> <p>a Huvudsakligt problem</p> <p>b Beskrivning av specifika mål, möjligheter, hinder etc.</p>
<p>Ch14 Alkohol</p> <p>a Huvudsakligt problem</p> <p>b Beskrivning av specifika mål, möjligheter, hinder etc.</p>
<p>Ch15 Narkotika</p> <p>a Huvudsakligt problem</p> <p>b Beskrivning av specifika mål, möjligheter, hinder etc.</p>
<p>Ch16 Kriminalitet</p> <p>a Huvudsakligt problem</p> <p>b Beskrivning av specifika mål, möjligheter, hinder etc.</p>
<p>Ch17 Familj och umgänge</p> <p>a Huvudsakligt problem</p> <p>b Beskrivning av specifika mål, möjligheter, hinder etc.</p>
<p>Ch18 Psykisk hälsa</p> <p>a Huvudsakligt problem</p> <p>b Beskrivning av specifika mål, möjligheter, hinder etc.</p>